

Ministère des Enseignements  
Secondaire Supérieur et de la

République du Mali

Un Peuple – Un But – Une Foi

Recherche Scientifique des sciences, des techniques et des technologies

**UNIVERSITE DE BAMAKO**



**Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie**

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2012 – 2013

**THESE**

N°...../

**APPROCHE ANTHROPOLOGIQUE  
DE LA PRISE EN CHARGE DE  
L'ACCES FEBRILE DANS LES  
SERVICES DE PEDIATRIE DU  
DISTRICT DE BAMAKO**

Présentée et soutenue publiquement le 29 Juin 2013  
devant la Faculté de Médecine, et  
d'Odonto-Stomatologie

*Par Mr Doumbia Mahamadou*

**Pour obtenir le grade de docteur en Médecine  
(DIPLOME D'ETAT)**

**JURY**

**Président: Professeur Mamadou TRAORE**

**Directeur : Docteur COULIBALY Abdourahmane**

**Co-directeur : Docteur El Adji Idrissa KONE**

**Membres du jury : Docteur DIARRA Seydou**

## Sommaire

DEDICACE.....	4
REMERCIEMENTS .....	4
HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY.....	9
Chapitre I : Méthodologie de recherche .....	19
1.1 : Les sites de l'enquête.....	19
1.2. ECHANTILLONNAGE .....	22
1.3. Déroulement des enquêtes :.....	23
1.4. Principales techniques d'enquêtes utilisées : .....	24
1.5. Principaux outils utilisés:.....	24
1.6. Méthode d'analyse des données : .....	25
1.7. Durée de l'étude : .....	25
2.1. Le « chaud » et le « froid » dans la pensée populaire : .....	26
2.2. Farigan : une nomination de type générique .....	29
2.3. Sumaya : une maladie « froide » .....	31
2.5. Les étiologies de la fièvre .....	34
2.6. Les symptômes et la démarche diagnostique de Farigan.....	37
2.6.1. Les manifestations courantes: .....	37
2.6.2. La « fièvre de la nuit ».....	39
2.6.3. Une maladie infantile courante.....	40
2.6. 4. Une symptomatologie évolutive.....	42
2.7. Quelques recours thérapeutiques populaires contre le « corps chaud » .....	44
2.7.1. Les recettes de « grand-mères ».....	44
2.7.2. L'automédication .....	46
2.7. 3. Le recours à la biomédecine .....	50
2.74. Les acteurs de la prise en charge de farigan au niveau intra familial .....	52
Chapitre III : Prendre en charge la fièvre en pédiatrie.....	53
3.1. Quelques parcours de patients .....	53
3.2. Le « corps chaud » dans la nosographie biomédicale.....	55

3.3. Etapes et procédures de prise en charge .....	58
3.3.1. L'accueil.....	58
3.3.2. Plainte et diagnostic du mal .....	62
3.3.3. L'interrogatoire.....	63
3.3.4. L'examen corporel des enfants.....	65
3.3.5. La goutte épaisse : une prescription routinière.....	68
3.4. L'enfant : un acteur « marginal » de la relation thérapeutique .....	71
3.4.1. Un patient questionné par procuration.....	71
3.4.2. Les conditions du soin et les formes de douleur « subies ».....	71
3.4.3. Les accompagnants « experts » : .....	77
3.4.4. Les usagers dans les récits des soignants.....	81
Constats, conclusion, recommandations : .....	83

## **DEDICACE**

Je dédie ce travail

### **A la mémoire de mon père : Feu Zantigui Doumbia**

Je sais que tu aimerais bien me voir grandir afin de m'aider à réaliser mes rêves tout comme j'aimerais que ce soit toi qui me porte le badge, mais l'homme propose Dieu dispose.

Le destin a voulu que tu ne participes pas à la récolte des fruits mûrs de l'arbre que tu as planté mais où que tu sois je sais que tes pensées m'accompagnent et je veux être à la hauteur de tes souhaits. Cher Père dors en paix que la terre te soit légère. Amen !

### **A mes mamans : Kadia Samaké et Fatoumata Samaké**

Braves mamans, vous avez toujours été à nos côtés aux moments difficiles à ce que nous n'en voudrions jamais ceux qui ont leur père vivant.

Maman je n'oublierai jamais les larmes qui ont coulé de tes yeux face aux difficultés rencontrées pour m'inscrire à l'école.

Mes chères Mamans, aucun geste, aucune phrase ne sont suffisant pour vous remercier néanmoins veuillez recevoir dans ce travail qui est le votre mes sincères affections.

Que Dieu vous donne une longue vie avec santé auprès de nous.

## **REMERCIEMENTS**

Mes remerciements s'adressent

**A Allah le tout puissant et Miséricordieux !**

Pour m'avoir guidé et donner la force et le courage nécessaire de réaliser ce modeste travail.

Merci pour la grâce dont je suis l'objet, accorde moi ta bénédiction afin que je sois sage, que mes jours se multiplient dans la paix, pour encore mieux te louer.

**Au Prophète Mohamed (paix et salut sur lui).**

Que la paix et la bénédiction de Dieu soient sur vous et vos compagnons. Nous vous témoignons notre respect et notre gratitude pour tout ce que vous avez fait pour l'humanité.

**A mon beau frère et logeur : Boubacar Sacko**

Cher beau frère les mots me manquent pour vous remercier, vous avez été comme un père pour moi avec toutes ces affections et ces soutiens que vous m'avez donnés.

Quitter le village pour ses études à Bamako est une souffrance que vous m'avez épargnée. Votre sagesse, votre sens de pardon et votre patience furent un exemple pour moi. Que je sois reconnaissant envers vous et toute votre famille.

**A mes sœurs : Niélé, Sata, Sogodié, kambadié, Biendio, Mina, Kensaba**

Vos soutiens moraux, matériels, et financiers n'ont jamais fait défaut à mon égard.

Les mots ne suffiront jamais à exprimer mon attention et ma sincère reconnaissance.

Ce travail est le fruit de vos efforts.

**A mes frères Boubacar, Modibo, Moussa, Seydou**

Donnons-nous la main et travaillons car seul le travail libère l'Homme.

Mes chers frères soyez assurés de mes affections les plus fraternelles.

**A ma tante Setou Doumbia et son mari Philippe Samaké :**

Je n'oublierai jamais que c'est vous qui avez séché nos larmes ma mère et moi en m'inscrivant à l'école et en évitant que je marche six kilomètres par jour ; alors ce travail est le votre. Que je vous sois reconnaissant.

**A mon grand frère Modibo DEMBELE**

Merci pour votre courage de m'apprendre , à écrire , à lire et à apprendre mes leçons. Que Dieu te donne longue vie et de la santé

**A mes amis : Abdoulaye Keita, Makandian Kamissoko, Hamidou Guindo**

C'est dans les situations difficiles qu'on reconnaît les vrais amis. Je ne saurai jamais vous remercier pour votre amour, votre soutien moral et financier, vos conseils de tous les jours. Mes très chers amis, les mots me manquent pour dire à quels points je vous tiens à cœur, et en plus d'être des amis, vous faites partie de ma famille et restons unis car l'union fait la force.

Recevez ici mes affections amicales les plus sincères.

**A ma fiancée Nafissa Simpara**

Je ne saurai comment te remercier pour tes efforts, tes conseils, l'encouragement et l'amour que tu as pour moi.

La réussite est un long chemin de parcours, restons unis et solidaires ainsi nous irons loin. Nafi, soit sûre de mon amour pour toi quoi qui arrive

**A mon équipe de garde :**

**Salif COULIBALY , abdoulaye KEITA, Adama TROARE, Tiémoko DIAKITE dit PIRLO, Yacouba DIARRA dit cheick , Nah DIABATE, Mariam DIAWARA dite Diaz, Fadi MAIGA , Mariam YATTARA, Sidi TRAORE,ITT, Mamadou TRAORE dit ministre , GUINDO , Bintou SANOGO** merci pour votre collaboration et votre respect en mon égard en tant que chef d'équipe

## **A Mes maîtres médecins**

### **Docteur Soumana O. TRAORE**

Nous avons bénéficié de votre enseignement de gynécologie et d'obstétrique clair et précis.

En plus de vos qualités scientifiques, nous avons eu l'occasion d'apprécier vos qualités humaines au Csréf CV mais également en dehors de celui-ci.

Cette thèse est l'occasion pour moi de vous remercier au nom de tous les étudiants en stage au centre de santé de la référence de la commune V pour votre courtoisie.

Nous prions l'éternel pour qu'il vous donne une longue vie.

Amen.

**Oumar M. TRAORE, Silimana F. COULIBALY, Moctar SAMAKE ;  
Lamine DIARRA ; SANOGO Abdoulaye ; Hamidou Albachar DICKO,  
Hamady SISSOKO, Sidy BOUARE, Mamadou TRAORE, Soumaïla  
DIALLO, Amir MAÏGA, Florent DIARRA,**

Pour la qualité de l'enseignement, et de la disponibilité constante tout au long de notre formation. Recevez ici mes vœux de réussite les plus sincères.

Aux sages-femmes et infirmières du Csréf CV du District de Bamako particulièrement Mme Keita Tiédo Bah et Mme Maré,

Merci pour les conseils, la disponibilité constante et la qualité votre collaboration,

Aux anesthésistes et réanimateurs du Csréf CV du District de Bamako plus particulièrement à Missa Konaté,

Merci pour les conseils ; j'ai beaucoup appris à vos côtés,

Aux Aides de bloc du Csréf CV du District de Bamako,

La disponibilité et le sens élevé du travail qui vous caractérisent forcent l'admiration. Sincère remerciement à vous !

A tous les professeurs qui m'ont enseigné du cycle fondamental à l'université, particulièrement à monsieur Sidibé de l'école Saint François Xavier de Ouelessebougou,

Pour vos efforts consentis dans notre éducation, dans notre formation, nous vous servirons avec amour, loyauté et patriotisme.

A toutes les femmes qui ont perdu la vie en donnant vie,

A toutes les femmes qui ont perdu leur produit de conception en voulant donner la vie,

A toutes les femmes victimes des difficultés de la grossesse et de l'accouchement,

Aux orphelins dont les mères ont succombé en leur donnant naissance,

A tous ceux de près ou de loin qui m'ont apporté soutien et amour dans l'élaboration de ce travail si modeste soit-il.



## **HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY**

**A notre Maître et Président du jury :**

**Professeur TRAORE Mamadou**

**Professeur titulaire de Gynécologie-obstétrique**

**Secrétaire Général de la SAGO**

**Membre du réseau malien de lutte contre la mortalité maternelle**

**Coordinateur national du programme GESTA internationale**

**Président de l'association de l'URFOSAME au Csréf CV**

**Médecin-chef du Centre de Santé de Référence de la Commune V du District de Bamako**

**Cher Maître,**

C'est avec plaisir et spontanéité que vous avez accepté de présider ce jury malgré vos multiples occupations.

L'étendue de vos connaissances, votre rigueur scientifique, et votre sens social élevé et votre disponibilité suscitent admiration.

Nous avons bénéficié de votre enseignement clair et précis.

Permettez-nous ici, cher maître de vous réitérer notre confiance et notre profonde reconnaissance.

**A NOTRE MAITRE DIRECTEUR DE THESE**

**Docteur COULIBALY Abdourahmane**

**Doctorat en anthropologie à l'Ecole des Hautes Etudes de Science Sociale en France ( EHESS), chercheur associé à l'Unité Mixte Internationale 3189 (U M I) au Centre National de Recherche Scientifique ( CNRS) ; auteurs de travaux portant sur la mortalité materno-infantile, enseignant à la Faculté de Médecine et D'odontostomatologie(FMOS) .**

Cher maitre,

Votre culture scientifique, votre disponibilité constante votre simplicité et votre amour du travail bien fait force notre admiration.

Merci à vous ; vous qui, malgré vos multiples préoccupations, avez accepté sans réserve, de diriger ce travail.

Vous vous êtes pleinement impliqué par vos directives, vos remarques et suggestions, mais aussi par vos encouragements dans les moments clés de son élaboration ; ce travail est le votre. Je tiens à vous remercier aussi pour cette liberté que vous m'avez permise, sans laquelle le chercheur ne saurait affirmer sa manière de penser et de procéder.

Cher maitre soyez rassuré de notre profonde gratitude et de notre profond respect.

**A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE**

**DOCTEUR El Adj Idrissa KONE**

**Médecin pédiatre spécialisé en soins intensif**

**Chargé de cours pédiatrique à l'institut national de formation en science de la santé**

**Médecin chef du centre de référence de la commune IV et praticien hospitalier**

Cher maitre,

Votre culture scientifique, votre enthousiasme, votre simplicité et votre amour du travail bien fait force notre admiration.

Merci d'avoir accepté de siéger au jury malgré vos multiples préoccupations.

Cher maitre soyez rassuré de notre profonde gratitude et de notre profond respect.

**A NOTRE MAITRE MEMBRE DE JURY :**

**Docteur Seydou DIARRA**

**PhD en anthropologie médicale et de la santé à l'université de paris 8(France).**

**Spécialiste en anthropologie médicale et de la santé**

**Assistant en santé publique à la FMOS**

**Responsable des cours d'anthropologie médicale et de la santé à la section d'anthropologie et de sociologie à la Faculté des sciences Humaines et des Sciences de l'Education de l'Université des Lettres et des Sciences Humaines ( ULSH) de Bamako.**

**Responsable des cours d'anthropologie médicale et de la santé à la FMOS**

**Chercheur sur le politique et les systèmes de santé et l'initiative de la mise en œuvre de la gratuité de la prise en charge du paludisme chez les enfants de 0- 5ans et les femmes enceinte au Mali**

Cher maitre

Votre grande culture scientifique, votre simplicité, votre amour du travail à forcer notre admiration

Votre encouragement précieux à contribué à l'élaboration de ce travail qui est le votre

Cher maitre soyez rassuré de notre profonde gratitude et de notre profond respect.

## SIGLES ET ABREVIATIONS

**-CHU : Centre Hospitalier Universitaire**

**CHU GT : Centre Hospitalier Universitaire Gabriel Touré**

**-CSREF CV : Centre de Santé de Référence de la Commune v**

**-CSREF CIII : Centre de Santé de Référence de la Commune III**

**-CRP : Protéine C Réactive**

**-CVD: Centre de Développement des Vaccins**

**-DNS : Direction Nationale de la Santé**

**-FMOS: Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie**

**-HIV : Virus de l'Immunodéficience Humaine**

**-NFS : Numération Formule Sanguine**

**-OMS : Organisation Mondiale de la Santé**

**-ORL: Otorhino Laryngologie**

**-PCIME : Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant**

**-PDDSS : Programme Décanal de Développement Socio –Sanitaire**

**-PIB : Produit Intérieur Brut**

**-PNUD : Programme des Nations Unies pour le Développement**

**-PTME: prévention de la Transmission Mère Enfant**

**-UNICEF : Fond des Nations Unies pour l'Enfance**

**-URFOSAME: Unité de Recherche et de Formation en Santé de la Mère et de l'Enfant**

**-SLIS : Système Local d'Information Sanitaire**

## **Introduction : Contexte et problématique**

Aujourd'hui, la situation mondiale de la mortalité infantile est dramatique, puisqu'un enfant meurt toutes les 4 secondes. Soit 22000 enfants par jour et près de 9 millions d'enfants par an [1].

En effet la plupart des décès infantiles ont lieu dans les pays en développement soit 79 pour mille. [2]

Pour ce qui est du Mali en particulier c'est le troisième pays de l'Afrique après le Niger et l'Angola à avoir un taux de mortalité les plus élevés pendant les quatre dernières années (102,05 o/oo en 2009 ; 113,66 o/oo en 2010 ; 111,35 o/oo en 2011 et 109,35 o/oo en 2012 [3])

Le paludisme reste une des principales causes de la mortalité et de la morbidité infantile et du point de vue médical, la fièvre évoque souvent le paludisme. C'est ce qui explique d'ailleurs dans les régions à forte endémicité palustre le protocole thérapeutique préconise le traitement antipaludéen devant un symptôme fébrile. Les origines de la fièvre du point de vue médical sont diverses et suffisamment connues.

Au-delà de l'interprétation médicale, à quoi renvoie la fièvre du point de vue populaire ?

Comment est-elle prise en charge dans les services de pédiatrie ?

Voilà quelques repères qui traduisent la façon dont nous voulons aborder cette question.

Mais tout d'abord, rappelons quelques données sur cette pandémie qui est le paludisme.

Le paludisme constitue encore un problème majeur de santé publique dans le monde [4].

Selon les estimations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la moitié de la population mondiale est à risque de contracter le paludisme [5].

En 2008, on estime à peu près 243 millions le nombre annuel de cas de paludisme dans le monde pour la plupart, les enfants de moins de 5ans qui restent de loin les plus exposés au risque de décès par paludisme avec 863 000 décès par an (Who, World Malaria Report, 2009) [6].

L'UNICEF a notamment établi une coopération étroite avec l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) afin de lutter contre les maladies infantiles dans le cadre d'une stratégie connue sous le nom de Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant. Ces deux institutions travaillent dans le but de réduire la mortalité maternelle et de relancer la lutte visant à éradiquer le paludisme.

Ainsi les maladies diarrhéiques, les infections respiratoires aiguës, la rougeole, la malnutrition aiguë et l'évaluation du statut vaccinal sont aussi prises en compte dans le cadre de la PCIME [7]

Le rapport mondial de 2009 de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) sur le paludisme à la base des données de 2008, indique que le paludisme est endémique dans 108 pays, dont 45 sont situés dans la région Africaine [6].

Il tue à lui seul entre 1,5 à 2,7 millions de personnes par an dont plus de 90% en Afrique subsaharienne.

Il s'agit pour la plupart des enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes. Un enfant meurt du paludisme toutes les 30 secondes en Afrique [4].

L'Afrique est le continent le plus touché avec 90% des cas de paludisme recensés dans ses zones tropicales, le paludisme représente 10 % du poids total de la maladie du continent, 40% des dépenses de santé publique [8].

Sur le plan économique, on estime à plus de 12 milliards la perte annuelle du Produit Intérieur Brut (PIB), due au paludisme en Afrique [4].

Les pertes économiques dues au paludisme pour l'Afrique sont énormes. Ce qui fait de cette maladie un véritable fléau qui freine le développement du continent [6]. Face à ce fléau, en 1998 l'initiative « Roll Back Malaria » (Faire Reculer le Paludisme) associant le gouvernement des pays impaludés, l'OMS, le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD), le fond des Nations Unies pour l'enfance et la Banque mondiale, a donné comme nouveaux objectifs, la prévention de la morbidité et de la mortalité. L'objectif principal de cette initiative était de réduire le fardeau du paludisme dans le monde avant l'année 2010, ce qui a permis d'apporter un nouvel espoir dans le renforcement de la lutte contre ce fléau [9].

Le paludisme reste encore un problème majeur de santé publique dans les pays en voie de développement, notamment intertropicaux, il est à la fois une maladie de la pauvreté et une cause de la pauvreté [4].

L'Europe connaît des cas de paludisme dit d'importation. En France, en 2008, 4400 cas d'importation ont été rapportés [8].

En plus des pertes en vie humaine, le paludisme réduit l'activité des personnes durant plusieurs jours, affecte l'économie en diminuant le Produit Intérieur Brut (PIB) et entrave la scolarité des enfants [10].

Les économistes attribuent au paludisme un déficit de croissance annuelle pouvant atteindre 1,3% [4].



Au Mali, le paludisme est responsable de 39 % des motifs de consultations dans les services de santé (SLIS 2008) [6].

Comme dans la majorité des pays africains, le paludisme y demeure une endémie majeure et la première cause de morbidité et de mortalité dans les groupes les plus vulnérables, notamment les enfants de moins de 5ans. [10]

Dans le cadre de son programme de développement social et sanitaire (PDSS), adopté en juin 1998, le Mali s'est fixé plusieurs objectifs stratégiques à savoir :

- Élargir l'accès aux soins de santé et aux services de référence ;
- Améliorer la qualité, l'efficacité et l'efficacités des services socio-sanitaires, notamment ceux relatifs à la santé, à la reproduction et à la nutrition ; et
- Renforcer les capacités institutionnelles de l'Etat à organiser, gérer, suivre et évaluer le système de santé et d'action sociale. [11]

La fièvre comme catégorie médicale est reliée à plusieurs étiologies. Cependant les études médicales n'en rendent compte qu'à travers sa symptomatologie et les statistiques. L'interprétation médicale est certes nécessaire dans un souci de prise en charge thérapeutique mais il est tout aussi important d'aborder cette question d'un double point de vue en mettant l'accent sur les représentations et les pratiques populaires.

**OBJECTIFS :**

**Objectif général :**

Décrire de façon anthropologique, la prise en charge de l'accès fébrile dans les services de pédiatrie du District de Bamako.

**Objectifs spécifiques :**

- 1 : Etudier les interprétations et pratiques populaires liées à l'accès fébrile.
- 2 : Rendre compte le diagnostic de la fièvre en pédiatrie.
- 3 : Rendre compte les différentes formes de prise en charge familiale de l'accès fébrile en pédiatrie.
- 4 : Décrire les liens entre le signifiant corps chaud du côté des soignants et le signifié qu'il traduit du côté des soignés.
- 5 : Rendre compte les présupposés théoriques de la prise en charge de l'accès fébrile en pédiatrie.

**HYPOTHESES**

Quelques hypothèses simples traduisent le sens de notre démonstration:

- Il existe un écart entre normes « officielles » et normes « pratiques » dans la prise en charge de l'accès fébrile.
- Les interprétations populaires de la fièvre ont une incidence sur la qualité des soins.

## **Chapitre I : Méthodologie de recherche**

Cette étude porte sur « ce qui se dit » à propos de la fièvre et sur « ce qui se fait » pour la prise en charge.

La démarche méthodologique est basée sur l'approche qualitative. Ainsi, les entretiens qualitatifs et les séances d'observations ont été au centre de cette démarche.

### **1.1 : Les sites de l'enquête**

Les enquêtes se sont déroulées dans la ville de Bamako, capitale administrative et économique de la république du Mali. Elle est divisée en six (6) Communes qui disposent chacune d'un centre de santé de référence, de centres de santé communautaire, des structures médicales privées (cabinets et cliniques).

Il existe cinq (5) Centres Hospitaliers Universitaires dans la capitale : C.H.U Gabriel Touré ; CHU du Point-G, CHU de l'IOTA, CHU d'Odontostomatologie ; Hôpital du Mali.

Le choix de cette ville se justifie par le fait qu'elle abrite le plus grand service pédiatrique aussi bien par la fréquentation que par la diversité des professionnels en pédiatrie. Les enquêtes ont été menées dans trois services de pédiatrie relevant des institutions sanitaires ci-après : le CHU Gabriel Touré, le Csréf CV, le Csréf CIII.

### **Le service de pédiatrie du CHU Gabriel Touré :**

Le CHU Gabriel Touré est situé au cœur de la ville de Bamako. Le service de pédiatrie est un bâtiment à un seul étage structuré de la façon suivante :

#### **\* Au rez-de-chaussée :**

- L'unité de l'urgence pédiatrique comprenant :
  - une salle de consultation (deux tables d'examens)
  - trois salles d'hospitalisation (25lits)
- une salle pour l'unité CVD,
- une salle pour l'unité de drépanocytose,
- une salle pour l'unité de nutrition,
- une unité de PTME (centre d'excellence)
- une salle d'accueille.
- Un bureau pour le major,
- une salle pour les manœuvres,
- un magasin.
- Une unité de pédiatrie I composée :
  - des salles d'hospitalisation,
  - une salle de perfusion,
  - un bureau pour le major,
  - un bureau pour le surveillant

- Une unité de pédiatrie II comprenant :
  - une salle de garde pour les infirmières,
  - une salle pour le major,
  - des salles d'hospitalisation et
  - des toilettes.

**\* A L'étage :**

- Une unité mère Kangourou, (pour le thermostatage des nouveaux-nés prématurés)
- Une unité d'oncologie,
- Une unité de réanimation et néonatalogie,
- Une unité de pédiatrie IV,
- Des salles d'hospitalisations individuelles et des bureaux

NB : Avec la nouvelle structuration de l'hôpital les salles de consultations externes sont situées au niveau du nouveau bâtiment.

Un service de chirurgie pédiatrique à l'étage du bâtiment du service de gynéco obstétrique

**Le service de pédiatrie du centre de santé de référence de la Commune V:**

Il est composé :

- Une salle de consultation (deux tables examens)
- Deux salles d'hospitalisation (12lits)
- Une salle de perfusion

- Une unité de néonatalogie
- Une unité de mère kangourou

### **Le service de pédiatrie du centre de santé de référence de la Commune III.**

Le centre de santé de référence de la Commune III Communément appelé PMI central, est situé au centre de la ville de Bamako (Bamako coura).

Son service de pédiatrie comprend :

- une salle de consultation (deux tables d'examen)
- une salle de soin

Le choix des sites ne se réfère à aucune raison particulière mais nous pensons tout simplement que ce nombre est suffisant pour permettre d'explorer une telle problématique dans le cadre d'une thèse. Le souhait serait d'étendre l'étude sur toutes les communes.

## **1.2. ECHANTILLONNAGE**

L'étude concerne deux catégories d'enquêtées. Il s'agit des agents de santé travaillant dans les services de pédiatrie (médecins, étudiant en médecine, infirmiers, aides-soignants) d'une part et des personnes venues en consultation pédiatrique et/ou de leurs accompagnants d'autre part. Au total 15 agents de santé (5 par services de pédiatrie) et 30 enfants et/ou accompagnants (10 par service de pédiatrie) ont été sollicités pour participer aux enquêtes. Parmi les 15 agents de santé choisis de façon probabiliste il y avait : sept (7) médecins, cinq (5) étudiants en médecine et trois (3) infirmières

### **Critères d'inclusion :**

Agents de santé :

- Être agent de santé avec une fonction officielle en pédiatrie,

- Agent de santé ayant accepté de participer à l'étude

Enfants :

- Etre âgés de 0 à 14 ans et souffrant d'un accès fébrile,
- Accompagnant ayant accepté de participer à l'étude.

**Critères de non inclusion :**

- Accompagnant n'ayant pas accepté de participer à l'étude,
- Enfant ne souffrant pas d'un symptôme fébrile.

**1.3. Déroulement des enquêtes :**

Les enquêtes ont été entièrement menées par nous mêmes sans la participation d'une tierce personne. Nous avons au préalable sollicité une autorisation des autorités (chef du service de pédiatrie de chaque site) pour faciliter les contacts avec les agents. L'enquêteur se présentait au responsable de chaque service concerné avant de solliciter des entretiens avec les agents ou de réaliser des séances d'observations. Pour les soignants ou les accompagnants, l'enquêteur se présentait simplement comme un agent de santé. L'enquête a duré 2 semaines et demie sur chaque site.

Les entretiens ont duré en moyenne 1 heure d'horloge et ont tous été intégralement enregistrés et transcrits

Les agents de santé ont été sollicités sur leurs lieux de travail directement. Une fois leur accord obtenu, l'enquêteur procédait aux entretiens ou à l'observation des séances de consultation.

Quant aux enfants et /ou aux accompagnants, ils étaient contactés soit dans les salles de consultation ou en hospitalisation.

Avant le début de chaque entretien, l'enquêteur prenait le temps de se présenter :

- Aux agents de santé, l'enquêteur disait d'être venu pour des enquêtes dans le cadre de sa thèse de médecine portant sur les interactions de soins autour de la fièvre.

-Aux accompagnants des enfants l'enquêteur se présentait comme étant un agent de santé voulant avoir une réponse à diverses questions en vue d'améliorer les pratiques quotidiennes dans les centres de soins.

#### **1.4. Principales techniques d'enquêtes utilisées :**

Deux modes de production des données ont été utilisés dans le cadre de cette étude : les entretiens semi-directifs et l'observation. Les entretiens ont concerné aussi bien les agents de santé que les usagers des services (enfants ou accompagnants). Les différentes questions ont permis d'explorer tous les aspects importants de notre thématique et notamment la définition médicale de la fièvre et celle de la « prise en charge », les procédures de diagnostic, les représentations et thérapies populaires. Quant aux séances d'observations, elles ont permis de porter un regard attentif sur la nature des interactions dans les espaces de soins.

#### **1.5. Principaux outils utilisés:**

- Le guide d'entretien
- Le guide d'observation,
- Le journal de recherche,
- Le journal de l'enquête.



### **1.6. Méthode d'analyse des données :**

Tous les entretiens ont été relus de façon systématique.

L'analyse de contenu nous a permis d'identifier les thèmes les plus pertinents en fonction de leur occurrence.

### **1.7. Durée de l'étude :**

Au total cette étude a duré 6 mois (de décembre 2011 à juin 2012).

**Chapitre II :** La fièvre (farigan en bambara : fari = corps et gan = chaud) fait partie des malaises les plus fréquemment évoqués et elle rentre dans la description symptomatique de nombreuses maladies. Le « corps chaud » fait l'objet d'une quête de soin et c'est pourquoi nous allons évoquer les représentations populaires autour de cette sensation à travers son étiologie, sa symptomatologie, les recours thérapeutiques.

### **2.1. Le « chaud » et le « froid » dans la pensée populaire :**

Le chaud et le froid appartiennent aux catégories fondamentales de la personne et renvoient à une certaine typologie. Ainsi, on parle de « personnes chaudes » et de « personnes froides » et chacune de ces catégories s'oppose à l'autre comme le « chaud » s'oppose au froid. Il s'agit d'un classement qui traduit en même temps une certaine caractéologie populaire :

*« Une personne chaude » (môgô kalamán), c'est une personne qui est toujours rapide dans ses actions, qui exécute tout de suite ce qu'on lui demande et par conséquent une personne chaude peut rapidement commettre des erreurs »*  
(C.S., homme 34 ans, commerçant)

A l'opposée, il définit la personne froide (môgô sumalen) comme étant

*« Une personne qui est lente dans ses actions, calme et presque toujours seule, en général ce sont des personnes qui communiquent peu avec les gens leur idées leur décisions et leur problème sont rarement partagés ce qui fait d'eux des personnes dangereuses ».*

Pour cet enquêté, il s'agit pour toute personne d'être au juste milieu et il s'explique ainsi :

*« Il ne faut être ni chaud ni froid mais être juste au milieu  
« tiède » (môgô bèrèben né) car un adage dit « plus pressé que  
la musique on danse mal et vice versa. »*

Cette opposition entre personne « chaude » et personne « froide » est traduite autrement par l'opposition entre « personne à la tête crue » (môgô kun kènè) et « personne à la tête morte » (môgô kun salen).

Ce clivage entre le chaud et le froid pour définir la personne oppose aussi les « fluides corporels » de l'homme et ceux de la femme. C'est ce que traduit la notion de « lait chaud » (sinji kalaman).

Le corps sain est d'ordinaire perçu comme résultant d'un équilibre entre le chaud et le froid bien que dans certaines cultures un état chaud soit préféré. Dans certaines représentations partagées en Malaisie par exemple, le froid est associé à la santé et la fertilité (Landerman, 1987).

La maladie est souvent interprétée comme une « sortie » du nécessaire équilibre entre l'état du « chaud » et l'état du « froid » soit par consommation excessive d'aliment chaud ou froid ou par une exposition à un environnement chaud ou froid. Il s'agit donc d'une étiologie de source alimentaire ou environnementale. La démarche thérapeutique adaptée repose alors sur l'utilisation des aliments du type opposé pour restaurer l'équilibre perdu. L'objectif du thérapeute consiste à faire évoluer l'état de déséquilibre vers un état d'équilibre et cette trajectoire est largement orientée selon la logique d'inversion.

Certaines études ont été réalisées sur ce sujet : Ag Hamahady, 1988 ; Le Jean Yannick ,1986. Ces études ont porté sur la classification du chaud et du froid dans la zone de Tombouctou et du Gourma.

D'après Ag Hamahady, les maladies tamasheq sont essentiellement causées par des facteurs alimentaires ou climatiques, et elles se produisent sous trois formes : chaude (tekusse), froide (tessumde), et chaude + froide.

Ainsi, les maladies « froides », reliées à un état de froid, attaquent à partir de l'intérieur entraînant une mauvaise digestion, des selles sans odeur, et une envie de boissons froides et d'endroits frais ; A ce propos, il a été signalé qu'il existe des individus naturellement « froids », une petite minorité identifiable à un âge précoce et qui souffrent moins que les autres des maladies « chaudes » mais pour qui les maladies « froides » sont très dangereuses ; La vraie maladie tessumde ou maladie « froide » qui est très grave et qui peut avoir un grand nombre de symptômes comme le mal de dos, le mal de ventre, une sensation de poids dans la poitrine, des douleurs osseuses ou musculaires, des rhumatismes. On rencontre trois types équivalents de tekusse : les maladies « chaudes », les personnes naturellement chaudes et les tekusse pathologiques proprement dits. Ag Hamahady indique les endroits et les saisons où les gens sont exposés au froid ou au chaud ainsi que les aliments spécifiques qui provoquent des maladies chaudes ou froides [12]

La perspective plus théorique de Le Jean s'applique à la perception tamasheq du fonctionnement du corps tel qu'il est décrit par un guérisseur. [13]

L'auteur relève que même parmi les guérisseurs spécialistes, les informations obtenues sur le concept du chaud et du froid sont contradictoires et diffèrent selon les guérisseurs.

Certes, il est très difficile d'avoir une opinion précise de ce qu'est le « chaud » et le « froid » mais néanmoins l'auteur conclut que (cette notion est la clé de voûte de la médecine traditionnelle).

D'après le guérisseur interrogé par Le Jean les gens naissent avec une tendance génétique vers le « chaud » ou vers le « froid », tendance qui ne se manifeste pas nécessairement ; c'est à la fois une caractéristique physique et une caractéristique du comportement, ce qui nous rapproche de la médecine classique des humeurs. Les aliments et les lieux ont aussi des états « chauds » ou « froids », mais ces états sont relatifs et dépendent d'où l'on vient et des réactions personnelles de chacun. La classification « chaud-froid » est essentielle pour le diagnostic et la prise en charge de la maladie car toute la pathologie est dominée par la notion de « chaud » et de « froid ». La distinction est très importante en médecine traditionnelle, car le traitement différera selon qu'il s'agit d'une maladie « froide » ou d'une maladie « chaude ».

Les maladies « froides » sont plus rares, plus difficiles à traiter, plus insidieuses tandis que les maladies « chaudes » sont rapides, dominées par la fièvre et relativement faciles à traiter. [13]

## **2.2. Farigan : une nomination de type générique**

D'une manière générale, la fièvre signifie « corps chaud » qui est aussi assimilable à « fari kalaya ». La notion de farigan traduit une autre réalité.

Le terme farigan est différent de la fièvre « corps chaud » il désigne toutes les maladies. Le signifiant farigan correspond donc à plusieurs signifiés.

*« Le farigan signifie l'ensemble de toutes les maladies et quand on dit que l'enfant a le farigan ça veut dire que l'enfant souffre »*

*d'une maladie, alors c'est aux médecins de savoir de quelle maladie il s'agit. » Dit la mère d'un enfant hospitalisé en pédiatrie du CHU Gabriel Touré »*

*Pour D.D., femme 45ans*

*« Le corps chaud est inclus dans le farigan, et il ne peut y avoir de farigan sans corps chaud par conséquent toutes les maladies donnent le corps chaud c'est pourquoi le farigan est le nom commun de toutes les maladies »*

Le corps « chaud » fait fréquemment l'objet de plainte et pousse à entreprendre une quête de soin

*« La maladie n'a aucune importance non seulement elle nous appauvrit mais aussi nuit à la santé de nos enfants. Si le corps chaud a une importance c'est son apparition précoce au tout début de la maladie ce qui nous permet d'amener les enfants à l'hôpital très tôt avant qu'apparaissent les complications. »*

*(S.K., homme, 38 ans accompagnant son enfant souffrant de paludisme).*

Le farigan est un signifiant euphémique correspondant à divers signifiés et en particulier les maladies « honteuses » telles que les maladies sexuellement transmissibles (gonococcie, sida).

Bref, c'est un moyen de dire que quelqu'un est malade sans dire le nom de la maladie

*« Le farigan c'est le nom commun de toutes les maladies alors même si quelqu'un souffre d'une maladie honteuse (telles que le sida, la tuberculose, les maladies génitales) en disant aux gens qu'il a le farigan, son secret est alors gardé. »*

*C.T., 31ans, mère d'un enfant hospitalisé à la pédiatrie du Csréf CV)*

Cette version fut confirmée par le père d'un enfant sous traitement ambulatoire au Csréf CIII qui souligne :

*« Dire farigan permet aussi de ne pas divulguer le nom de la maladie qui parfois est un secret pour le malade. »*

### **2.3. Sumaya : une maladie « froide »**

Dans la pensée commune au Mali, le paludisme est désigné sous le nom de « Sumaya » (litt. lenteur, humidité, fraîcheur). C'est une maladie « froide » à étiologie variable. Ainsi, certains aliments sont considérés comme particulièrement « pathogènes »

Les aliments les plus fréquemment cités sont la banane, l'huile, les œufs, le fruit du karité, les mangues non mûres, etc.

Ce sont des aliments appartenant à la catégorie du « froid » dans la nosographie populaire. L'humidité que désigne aussi le terme, est souvent perçue comme un des vecteurs de Sumaya.

A.T., femme 30 ans, accompagnant son enfant hospitalisé au Csréf CV affirme :

*« Même s'il est vrai que le Sumaya est causé par les moustiques ce que dit les télévisions et la radio, il est aussi vrai que les parasites responsables du Sumaya peuvent vivre dans l'organisme humain sans causer la maladie et que manger des aliments humides tels que (la banane, l'huile, les œufs) et se coucher dans un endroit humide stimulent ces parasites provoquant ainsi les signes de paludisme, c'est pourquoi je demandais toujours à Moussa d'éviter ces choses là mais il n'écoute jamais personne et en voici les conséquences, les médicament sont trop couteux ».*

Une étiologie similaire se retrouve dans les commentaires de B.B., homme 50 ans, accompagnant son enfant hospitalisé au CHU Gabriel Touré pour paludisme grave compliqué d'anémie :

*« Nous nous sommes des Sarakolés qui vivent dans des villages éloignés (lakakèmon)*

*Chez nous quelque fois on entend à la radio qu'on doit dormir sous moustiquaire pour éviter les moustiques qui provoquent le paludisme à travers leurs piqûres mais je crois bien qu'elles ne sont pas les seules à le provoquer il y a aussi des aliments humides tels que (la banane, l'huile, les œufs, le lait de vache non bouilli) se coucher dans des endroits humides, l'eau sale, les mouches, le manque d'hygiène et même la constipation le provoquent si non chez nous il n y a pas assez de moustiques »*



*« La femme enceinte ressent beaucoup de chaleur »* (Kadi, femme, 45 ans).

Ce commentaire revient souvent quand il s'agit de se livrer à une certaine caractéologie de la femme enceinte. Cet état du chaud est certainement dans un rapport de cause à effet avec d'autres traits de la femme enceinte comme sa nervosité par exemple ou son aigreur (*dusuman goya*).

#### **2.4. La « chaleur » de la maladie :**

La pensée populaire définit plusieurs phases dans l'évolution d'une maladie : (i) une phase où la maladie s'installe, (ii) une phase où la maladie évolue, (iii) une phase où la maladie se calme (*bana bè nôgôya*) ou « ne réussit pas » (*bana ma yen = mort*). La « chaleur de la maladie » se situe plutôt dans la troisième phase). L'évacuation de la « chaleur » de la maladie signale plutôt une évolution positive du soin et renvoie à la guérison. Si la guérison correspond à l'évacuation de la chaleur du corps, les phases précédentes représentent alors des phases d'accumulation de la chaleur dans le corps.

La nosographie populaire identifie clairement des maladies désignées sous le nom de « maladies chaleureuses » *Banafunténima* tels que : la tuberculose, (*sôgôsôgônijè*) la lèpre (*Banaba=grande maladie*), la rougeole le rhume (*moura*), etc...

Ces maladies « chaleureuses » sont de nature contagieuse parce que pouvant se transmettre d'une personne à une autre comme l'observe ici O.S., homme 42 ans:

*« Mon enfant a 13ans. Il tousse depuis plus d'un mois  
Il maigri jour en jour, son corps est souvent chaud. Au début  
nous pensions que c'était une maladie chaleureuse  
(banafunténima), la tuberculose « sôgôsôgônijè » et on interdisait*

*à ses frères de lui rendre visite pour éviter de nouvelle contamination ; nous avons fait des traitements traditionnels avec des tradithérapeutes et modernes dans notre Cscom sans succès alors nous avons décidé de l'amener au CHU Gabriel Touré.*

*Ici nous avons fait des analyses et des radiographies, les médecins parlent de pneumonie et ils ont commencé le traitement aujourd'hui Dieu merci la chaleur de la maladie a été évacuée, l'enfant va de mieux en mieux ».*

## **2.5. Les étiologies de la fièvre**

L'explication de l'étiologie du corps chaud varie en fonction du niveau d'instruction. Dans notre échantillon, les personnes analphabètes associent « corps chaud » le plus souvent à une manifestation symptomatique du paludisme. C'est ce que soulignent par exemple les propos de B.T, homme 46 ans, non scolarisé:

*« Mon enfant a 2 ans, il a le farigan il vomit et il a la diarrhée, je pense qu'il fait le Sumaya, nous avons fait des traitements traditionnels sans succès. Hier il a été attrapé par le kônô et ça c'est le Sumaya grave ; nous l'avons amené au dispensaire de Sina (commune de sanankoroba) et le docteur nous a demandé d'amener l'enfant à Bamako. C'est la deuxième fois que le kônô l'attrape et la première fois il y a une année c'était le Sumaya.*

*Arrivés à Bamako le docteur l'a examiné et immédiatement il l'a couvert d'un habit humide et ça m'a étonné mais je pense que c'est pour refroidir le corps. Après il m'a demandé de faire des analyses et quant il a vu le résultat il m'a dit que mon enfant fait un paludisme grave et il m'a demandé d'aller chercher du sang ».*

En dehors du paludisme, « corps chaud » chez les personnes non scolarisées est lié à d'autres causes. Pour R. C. femme 31 ans, signale la poussée des dents chez le nourrisson :

*« Mon enfant a 17mois il a le farigan il ya 3 jours. Je pensais que c'est la dentition ; mais dans ces deux derniers jours je vois que sa gorge s'oedematie et le farigan ne fait que s'aggravé alors j'ai mouillé une serviette pour envelopper l'enfant et l'amener à hôpital. Le médecin vient de l'examiner et trouve qu'il fait une amygdalite».*

Une femme beaucoup plus âgée (F.T., 48 ans) y voit le signe d'une détérioration de la qualité du lait maternel faisant suite à la violation de l'interdit sexuel de l'allaitement. Dans les représentations partagées, une femme allaitante qui mène une activité sexuelle, court le risque d'affecter la qualité de son lait et l'enfant nourri à partir de ce lait peut être victime de maladie et le corps chaud traduit souvent une telle affection.

Les grossesses trop rapprochées pourraient donner le corps chaud : c'est-à-dire l'enfant d'une femme enceinte en même temps allaitante a toujours le corps chaud à cause du lait maternel qui devient sale et dangereux pour l'enfant et

cette situation suscite des prises de décision regrettables et néfastes pour la santé de la mère aussi bien que pour l'enfant à savoir l'interruption volontaire de la grossesse ou le sevrage précoce.

*« Mon enfant a 15 mois son corps s'échauffe il a la diarrhée et il vomit je pensais que c'est la dentition mais le problème est que depuis que j'ai accouché je n'ai vu mes règles qu'une seule fois et il y a une semaine, j'ai été voir un gynécologue qui a confirmé que je suis enceinte à nouveau et mon enfant tête toujours c'est pour ça qu'il est toujours malade et il faut que je le sèvre.*

*Si je vois l'enfant souffrir ça me donne envi d'avorter cette grossesse mais mon mari n'acceptera pas*

*Lorsqu'une femme allaitante tombe enceinte, le lait maternel devient sale et dangereux pour l'enfant, ce qui lui donne de la diarrhée et des vomissements et du corps chaud » dit une femme en ceinte et en même temps allaitante soucieuse de la maladie de son enfant au Csref CIII.*

Les enquêtés scolarisés ont une appréhension différente du « corps chaud ».

Selon beaucoup d'entre eux le « corps chaud » (*fari kalaya*) est le signe d'une maladie comme une autre. Cette rupture de la normalité biologique justifie pleinement une quête de soins.

M.T. femme 27ans, mère d'un enfant de 4 ans souffrant de paludisme au Csref CIII, déclare:

*« Hier soir j'ai constaté que mon enfant a le corps chaud lorsque je le tenais contre moi, au lieu d'aller directement acheter un médicament à la pharmacie ou dans la rue pour peut être*

*aggraver l'état de sa santé, j'ai préféré l'amener à l'hôpital pour en savoir plus à travers les médecins. »*

Dans la pensée commune donc, le « corps chaud » est la manifestation d'un désordre biologique, et le paludisme est de loin la première maladie à quoi pensent nos enquêtés scolarisés lorsqu'un enfant manifeste un tel symptôme surtout s'il a passé au moins une nuit sans dormir sous une moustiquaire.

*« Le corps chaud ou farigan peut signifier beaucoup de maladies mais en général quand l'enfant a le corps chaud c'est fréquemment un accès palustre la preuve en ai qu'à chaque fois que mon enfant fait le farigan les analyses de sang montrent que c'est le paludisme et en plus de ça le paludisme est la maladie la plus fréquente au Mali selon mes remarques ; si jamais mon enfant passe une nuit sans dormir sous moustiquaire alors je m'attend à un farigan tôt ou tard »dit I. D. femme de 30ans au Csréf CV ».*

## **2.6. Les symptômes et la démarche diagnostique de Farigan**

### **2.6.1. Les manifestations courantes:**

*«Le farigan, c'est quand l'enfant souffre, quand son corps devient chaud » (H B, femme 23 ans)*

*«Le farigan c'est le nom commun de toutes les maladies alors même si quelqu'un souffre d'une maladie honteuse en disant aux gens qu'il a le farigan, son secret est alors gardé. » (A.C., femme 39ans).*

*« Pour moi, il s'agit de la fatigue, l'enfant est fatigué, il n'a envie de quoi que ce soit, son corps chauffe » (F.T., homme 25 ans).*

*«Le farigan commence le plus souvent par un changement de comportement de l'enfant, il devient triste en suite le corps s'échauffe il ne mange plus la diarrhée et le vomissement peuvent s'associés entraînent une perte de poids un absentéisme scolaire. A la longue si on ne fait rien les crises convulsives, le coma et même la mort peuvent s'en survenir c'est pourquoi j'amène mes enfants à l'hôpital dès que je soupçonne que quelque chose ne va pas » (S.C., homme 42ans, accompagnant son enfant âgé de 6ans).*

L'analyse de tous ces propos montre que la description symptomatique de farigan ne correspond pas à une catégorie stable parce qu'elle varie en fonction des locuteurs. Cependant, le corps chaud apparait comme central dans les différentes descriptions.

Le diagnostic de farigan se fait la plupart du temps au jugé, c'est-à-dire sur la base du toucher. La sensation de chaud suffit pour désigner un état du chaud. C'est ce que laisse entendre les propos de F.S., femme, 30 ans qui affirme :

*« Il est facile de savoir qu'un enfant a le corps chaud car il suffit seulement de toucher à quelques parties de son corps (le front la poitrine ou le ventre) avec la paume de la main pour sentir le chaud ».*

### 2.6.2. La « fièvre de la nuit »

L'analyse des discours des enquêtés fait apparaître deux types de farigan.

Le premier type appelé « fièvre de la nuit » (*sufè farigan*) qui correspond à une manifestation nocturne. Sa description symptomatique la plus courante fait allusion à l'échauffement nocturne du corps de l'enfant, l'apparition de petites plaies buccales. Pendant le jour le corps se refroidit et l'enfant continue à jouer comme si de rien n'était.

Le « *sufè farigan* » signale une maladie dangereuse le plus souvent causée par de mauvais sorts jetés par des personnes mal intentionnées.

Face à ce type de fièvre le recours à la tradithérapie est fréquent comme le confirment les propos de M.F., femme 40 ans, mère d'un enfant souffrant de paludisme grave au CHU GT :

*« Mon enfant a 7ans son corps n'est chaud que la nuit et certaines nuits son corps s'échauffe comme le feu et il se met à grimacer et dire des mots insensés et incohérents comme s'il voit quelque chose de dangereux voulant lui faire du mal et quant il commence ça je fais appel à sa grand-mère qui vient lui faire des décantations pour qu'il puisse dormir mais dès qu'il fait jour l'enfant se met à jouer comme s'il n'avait rien.*

*Il a reçu beaucoup de médicaments traditionnels (bamana fura) sans succès.*

*Enfinement j'ai fini par l'amener à l'hôpital et là on a été bien accueilli par les médecins qui l'ont examiné et demander des analyses qui révèlent un paludisme, nous avons fait le traitement et maintenant l'enfant va bien. Si non au début je pensais que les sorciers voulaient me l'enlevé ».*

Le second type de fièvre correspond à ce qu'on pourrait appeler une « fièvre ordinaire » qui ne se manifeste pas à un moment spécifique comme la « fièvre de nuit ». Et là il s'agit d'une fièvre intermittente signalant diverses maladies courantes telles que le paludisme, la fièvre typhoïde, les maladies diarrhéiques, la dentition).

Face à ce type de fièvre le recours à l'automédication ou à une consultation médicale est assez fréquent. M.S., homme 35 ans, déclare à ce propos :

*« Si l'enfant fait le farigan de tout le temps, ça signale des maladies faciles à connaître et à traiter à savoir le paludisme la fièvre typhoïde les maladies diarrhéiques la dentition ».*

### **2.6.3. Une maladie infantile courante**

Kônô est une entité nosologique populaire décrite à travers plusieurs symptômes. La fièvre compte parmi les symptômes majeurs de cette affection propre aux enfants.

Selon certains de nos enquêtés il y a deux types de kônô. Le premier type se manifeste par une crise au cours de laquelle l'enfant a les yeux toujours ouverts.

Le paludisme simple est fréquemment cité comme étant à l'origine de ce type de kônô.

M.S., femme 37ans, constate :

*«Kônô c'est une convulsion dans laquelle l'enfant a les yeux grandement ouverts et c'est le Sumaya qui est en cause ».*



*« Kônô signifie une crise convulsive et en général c'est la fièvre ou corps chaud, appelé « fari kalaya » en bambara qui le provoque. » (F.R., femme 27ans mère d'un enfant de 11 mois hospitalisé au CHU Gabriel Touré).*

- Le second type de kônô fait allusion à une convulsion dans la quelle l'enfant a les yeux fermés. Le paludisme grave (sumaya kokolén en bambara) serait à l'origine de cette manifestation.

*« Mon enfant a 6 ans, il convulse aux yeux fermés c'est le Sumaya kokolén (paludisme grave) ce qui est différent du kônô dans lequel l'enfant convulse et les yeux grandement ouvert ». (T.K., femme 27 ans mère d'un enfant de 6ans hospitalisé au Csréf CV pour paludisme grave).*

A la question de savoir ce qu'est ce qui provoque kônô et comment l'éviter, D.S., femme 26 ans (Csréf CV) répond :

Alors elle nous a donné un schéma en disant

*« Les médecins ne m'ont pas dit comment protéger les enfants du paludisme mais je sais que ce sont les moustiques qui donnent le Sumaya, le Sumaya donne la fièvre (fari kalaya) et la fièvre donne le kônô »*

L'analyse de tous ces propos nous permet de dire que les deux types de convulsion ont la même étiologie et que la gravité de la maladie se mesure souvent à l'état des yeux (fermés ou ouverts).

#### 2.6. 4. Une symptomatologie évolutive

Le corps chaud est un état qui est appelé à évoluer en passant du « chaud » au « froid » soit parce que la température a baissé d'elle-même soit parce qu'elle a baissé sous l'effet d'un traitement. Il peut arriver aussi qu'il y ait une alternance entre « chaud » et « froid ». L'évolution vers la mort est l'issue fatale de la manifestation du corps chaud. Les propos suivants illustrent ces différentes évolutions du corps chaud.

*« Comme toute chose, il y a un début et une fin ; le farigan commence avec force et rapidité mais la guérison est lente quand on commence le traitement » (S.S., homme 32ans)*

*«Le farigan peut guérir souvent, même si on ne prend pas de médicaments, on appelle ça « farigan fitini » (M.T., homme 39ans).*

*« Mon enfant a 6 ans, il convulse les yeux fermés, c'est le 'Sumaya kokolén', ce qui est différent de kônô où l'enfant convulse les yeux grandement ouverts. C'est mon dixième enfant, j'ai toujours accouché à domicile et c'est la première fois qu'un de mes enfants tombe aussi gravement malade jusqu'à ce qu'on l'hospitalise. D'habitude quand ils tombent malade ils se rétablissent sans traitement mais dans la plupart des cas je leur donne du paracétamol quand ils ont le corps chaud et ça passe ; mais cette fois ci le paracétamol n'a pas suffi et quand il a commencé à convulser et perdre connaissance je l'ai vite amené à l'hôpital » (M.S., 46ans, mère d'un enfant hospitalisé au Csréf CV pour paludisme grave, forme anémique)*

*« Le farigan n'a que deux possibilités d'évoluer : soit il guérit complètement ou il se complique, entraînant la mort » (A.D., homme 62ans)*

Les signes de complications et donc de gravité les plus fréquemment évoqués se présentent sous diverses formes et ont toujours fait l'objet d'une consultation médicale. Il s'agit entre autre de la convulsion, le coma, une perte de poids considérable, la fièvre forte et l'échec d'automédication.

*« Mon enfant à 7 ans il est malade il ya une semaine je lui donnais des décoctions et certains médicaments pharmaceutiques contre la fièvre mais sans succès ; lorsqu'il a commencé à convulser « être pris par le kônô » je l'ai vite amené a l'hôpital. Arriver à l'hôpital, les médecins ont vite pris l'enfant et l'examiner ils ont fait des analyses de sang ils l'ont même piqué au dos pour savoir s'il ne fait pas de méningite (ponction lombaire). Le résultat du sang montre que c'est le Sumaya ils ont fait ce traitement et maintenant l'enfant va bien.*

*C'est mon sixième jour d'hospitalisation et jamais je n'ai eu un problème avec un docteur ils font les traitements comme il faut et ils sont respectueux. Ils m'ont libéré aujourd'hui en attendant le résultat de la ponction du liquide céphalo-rachidienne » (D.D., 26ans, mère d'un enfant hospitalisé pour paludisme grave au Csréf CV)*

## 2.7. Quelques recours thérapeutiques populaires contre le « corps chaud »

### 2.7.1. Les recettes de « grand-mères »

L'analyse des données recueillies lors de nos enquêtes montre que dans notre petit échantillon, 10% des parents ont fait recours aux décoctions ou des décantations conseillés par des tradithérapeutes pour traiter le farigan. Dans les schémas thérapeutiques, les efforts se concentrent surtout sur le traitement de la cause car souvent le « corps chaud » n'est que l'effet. Dans le cas du « kônô » par exemple qui se manifeste par des convulsions chez l'enfant (souvent assimilé à l'accès pernicieux dans le monde médical), les recettes thérapeutiques comprennent souvent les décoctions de plante comme le montrent les propos de A.S., femme 39 ans :

*« Mon enfant est âgé de 2 ans et 3 mois. Il avait le corps chaud et chaque soir je lui donnais des décoctions d'une plante appelée « n'gôlôbè ». Ça n'allait pas malgré tout et la maladie s'aggravait de jour en jour alors je l'ai amené au centre de santé de Banamba où il a reçu des traitements de Sumaya et beaucoup de sérums et on dirait que cela ne faisait qu'aggraver la maladie.*

*Il y avait des jours où il ne pouvait même pas bouger à plus forte raison tenir sa tête. Puis soudainement il a été attrapé par « la chose du ciel (sannô fen =Kônô) qui donne des convulsions. Alors, je l'ai amené au CHU Gabriel Touré et arrivé sur place, les docteurs l'ont examiné, après ils m'ont demandé de lui couvrir avec un linge bien imbibé d'eau pour refroidir son corps. Ils ont demandé des analyses à faire qui ont conclu à un*

*paludisme grave, alors ils m'ont prescrit une ordonnance à acheter.*

*A mon retour de la pharmacie, le corps de l'enfant était déjà refroidi.*

*Le premier jour de l'hospitalisation, par manque de place c'est dans le couloir plein de moustiques que nous avons passé la nuit avec la petite sœur du malade qui se portait très bien, alors le lendemain elle aussi a commencé à vomir et maintenant voici que je me retrouve avec mes deux enfants malades sur le même lit d'hospitalisation. C'est à cause de ces moustiques qu'elle aussi souffre du paludisme. »*

*C'est notre cinquième jour d'hospitalisation, on nous donne certains médicaments gratuitement et nous achetons d'autres et maintenant les enfants vont bien».*

Ces recettes dites « traditionnelles » correspondent souvent à une tradition familiale dans certains milieux issus majoritairement des quartiers périphériques de la capitale. Il s'agit d'une phytothérapie souvent entreprise sur la base des conseils de tiers comprenant les connaissances, les voisins et même les « guérisseurs » venant régulièrement la vertu thérapeutique de leurs remèdes sur les antennes des radios locales. La mise en place de ces traitements se fait sur la base d'un diagnostic populaire effectué sans examens préalables au sens médical du terme.

### 2.7.2. L'automédication

L'automédication est une pratique courante en matière de traitement du corps chaud. En effet, les estimations montrent que 60% de nos enquêtés y ont recours. La pratique s'est banalisée de nos jours surtout avec le développement de plus en plus croissant du commerce de médicaments dits « clandestins ». Comme pour les « recettes de grand-mères », les conseils de tiers occupent une place importante dans la décision de s'engager dans une action thérapeutique. H.B., femme 39 ans a été conseillée par une amie du quartier :

*« Ça fait deux jours que mon enfant a le farigan, il ne mange pas et il ne joue plus avec ses amis. Quand j'ai expliqué cette situation à mon amie, elle m'a conseillé deux médicaments qu'elle a décrits à travers leur emballage en précisant qu'ils avaient guéri son enfant. J'ai acheté ces médicaments à la pharmacie mais on dirait que ceux-ci ont aggravé l'état de santé de l'enfant. Alors, je l'ai vite amené à l'hôpital. »*

Le recours aux « pharmacies par terre » est souvent justifié par la pauvreté. C'est ce que soulignent les propos de certains de nos enquêtés. D.D., femme 40 ans souligne :

*«Fréquemment, les enfants tombent malade quand le père est au travail. Alors par manque d'argent, il nous arrive souvent de*

*chercher des médicaments moins chers pour soulager l'enfant avant l'arrivée de son père. »*

*Pour D.T, homme 28 ans «nous vivons une période particulièrement difficile et la maladie n'avertit personne. Il arrive souvent qu'un enfant tombe malade au moment où il n'y a pas d'argent ; alors, au lieu d'aller à l'hôpital, en économisant les frais de taxi et de consultation médicale, cela peut nous aider à avoir un médicament moins cher à la pharmacie ou avec les vendeurs ambulants».*

*F.K., femme 35 ans explique :*

*« Mon enfant a 11mois. Il avait le farigan il y a dix jours. Je suis passée directement à la pharmacie et le pharmacien m'a ordonné des médicaments très chers mais ça n'a rien servi. Il y a deux jours, le farigan s'est aggravé et je lui ai donné du paracétamol et de l'Aspégic sirop sans succès ; le lendemain je l'ai immédiatement amené à la pédiatrie du CHU Gabriel Touré et arrivé là bas, il a commencé à convulser ( kônô y'a minè) et tout de suite les médecins ont commencé le traitement de la crise. Une fois la crise passée, ils l'ont examiné et demandé des examens complémentaires à la suite desquels ils ont conclu à un paludisme associé à la méningite. Maintenant, il va bien après le traitement mais ce fut un conseil pour moi car je ne me rendrai plus à la pharmacie sans ordonnance prescrite par un médecin».*

*K.B., femme 27 ans, mère d'un enfant hospitalisé au CHU GT pour méningite plus paludisme souligne :*

*« Le fait de passer directement à la pharmacie ou de donner des décoctions s'explique par le manque de moyen financier ».*

L'attitude du personnel sanitaire participe aussi au choix de recourir au secteur informel pour traiter le corps chaud ou son vecteur. C'est ce que soulignent par exemple les propos de la même interlocutrice :

*« Quand on n'a pas de connaissance dans un hôpital, on a du mal à se faire consulter. Souvent, on passe toute la journée en train de faire la queue devant la salle de consultation »*

Certains de nos enquêtés trouvent que l'automédication est une pratique que favorise la violation des règlements de vente par certaines officines. C'est ce que soulignent par exemple les propos de K.B., notre interlocutrice précédente :

*« Le fait que les pharmaciens n'exigent plus d'ordonnance pour la vente de la plupart des médicaments, alors il est facile d'y acheter un médicament »*

L'auto médication est le premier geste thérapeutique adopté par nos enquêtés qui ignorent souvent les effets indésirables des produits utilisés. Plusieurs médicaments destinés à baisser la température (*fari sumaya fura*) sont parfois donnés au même moment à un enfant.

*F.D., femme 32ans affirme à ce propos :*

*« Mon enfant a 2ans, il a presque toujours le farigan. D'habitude, ça commence par la bouche et l'anus qui deviennent*



*rouges mais cette fois-ci, il a la tête et le pied qui sont chauds. Nous lui avons donné beaucoup de médicaments contre la fièvre comme le paracétamol, l'aspégic, le doliprane mais le farigan ne finit toujours pas et nous avons décidé de l'amener à l'hôpital».*

Soulignons que les interlocuteurs rencontrés au cours de cette enquête et qui ont fait recours à l'automédication ont souvent exprimé leurs insatisfactions après un tel traitement.

*B.M. Femme 36ans, déclare :*

*« Nous achetons les médicaments de la rue parce qu'ils sont moins chers que ceux de la pharmacie et si après tout on finit par amener l'enfant à l'hôpital, c'est parce que ces médicaments n'ont pas guéri le mal, si non pourquoi venir à l'hôpital pour dépenser à nouveau» ?*

*A.T., femme 26ans, accompagnant son enfant de 4ans hospitalisé au CHU Gabriel Touré affirme :*

*« Au début de ce farigan, je suis passée directement à la pharmacie où j'ai dépensé plus de vingt mille francs dans l'achat de médicaments mais ça n'a rien servi et c'est une leçon qui, non seulement m'a servi mais servira aussi à mes proches».*

L'enveloppement humide est une autre pratique courante utilisée en cas de fièvre chez l'enfant. Ce sont 3,33% des parents que nous avons rencontrés qui le pratiquent lorsqu'ils constatent que l'enfant est fébrile ; il s'agit d'un

geste pratiqué surtout par les parents ayant un niveau d'étude élevé ou par ceux qui ont l'habitude d'amener un enfant fébrile à l'hôpital où les médecins leur expliquent l'intérêt de ce geste. *A.D., homme 28ans (économiste) :*

*« Mon enfant est fréquemment malade. Presque chaque mois, je l'amène chez un médecin et à chaque fois que le farigan commence, son corps devient très chaud. Une fois son médecin m'a conseillé de l'envelopper avec un linge mouillé d'eau pour éviter certaines complications telles que les crises. Alors, je pratique ce geste chaque fois qu'il a la fièvre ».*

### **2.7. 3. Le recours à la biomédecine**

Le seuil atteint par l'état du chaud joue un rôle important dans la décision d'aller à l'hôpital ou au centre de santé. Le centre de santé se présente souvent comme le « recours du désespoir » quand d'autres recours n'ont pas eu les effets escomptés.

Pour la majorité de nos enquêtés, le corps chaud au début n'est pas une inquiétude mais dès qu'apparaisse un signe de gravité ou de complication précédemment cité, le recours aux centres de santé s'impose. *B.D., 27ans, mère d'un enfant hospitalisé au Csréf CV explique :*

*« Mon enfant a 8mois, il a le farigan. Il y a 15 jours, je pensais que c'est la dentition et que ça allait passer mais vue la persistance de la fièvre, je l'ai amené à la clinique où le médecin a prescrit du sérum mais jusque là ça ne va pas. La diarrhée et les vomissements continuent toujours et j'ai décidé de l'amener au Csréf CV. Arrivés sur place, les médecins nous ont bien accueilli, nous avons fait des analyses. Par la suite, ils lui ont fait des piqûres. Au début je*

*pensais qu'il allait mourir mais Dieu merci il vit et il va bien. Je pense que si un médecin consulte un enfant, il doit dire à son parent de quoi souffre l'enfant mais comme ils ne m'ont pas dit de quoi souffrait, je m'étais inquiétée. Voici une autre ordonnance faite de piqûre et ils l'ont tellement piqué qu'il ne peut plus se lever. Ça me fait mal mais puisque c'est pour le guérir, alors j'accepte».*

*(L'enfant fait un paludisme grave, le médecin venait de lui prescrire de l'artésiane injectable).*

*D. G., une autre femme (42ans, en compagnie de son benjamin de 6ans hospitalisé au Csréf cv pour paludisme grave affirme :*

*« C'est mon dixième enfant, j'ai toujours accouché à domicile et c'est la première fois qu'un des mes enfants tombe aussi gravement malade jusqu'à ce qu'on l'hospitalise. D'habitude, quand mes enfants tombent malades, ils se rétablissent souvent sans traitement mais dans la plupart des cas, je leur donne du paracétamol ou des décoctions de plantes et on n'a pas besoin de les amener à l'hôpital. Mais cette fois-ci, le paracétamol et les décoctions de plante n'ont pas suffi et quant il a commencé à convulser je l'ai vite amené à l'hôpital.*

L'analyse de ces différents entretiens montre que le recours à l'hôpital est généralement tardif car il se fait le plus souvent après un échec de l'automédication ou suite à une complication.

#### **2.74. Les acteurs de la prise en charge de farigan au niveau intra familial**

Pour de nombreuses personnes ayant participé à notre enquête, la famille représente le tout premier lieu de prise en charge. Les femmes et plus particulièrement la mère de l'enfant est toujours la première à s'inquiéter. C'est à la suite de ces inquiétudes qu'elle s'engage dans un schéma thérapeutique commençant souvent par l'auto médication et en cas d'échec, la consultation biomédicale est sollicitée. La plupart du temps, les hommes n'interviennent que financièrement ou le plus souvent lorsque l'état de l'enfant nécessite une hospitalisation. En cas d'hospitalisation, c'est la mère qui reste généralement avec l'enfant à partir du premier jour de l'hospitalisation jusqu'à la sortie. Parmi nos enquêtés, il y a le cas de cette femme qui accueillait mal son mari en ne voulant même pas le saluer le matin lorsque ce dernier est venu rendre visite à leur enfant hospitalisé au CHU Gabriel Touré. A la question de savoir pourquoi une telle réaction, elle répond :

*«Mon mari ne m'a pas donné assez d'argent pour pouvoir manger hier soir l'enfant et moi».*

### Chapitre III : Prendre en charge la fièvre en pédiatrie

#### 3.1. Quelques parcours de patients

Les trois parcours suivants représentent autant de parcours thérapeutiques de la fièvre. Ces parcours dépendent des manières d'interpréter le mal, des stades de son évolution, bref, de l'appréciation que font les acteurs devant la souffrance. En schématisant, les différents parcours se présentent comme suit :

##### Parcours de G.T.

*G.T est un enfant de 5ans. Sa mère explique qu'il a presque toujours le farigan. Ça commence d'habitude par la bouche et l'anus qui deviennent rouges mais cette fois-ci c'est la tête et le pied qui sont chauds. Sa mère pense que c'est le palu. Les parents ont acheté beaucoup de médicaments contre la fièvre à savoir le paracétamol, l'Aspégic, le doliprane. Ces produits ont été utilisés pour le traitement mais n'ont pas été efficace. Il y a trois jours sa mère est allée voir un guérisseur habitant non loin de leur maison ce dernier a donné des feuilles de plantes que la mère a fait bouillir avant de laver l'enfant avec l'infusion obtenue et lui donner une quantité à boire. Tous ces efforts sont restés vains jusque là. Finalement la mère a décidé de l'amener à l'hôpital. Quand ils sont arrivés à l'hôpital, le médecin l'a examiné et a demandé des analyses à faire qui ont montré qu'il s'agit du paludisme. Après quelques perfusions de sérums, l'enfant a finalement recouvré la santé.*

##### Parcours de F.C.

Il s'agit d'un enfant de 11 mois qui souffrait de farigan. Il y a dix jours, sa mère s'est rendue directement à la pharmacie où on lui a ordonné des médicaments très chers mais qui n'ont pas été efficaces. farigan s'est aggravé depuis 2 jours, sa mère lui a donné du paracétamol et de l'aspégic sirop sans succès ; le lendemain je l'ai immédiatement amené à la pédiatrie du CHU GT. Arrivé sur place, il a commencé à convulser et tout de suite les médecins ont couru pour l'attraper et ont commencé le traitement de la crise. Une fois la crise passée, ils l'ont examiné et ont demandé des examens complémentaires à la suite desquels ils ont conclu à un paludisme associé à la méningite. Après le traitement, il va bien maintenant « ce fut un conseil pour moi ». Dit la mère qui par ailleurs a promis de ne plus se rendre à la pharmacie sans ordonnance prescrite par un médecin.

#### Parcours de R.K

R.K. est âgé de 6 ans. Il y a environ 15 jours qu'il a le farigan mais il y a des périodes où on note une amélioration. Son farigan a commencé brusquement par une perte de connaissance qui a duré environ une minute et immédiatement nous l'avons amené au centre de santé où les soignants lui ont mis du sérum et là il a commencé à se lever et courir et à parler tout seul. Alors nous avons pensé à un début de folie. Les soignants lui ont injecté un médicament qui fait dormir mais à chaque fois qu'il se réveille, les mêmes symptômes commencent et nous avons décidé de l'amener chez les guérisseurs « F S » très célèbre dans le traitement des farigan de ce genre. Avec ce dernier, nous avons fait trois jours de traitement composé de décoctions à boire et à utiliser pour se laver. Mais malgré tout, l'enfant allait mal, il amaigrissait car il ne mangeait pas. Quand on a expliqué la situation à son oncle qui réside à Bamako, ce dernier a demandé d'amener

*l'enfant à Bamako. CHU GT, les soignants ont fait beaucoup d'analyses qui ont montré que c'est le paludisme chronique (sumaya kôkôlén) et c'est pour ça qu'il a été hospitalisé il y a trois jours. Aujourd'hui, il va mieux par rapport aux jours précédents.*

L'analyse de ces trois parcours montre qu'ils ne commencent pas de la même manière et se déroulent suivant des schémas différents. Les uns commencent en famille pour se terminer à l'hôpital pendant que les autres suivent le sens contraire. Différents acteurs jouent le rôle de « recours » comme cela a été évoqué plus haut : membres de la famille, agents de santé, guérisseurs. La succession des recours traduit la volonté d'aller vers des soins toujours plus efficaces.

### **3.2. Le « corps chaud » dans la nosographie biomédicale**

La mesure de la température du corps est un geste médical qui se fait le plus souvent à l'aide du thermomètre. Il y a donc une température « normale » et une température « pathologique » objectivées à l'aide du thermomètre. Il s'agit donc d'une « lecture technique » de la température qui s'oppose à l'évaluation « au jugé », c'est-à-dire à l'aide de la main de celui qui mesure même si cette dernière méthode précède l'utilisation du thermomètre.

Selon les médecins, il y a ce qu'on appelle la fébricule qui constitue une élévation modérée de la température entre 37,8°C à 38,5°C et la fièvre proprement dite qui correspond à une température supérieure à 38,5°C. Elle est à la fois un élément de diagnostic et de surveillance d'une maladie. Selon nos données, elle représente le premier motif de consultation dans les services de pédiatrie, soit 86,67% et cause souvent une angoisse

parentale importante. Ceci s'explique par le fait que la majorité des maladies pédiatriques sont des maladies fébriles à savoir le paludisme le pneumo bronchopathies la rougeole la méningite la diarrhée etc.

L'endémicité du paludisme fait que tous les enfants fébriles ou ayant fait un épisode de fièvre bénéficient d'un traitement antipaludéen à titre curatif ou préventif. Dr A. M. CHU GT explique:

*« Ici la majorité des enfants consultent pour un accès fébrile ou pour notion de fièvre et là on fait un interrogatoire suivi d'un examen physique au cours duquel la température est prise de façon systématique. Si elle est trop élevée, nous faisons systématiquement l'enveloppement humide. Après l'examen physique, nous demandons des examens complémentaires en fonction des hypothèses diagnostiques émises. Parmi ces examens complémentaires, la goutte épaisse est systématique et on a le résultat dans les minutes qui suivent. Si non, pas de traitement antipaludéen avant le résultat de la goutte épaisse. Parfois la Goutte épaisse peut être négative et puisque la fièvre peut avoir plusieurs étiologies, alors nous cherchons l'étiologie probable et quant il y en a pas, alors nous traitons le paludisme. Tous les enfants hospitalisés ayant présenté une fièvre reçoivent un antipaludéen de façon systématique sans oublier le traitement du diagnostic d'hospitalisation».*

Certaines maladies pédiatriques nécessitent une hospitalisation pour être mieux traitées. Il s'agit notamment des pneumopathies sévères, la méningite, le paludisme grave, les maladies diarrhéiques ou les enfants ayant une fièvre mal tolérée, une conscience et un état général altérés.



Cependant, cette hospitalisation peut ne pas avoir lieu pour diverses raisons. Le manque de lit est souvent en cause. Au CHU GT par exemple le taux d'occupation global des lits est de 76% avec un pic au niveau de la pédiatrie à 122% [14] L'autre raison fréquemment citée est le refus des parents (accompagnants).

La plupart des cas de refus d'hospitalisation de la part des accompagnants sous entend un manque de moyens financiers et la méconnaissance des complications de la maladie. C'est ce qu'illustre l'échange suivant entre le médecin, l'interne et le père d'un enfant venu en consultation au Csréf CV.

*I.C., un enfant âgé de 4ans est amené en consultation par ses parents au Csréf CV. Visiblement, l'enfant souffre et a de la peine de se tenir debout. Le médecin, assis à sa table, l'enregistre et interroge les parents en présence de son étudiant en médecine. Il demanda à l'étudiant d'examiner I.C. et entre temps le médecin est sorti. Après l'examen, l'étudiant s'adressa au père de l'enfant*

*Etudiant en médecine : monsieur on va devoir hospitaliser l'enfant parce qu'il a même besoin du sang mais avant, vous allez faire quelques analyses au laboratoire.*

*Père de l'enfant : J'ai de petits enfants à la maison et il n'y a personne pour s'occuper d'eux ; alors donnez moi l'ordonnance et on fera le traitement à la maison.*

*Aussi tôt le médecin rentra et l'interne lui expliqua la situation ; il jeta un coup d'œil sur l'enfant puis il dit :*

*Médecin : monsieur l'enfant est gravement malade, il a le corps très chaud, il est pâle il peut faire des crises convulsives et même partir en coma et en mourir car tout porte à croire qu'il fait un paludisme grave et le mieux pour lui c'est l'hospitalisation.*

*Père de l'enfant : alors l'hospitalisation peut durer combien de jours ? Je n'ai pas assez d'argent pour payer les médicaments et les frais d'hospitalisation.*

*Médecin : juste quelques jours, le temps que l'enfant aille mieux.*

*Père de l'enfant : ok, faisons comme vous dites, c'est vous qui savez.*

### **3.3. Etapes et procédures de prise en charge**

#### **3.3.1. L'accueil**

*« Mon enfant à 7 mois, il a été pris par le kônô, je pense que c'est le paludisme grave (sumaya juguman) et je l'ai vite amené à l'hôpital. Arrivés sur place, les médecins ont couru pour m'aider. C'est mon sixième jour d'hospitalisation et jamais je n'ai eu un problème avec un docteur. Ils font les traitements comme il faut et ils sont respectueux et gentils » (B.M., mère d'un enfant hospitalisé au Csréf CV)*

*« Mon enfant a 4 mois, quant il a commencé à convulser, alors je l'ai directement amené au CHU Gabriel Touré.*

*Les médecins nous ont bien accueillis, ils ont examiné l'enfant et m'ont posé des questions concernant la maladie. Après, ils ont demandé des analyses à faire qui ont révélé qu'il souffre de méningite et de la fièvre typhoïde. Ça nous fait une semaine que l'enfant est hospitalisé et aujourd'hui, tout va bien. Chaque jour, les médecins qui l'ont hospitalisé viennent lui rendre visite.*

*Ils sont vraiment gentils. »*

*(H.B., mère d'un enfant hospitalisé au CHU GT)*

*« Mon enfant a 1an et 7mois il a le sumaya depuis une semaine, il vomit et ne tient même pas sa tête. Je l'ai amené dans notre centre de santé, les docteurs lui ont fait du sérum mais sans succès et j'ai décidé de l'amener à l'hôpital. Ici, les médecins sont accueillants et gentils » (R.S., femme venue en consultation avec son enfant au Csréf CIII)*

*« Mon enfant a 20 mois et il avait le corps chaud. Dans notre village qui s'appelle Kiniaroba dans le cercle de Kati, il y a un projet palu qui fait la prise en charge gratuite des enfants malades et quelque soit le diagnostic .C'est un projet dans lequel l'enfant doit être inscrit et l'inscription est gratuite. Son objectif est d'éradiquer le paludisme de notre village. Au début, l'enfant avait le corps chaud, il toussait quant les médecins du projet palu l'ont examiné, ils ont dit que c'est le sumaya et ils ont donné des médicaments contre le ce mal et la toux.*

*Quand ils ont vu après que l'enfant est anémié, ils ont décidé d'évacuer l'enfant au CHU GT. Le projet nous aide dans l'évacuation il nous accompagne jusqu'à Bamako, ce qui facilite notre accueil mais aussi il nous donne un somme de trente milles francs en guise de soutien financier.*

*Au CHU GT, les médecins nous ont bien accueillis, ils ont examiné l'enfant et ont demandé des analyses à faire. Après, ils ont commencé le traitement mais jusque là ils ne m'ont pas dit de quoi souffre mon enfant. Aujourd'hui, Dieu merci, mon enfant va*

*bien et je prie pour que le projet palu aille de l'avant car c'est une très bonne initiative dont beaucoup de villages ont besoin. »*

(Un père à propos de l'hospitalisation de son enfant au CHU GT.)

Il existe aussi un défaut de communication entre les soignants et les soignés à propos du diagnostic, de la procédure de traitement et le pronostic de la maladie. Il s'agit là d'un constat et un fait qui crée souvent une hostilité et un manque de confiance entre les accompagnants et les soignants.

*« Mon enfant a le farigan. Arrivés à l'hôpital, on a été bien accueilli par la doctoresse (dôgôtôrô muso), elle a examiné mon enfant et m'a prescrit une ordonnance et une analyse à faire mais je ne sais pas de quelle analyse il s'agit et j'ai peur. J'ai fait l'analyse et j'ai montré le résultat au docteur et jusque là elle ne m'a pas dit de quoi souffre mon enfant et elle me demande d'acheter les médicaments qu'elle m'a prescrits ». (A.B., mère d'enfant malade venu en consultation au Csréf CIII)*

Il existe toujours une asymétrie profonde entre les professionnels de la santé et les proches des enfants en ce qui concerne la gestion des émotions. Les professionnels tiennent les émotions à distance tant que l'entourage et le malade sont submergés par elles. Dans l'espoir d'une guérison, cette émotion et cette douleur sont souvent mises de côté par les parents et le malade.

*« Je pense que si un médecin consulte un enfant, il doit dire à son parent de quoi il souffre mais ils ne m'ont pas dit de quoi mon enfant souffrait. Voici une autre ordonnance faite de piquê et ils l'ont tellement piqué qu'il ne peut plus se lever et ça me*

*fait mal. Mais puisque c'est pour le guérir, alors je l'accepte».*  
*(K.M., mère d'un enfant de 8 mois hospitalisé au Csréf CV pour paludisme grave sous artésiane injectable).*

Accéder aux soins dans les hôpitaux est dans bien de cas synonyme de réussir à trouver une « connaissance » ou un « client ».

*«Quant le Csréf cv a évacué mon enfant à la pédiatrie du CHU Gabriel Touré, elle avait le corps tellement chaud qu'elle a commencé à convulser dès notre arrivée ; les médecins l'ont bien accueilli, ils ont calmé la crise de l'enfant puis l'ont examiné avant de demander des analyses qui ont conclu à un paludisme associé à la méningite. Alors, ils l'ont hospitalisé pour commencer le traitement. Le deuxième jour de l'hospitalisation, j'ai commencé à avoir des problèmes avec certains agents de santé. Il y a une infirmière qui est venue pour placer le cathéter, elle a gâté trois cathéters de suite et je suis parti à la pharmacie pour acheter le quatrième cathéter et un médicament qui refroidit le corps. A mon retour de la pharmacie, l'infirmière a refusé de placer le cathéter parce que je ne l'ai pas acheté avec elle. Il y avait une analyse à faire également, je suis passée payer le prix de l'analyse à trois milles cinq cent francs au guichet, arrivée au laboratoire pour le prélèvement, le laborantin a exigé que je lui paye milles francs. J'ai refusé et ainsi, le prélèvement n'a pu être effectué qu'au lendemain par un autre laborantin sans qu'on me demande de payer milles francs. Les soins posent aussi des problèmes. Pour placer la sonde nasogastrique, il m'a fallu douze heures pour avoir quelqu'un pour le faire car tout le monde se dit occupé ».*

*(D.D., mère d'un enfant de 8ans hospitalisé au service de réanimation pédiatrique du CHU Gabriel Touré).*

L'analyse de tous ces extraits nous montre que la plupart des accompagnants ont été satisfaits de l'accueil par les médecins lors qu'ils arrivent en urgence inquiets du sort de leur enfant malade. Cette satisfaction fut retrouvée dans les trois sites où nous avons mené nos enquêtes.

### **3.3.2. Plainte et diagnostic du mal**

Dans tous les services de pédiatrie où nous avons enquêté, toutes les salles de consultation sont dotées d'un thermomètre électronique permettant de quantifier la température des enfants venus en consultation mais pas une seule fois, nous n'avons vu un thermomètre à mercure.

Tous les enfants consultés en notre présence ont bénéficié d'une prise de température.

*« Quand les parents amènent les enfants en consultation, nous interrogeons l'enfant s'il sait parler mais en général les enfants n'ont rien à dire selon les parents car ils pourront oublier un détail important pour le diagnostique ; pour nous les soignants cependant, ce que disent les enfants a une importance capitale car il y a un adage qui dit « 'l'eau pure vient de la bouche du poisson ». Après l'interrogatoire, nous passons par l'examen physique au cours duquel nous prenons systématiquement la température et comme vous voyez, tous les médecins sont munis d'un thermomètre ». (H.T., médecin au CHU Gabriel Touré)*

Le corps chaud est souvent détecté par les soignants dès qu'ils touchent le corps de la main mais ils utilisent néanmoins le thermomètre pour quantifier le degré de la chaleur.

*« Y.T. est un enfant de 16 mois amené en consultation par ses parents pour farigan. Après l'interrogatoire, le médecin demande à la mère de déshabiller Y.T et dès qu'il touche à l'enfant pour placer le thermomètre au niveau de l'aisselle, il lui dit de mouiller un pagne pour l'enveloppement humide et cela avant que la température ne soit quantifiée par le thermomètre. Au retour de la mère avec le pagne mouillé, le thermomètre avait enregistré 40°C de température ».*

*(Observation menée au CHU Gabriel Touré).*

Ainsi le bon sens et la rapidité dans la prise en charge de farigan permet aux soignants de gagner du temps.

### **3.3.3. L'interrogatoire**

Si la maîtrise de la sémiologie est l'un des fondements de la médecine, alors un interrogatoire bien conduit permet d'orienter les médecins vers le diagnostic de la maladie. L'interrogatoire est la première étape de la démarche diagnostique et sauf dans quelques rares cas où l'enfant a la faculté de s'exprimer, il est toujours adressé à l'accompagnant.

Dans les services de pédiatries où nous avons menée nos enquêtes, l'interrogatoire est couramment pratiqué mais presque toujours conduit à la hâte et souvent incomplet. La fréquence des consultations est souvent invoquée comme argument :

*« Voici un enfant amené par sa mère en consultation, l'infirmière demande l'identité du malade pour l'enregistrer puis installe l'enfant sur la table de consultation sans interrogatoire concernant le motif de consultation ni même les signes cliniques. Elle essaye un examen bucco dentaire avec une abaisse langue sans succès, elle prend la température qui se trouve élevée puis elle demande juste à la mère de l'enfant s'il vomit. Elle répondit oui. Elle demande alors à faire une goutte épaisse. »*  
*(Observation faite au Csréf CIII le 21/12/2011)*

Dans beaucoup de cas que nous avons observé, Les interrogatoires obéissent peu aux règles de préservation de la confidentialité quand ils concernent les antécédents des parents de l'enfant malade. Il arrive fréquemment que deux ou trois enfants soient interrogés et examinés au même moment en présence d'au moins un accompagnant pour chacun d'eux. C'est ce qu'illustre l'exemple de H.K., enfant âgé de 8 ans Le médecin avait pris la décision de l'hospitaliser.

*« Il commença à constituer son dossier d'hospitalisation dans la salle de consultation pleine de malades et d'accompagnants. Quand il s'est agit d'interroger la mère sur ses antécédents, il s'adressa à elle en disant : « combien de grossesse as-tu fait? » Celle-ci répondit : « dix grossesses avec quatre avortements ! » une femme se trouvant à proximité s'est étonnée du nombre de grossesses et s'est mise à crier. Un vieillard se trouvant également à coté s'est mis à rire en sortant de la salle de consultation. Visiblement, la femme s'est senti ridiculisée et était vexée par*



*ces questions. Elle a montré beaucoup d'hésitations avant de répondre aux questions posées par la suite ».*

*(Séance d'observation du 27/11/2011 au CHU Gabriel Touré).*

### **3.3.4. L'examen corporel des enfants**

La prise de température est le premier geste généralement accompli pour confirmer ou infirmer la présence de fièvre.

Elle est systématique et doit être prise à distance d'un repas et au repos depuis 20 à 30 minutes. Dans les services de pédiatrie où nous avons mené nos enquêtes, ces normes techniques sont peu respectées car les informations y afférant ne ressortent pas dans les interrogatoires. Il existe différents sites d'enregistrement de la température et ceux-ci définissent divers types de prise de température à savoir :

- La prise axillaire : elle est peu précise mais sans risque
- La prise buccale ;
- La prise anale ;
- La prise tympanique qui est théoriquement la prise idéale.

La prise de la température axillaire avec un thermomètre électronique est la seule méthode pratiquée dans les services de pédiatrie où nous avons mené nos enquêtes. La palpation et l'auscultation pulmonaire sont faites de façon systématique mais les autres étapes de l'examen physique à savoir l'examen bucco dentaire et l'examen des oreilles ne respectent pas l'ordre des procédures et ne sont pratiqués que si l'interrogatoire révèle un signe d'appel tel que la toux, une plaie buccale, un écoulement ou une douleur au niveau des oreilles. Le cas suivants illustrent cette situation.

*Il s'agit d'un enfant de 3ans amené en consultation par sa mère pour farigan. Dans la salle des urgences du CHU Gabriel Touré, le soignant demande à la mère de déshabiller l'enfant puis il regarde les conjonctives et la paume des mains de l'enfant et décide de l'hospitaliser immédiatement. Il commence à constituer le dossier d'hospitalisation, prend la température et fait un enveloppement humide, demande la goutte épaisse, le taux d'hémoglobine, le groupe rhésus et le taux d'hématocrite sans faire un examen bucco-dentaire. Pourtant, sur la table était déposé une boîte d'abaisse langue ».*

*(Séance d'Observation du 5 /01 /2012 au CHU Gabriel Touré.)*

Après ces toutes ces étapes, les hypothèses diagnostiques parmi lesquelles le paludisme est presque toujours évoqué sont généralement formulées. Des examens complémentaires peuvent être demandés en fonction des hypothèses diagnostiques émises. Les examens complémentaires couramment demandés sont : *la Goutte épaisse, la numération formule sanguine(NFS), la CRP(C protéine réactive), la radiographie pulmonaire, la ponction lombaire et la sérologie HIV.*

Au Csréf cv comme au Csréf CIII, Une fois qu'il est établi que la fièvre est forte, les soignants demandent systématiquement la goutte épaisse à la recherche du plasmodium responsable du paludisme. Ils commencent le traitement anti paludéen juste après le prélèvement sans attendre le résultat des examens. Cette situation s'explique par le fait que les résultats des examens complémentaires accusent souvent un retard important. D.D., médecin au Csréf CV explique :

*« Le mot 'farigan' est le motif majeur des consultations des enfants et veut dire avoir la fièvre. Après l'examen clinique nous*

*demandons systématiquement la goutte épaisse pour écarter le paludisme ; si la température est trop élevée, nous débutons le traitement antipaludéen avec un antipyrétique sans attendre le résultat de la goutte épaisse qui prend souvent quelques heures de retard .En fonction des diagnostics, nous demandons d'autres examens complémentaires. »*

Au CHU Gabriel Touré par contre, même si la goutte épaisse est systématique, le traitement anti paludéen n'est instauré qu'après la lecture des résultats de celle-ci qui apparaissent généralement au bout de quelques minutes. B.S., médecin au CHU Gabriel Touré souligne :

*« Tout enfant qui consulte pour farigan, la température est prise de façon systématique et si elle est trop élevée, la goutte épaisse est aussi systématiquement demandée dans les minutes qui suivent, le résultat est rendu disponible mais avant ce résultat, nous procédons systématiquement à l'enveloppement humide. Si non, pas d'antipaludéen avant le résultat de la goutte épaisse. »*

Le traitement se fait en deux volets à savoir le traitement en ambulatoire et le traitement en hospitalisation avec un système de référence évacuation des Csréf vers les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU). En rénovation, le Csréf CIII ne fait pas d'hospitalisation et les soignants ne font que la prise en charge des cas d'accès fébrile simple ne nécessitant pas une hospitalisation. Au Csréf CV, tous les cas d'accès fébriles ne nécessitant pas une réanimation ou une intervention chirurgicale sont pris en charge.

### **3.3.5. La goutte épaisse : une prescription routinière**

Une prise en charge efficace de l'accès fébrile nécessite la maîtrise de la séméiologie médicale et la connaissance des différentes étiologies de la fièvre. Selon les médecins interrogés, la fièvre est un élément de diagnostic important pouvant suspecter plusieurs maladies en pédiatrie telles que le paludisme, la fièvre typhoïde les broncho pneumopathies les infections ORL la méningite les gastroentérites et surtout les infections nosocomiales etc.

Dans les examens complémentaires chez les enfants, la goutte épaisse est systématiquement demandée et cela même en l'absence de signes pouvant évoquer un accès palustre. L'extrait d'entretien suivant illustre cet état de fait.

*« Le contexte épidémiologique du pays, l'élévation du taux de mortalité et de morbidité chez les enfants de moins de 5ans et l'absentéisme scolaire liés au paludisme sont des problèmes auxquels il faut faire face par des moyens de préventions et de prise en charge précoce des cas de paludisme.*

*En général les parents d'enfants consultent pour fièvre et là nous quantifions la température avec un thermomètre. Une fois la fièvre confirmée, nous pensons au paludisme en premier lieu tout en sachant qu'il y a beaucoup de causes de fièvre telles que le paludisme, la fièvre typhoïde, les broncho pneumopathies, les infections ORL, la méningite, les gastroentérites et surtout les infections nosocomiales etc.*

*Si la fièvre est trop forte, nous faisons un enveloppement humide puis nous demandons la goutte épaisse de façon systématique et*

*le traitement antipaludéen commence immédiatement sans attendre le résultat de la Goutte épaisse.*

*Nous demandons systématiquement la goutte épaisse car le paludisme est la première cause de morbidité et de mortalité chez les enfants, surtout les moins de 5ans. Par ailleurs, le Mali est un pays à forte endémicité palustre. De ce fait, tous les enfants qui consultent bénéficient d'une goutte épaisse ou un traitement antipaludéen à but prophylactique ou curatif ».*

Pour certains soignants, farigan est un langage utilisé par les accompagnants comme motif de consultation et qui traduit juste un accès fébrile. Mais pour d'autres, en plus d'être un motif de consultation, il traduit un accès palustre. S.D., médecin au Csréf CV explique :

*« Quant les accompagnants parlent de 'farigan', ça me fait penser au paludisme et à travers l'interrogatoire et les signes associés, nous posons nos hypothèses diagnostiques à savoir le paludisme en première intention, les pneumopathies, la fièvre typhoïde.*

*Nous demandons systématiquement une goutte épaisse pour confirmer le paludisme. Si non, chez nous en pays Mandé, le farigan signifie uniquement le rhume »*

Au niveau des trois sites concernés par nos enquêtes, devant tout cas de fièvre, les soignants demandent systématiquement la Goutte épaisse à la recherche des parasites responsables du paludisme.

Au Csréf CV comme au Csréf CIII, Le traitement antipaludéen est systématiquement instauré devant tout cas de fièvre et bien avant le résultat de la Goutte épaisse » Observation faite au Csréf CV et CIII.

Partant des résultats de toutes ces observations, il apparait que pour les soignants farigan sous entend un accès palustre. Rappelons que si la fièvre est un élément diagnostique important, alors il faudra préciser aussi qu'elle a des conséquences fatales pour les enfants, surtout ceux moins de 3 mois. Parmi ces conséquences, il y a entre autres la convulsion, la déshydratation et l'hyperthermie majeure dont l'évolution est souvent sévère avec décès ou séquelles neurologiques comme le souligne ici un pédiatre du Csréf CIII ;

*« Le motif de consultation le plus fréquent est la fièvre communément appelée par les malades farigan. A travers nos examens, nous confirmons la fièvre avec un thermomètre avec les autres signes associés, nous posons nos hypothèses diagnostiques et les examens complémentaires sont demandés en fonction de ces hypothèses. Puisqu'on est dans un pays où le paludisme est la cause la plus fréquente de la mortalité et de la morbidité des enfants de moins de 5 ans, nous demandons systématiquement la goutte épaisse et même si elle est négative nous faisons un traitement antipaludéen à but préventif. Parfois, les enfants peuvent avoir une température très élevée et là nous donnons un antipyrétique en attendant le résultat de la goutte épaisse car la fièvre peut être fatale pour les enfants surtout ceux moins de 3 mois ou avoir beaucoup de conséquences telles que la convulsion, la déshydratation et l'hyperthermie majeure dont l'évolution est souvent sévère avec décès ou séquelles neurologiques. »*

### **3.4. L'enfant : un acteur « marginal » de la relation thérapeutique**

#### **3.4.1. Un patient questionné par procuration**

Les enquêtes auprès des enfants se ramènent au recueil de paroles encore « fragiles ». Enquêter auprès d'enfants et qui sont malades en plus ne va pas sans poser quelques problèmes méthodologiques [Danic & Alii 2006].

En effet - outre l'interprétation de dires articulés dans un lexique restreint et sémantiquement instable - les enfants n'expriment pas forcément leurs idées, leurs choix ou leurs plaintes par des mots, mais souvent directement par des actes. Par exemple, plus qu'énoncer un sentiment, un enfant témoignera de son amitié envers un nouveau compagnon en l'incluant dans une activité ludique [Delalande 2003].

De ce fait, dans les sites où nous avons travaillé, il faudra souvent que l'enfant interroge l'adulte pour savoir ce qu'il est en droit de dire. Dans la majorité des cas, les enfants expriment leurs plaintes par des cris.

#### **3.4.2. Les conditions du soin et les formes de douleur « subies »**

Si l'on entre maintenant dans le « théâtre des opérations » que sont les lieux de soins, les gestes techniques représentent une première forme de violence faite aux enfants pouvant être qualifiée de « *violence par défaut* ». Elle concerne certaines négligences affectant les conditions minimales d'hygiène et de sécurité requises dans l'accomplissement des actes médicaux. C'est ce dont témoignent les scènes suivantes :

*Dans un des centres de soins où nous avons mené nos enquêtes, une infirmière est assise devant une table de soin sur laquelle passent les enfants un en un pour les soins (injection intramusculaire, injection en intraveineuse directe, injection en sous-cutanée). Il arrive souvent que certains enfants perdent les urines, juste avant l'injection par crainte d'être piqués. La table n'est jamais nettoyée encore moins désinfectée après un soin. Une heure après le début de nos observations, un autre enfant est amené par sa mère sur la même table pour une injection intra veineuse, l'infirmière attache le garrot, prend un coton imbibé d'alcool pour désinfecter le site de ponction et après elle dépose le tampon d'alcool sur la table, elle prend une épicroânienne mais juste avant de piquer, elle perd la trace de la veine. Elle dépose l'épicroânienne sur la table prend le même tampon d'alcool déposé sur la table depuis quelques secondes pour nettoyer à nouveau le site de ponction puis prend l'épicroânien déposé sur la table de soin et pique l'enfant*

*. (Observation faite au Csréf CV le 2/12/2012).*

La relation thérapeutique place souvent le soignant dans la position de celui qui « inflige » la douleur. Les enfants ne considèrent pas tous les soignants comme « méchants » mais seulement ceux qui leur font une injection. Au Csréf CV

*L'infirmière A.D. a fait les soins d'un enfant de 16 mois, juste avant de l'hospitaliser mais il lui a fallu beaucoup de tentatives pour pouvoir placer son cathéter pour les perfusions et les injections en intraveineuse directe et dès lors A.D fait peur à son jeune patient.*



*Les autres soignants font des aller retours dans la salle où l'enfant est hospitalisé sans susciter quellesque réactions que ce soit mais dès que A.D y met son pied, l'enfant se met à pleurer et selon sa mère, même en absence de A.D., il suffit de menacer l'enfant par son nom pour qu'il cesse ses bêtises.*

Un autre enfant, R.S., 7ans, hospitalisée au Csréf CV remarque :

*« Tous les docteurs sont des bonnes personnes, ils sont gentils il y en a même qui me donnent du bonbon. Je les aime tous sauf une, il s'agit de la doctoresse qui me pique toujours et quand je la vois seulement, elle me fait peur »*

L'analyse des interactions langagières suscite de multiples questions et permet de faire quelques constats. Dans ces contextes où les langues locales ne sont pas équipées de concepts scientifiques et techniques, les parents sont souvent partagés entre des représentations locales et un certain crédit accordé, malgré tout à l'hôpital. Cependant il y a des usagers qui doutent de la compétence des médecins en ce qui concerne certaines maladies spécifiques comme en témoignent la scène suivante impliquant B.S. et le médecin qui s'occupait de son enfant.

*B.S. a amené sa fille A.S âgée de 3ans en consultation pédiatrique pour farigan. Après un examen minutieux assorti d'examens complémentaires, les médecins ont conclus à un paludisme grave. L'enfant fut hospitalisé et mis sous antipaludéen en perfusion (quinine en perfusion). Après deux jours d'hospitalisation, B.S., insatisfait de l'évolution de la*

*maladie de sa fille se dit alors que son enfant est atteint de « sayi » (hépatite) et qu'avec leurs sérums et injections, les médecins ne feront qu'aggraver la maladie de son enfant. Il affirme notamment :*

*'Les gens ont toujours dit qu'on ne doit jamais faire la piqûre encore moins du sérum à celui qui est atteint de sayi. Je ne dis pas que les médecins ne connaissent rien mais en ce qui concerne le 'sayi', les médicaments des blancs (tubabu fura) ne peuvent pas le traiter. il faut donc recourir aux médicaments traditionnels' »*

*Il demande au médecin traitant de libérer l'enfant pour qu'il puisse rentrer à la maison mais dans l'intention d'amener l'enfant chez les tradithérapeutes. Le médecin ayant compris son intention essaye alors de lui convaincre de renoncer à cette décision.*

*Médecin : monsieur, nous ne pouvons pas laisser cet enfant rentrer à la maison dans cet état, alors patientez- vous et tout ira bien*

*B.S : docteur, j'insiste, il faut libérer l'enfant (avec un ton agressif)*

*Médecin : si vous partez à la maison, ça sera une évasion, une sortie contre avis médical et vous serez responsable de tout ce qui arrivera à cet enfant.*

*B.S : oui, je suis d'accord*

*Médecin : alors, il vous faut signer une décharge avant de partir.*

*B.S. signe la décharge et amène son enfant chez les tradithérapeutes.*

*Une semaine plus tard j'ai joint B.S. au téléphone qui dit : « aujourd'hui, Dieu merci, tout vas bien, l'enfant se porte bien (phrase prononcée à deux reprises). Je ne dis pas que les médecins ne connaissent rien mais en ce qui concerne le 'sayi', les médicaments des blancs (tubabu fura) ne peuvent pas le traiter, alors il faut recourir aux médicaments traditionnels.*

Plusieurs autres situations que nous rapportons ci – dessous montrent que les interactions soignants-soignés prennent différentes formes où le « patient-expert » peut avoir son mot à dire dans le diagnostic de la maladie et les procédés thérapeutiques.

Illustrons tous cela à travers cette étude de cas.

M.T., une fillette de 7ans hospitalisée au Csréf CV pour paludisme raconte :

*« J'étais assise en classe, j'ai eu mal au ventre, mon maître m'a dit de rentrer à la maison et ma maman m'a amenée au Cskom où ils m'ont fait trois piqûres. Puisque je continuais à avoir mal au ventre, on m'a amené au quartier Mali (Csréf CV) où le docteur m'a examinée et a pris mon sang. Le docteur dit que j'ai le paludisme mais je n'ai pas de paludisme, j'ai juste mal au ventre. Si les médecins me donnent un médicament contre la douleur abdominale, je serai guérie».*

Soulignons l'extrême variation des conduites des soignants selon que les patients soient adressés aux urgences ou qu'ils souffrent d'une pathologie chronique (*drépanocytose, rétro virose etc*). Cette dernière catégorie d'enfants a le temps de nouer, tout au long de leur trajectoire, des relations

dans les services. Il s'agit de quel genre de relation et comment cela se manifeste ?

Certains accompagnants expriment leurs insatisfactions face aux comportements des soignants trouvant que ces derniers n'agissent pas selon les normes prescrites en la matière. La négligence ou la discrimination font partie du lexique le plus utilisé par les usagers pour qualifier les attitudes des agents H.K., mère d'un enfant venue en consultation, souligne :

*« Quant tu as un malade, c'est vraiment un tas de problèmes. Je suis là depuis ce matin, si tu n'as pas de parents médecins ou une connaissance ou 'relation' dans le service, on te néglige, ton malade ne sera consulté qu'au dernier moment. »*

Dr I.T., médecin au CHU GT, explique à ce propos :

*« Ce n'est ni une négligence, encore moins une discrimination mais juste une incompréhension de la part des accompagnants. Dans notre salle de consultation, il n'y a que deux tables de consultation et il nous arrive souvent d'installer deux enfants sur un même lit pour les examiner au même temps par différents médecins. Ce que les accompagnants ne comprennent pas également, c'est le degré d'urgence. Un enfant venu en convulsant ne peut pas faire le rang comme ceux venus pour notion de fièvre de vomissements ou pour d'autres signes moins urgent ».*

### 3.4.3. Les accompagnants « experts » :

Certains accompagnants amènent les enfants malades avec leur diagnostic propre et ont tendance à l'imposer. « *Mon enfant a le palu* », expliquent beaucoup de parents une fois qu'ils se retrouvent en face médecin avec un enfant dans un état fébrile. Il est difficile de leur faire changer d'avis d'autant plus qu'ils sont convaincus de leurs logiques diagnostiques. C'est ce qui amène d'ailleurs certains soignants à tenir certains propos vexants à leur égard. C'est le cas de B.L., infirmier au Csréf CIII qui répondit une fois à un malade « expert » ceci :

*« Si tu sais de quoi souffre ton enfant pourquoi tu ne le traite pas au lieu de nous l'amener »*

Plusieurs autres situations ont révélé des patients experts au cours de nos enquêtes. Nous ne faisons que les évoquer ici brièvement.

*B.M. est un enfant de deux ans amené en consultation par son père et sa mère. Ils passent d'abord à la consultation externe où on ne consulte que les cas non urgents mais selon le père, l'enfant ne fait que le paludisme. Après l'avoir vu en consultation externe, le médecin détecte une urgence et le renvoi à la consultation des urgences. Arrivés aux urgences pédiatriques, le médecin reçoit l'enfant et commence simultanément l'interrogatoire et l'examen médical. Il prend la température et*

*le thermomètre affiche 40°C. Les échanges suivants ont eu lieu entre les deux hommes.*

*Médecin : qu'est ce qui ne va pas avec l'enfant ? (mun bé dén tôrô ?)*

*Père : il a le sumaya (paludisme)*

*Médecin : comment as-tu su qu'il a le sumaya ?*

*Père : ha, dans ce pays là, ce n'est pas difficile à connaître puis il ajouta : il a le corps chaud, il vomit, et il ne mange plus.*

*(Après le médecin demande à la mère de mouiller un pagne dans la toilette de la salle de consultation pour un enveloppement humide)*

*Médecin : monsieur, ces symptômes que vous venez de citer peuvent certes traduire le paludisme mais beaucoup d'autres maladies aussi. L'enfant est pâle et déshydraté, il faut qu'on l'hospitalise et qu'on demande des analyses à faire pour en savoir plus.*

*Père : quelles analyses !! Comme je vous l'ai dit, mon enfant ne fait que le sumaya je ne l'ai pas amené pour des analyses encore moins pour être hospitalisé je veux juste que tu lui donnes un traitement contre le sumaya.*

*Médecin : monsieur, calmez vous, tout ce que nous voulons, c'est le bien être de l'enfant et cela ne peut être atteint que si vous faites ce qu'on vous demande.*

*Père : mais dans ce cas donnez moi juste un traitement contre le paludisme.*

*Un autre médecin assis à côté : Monsieur, si vous connaissez déjà de quoi souffre votre enfant, pourquoi ne pas lui donner un traitement vous-même ?*

*(visiblement, le père a la volonté de soigner son enfant en obéissant au médecin mais il n'est pas financièrement prêt).*

*A ce moment, le laborantin est venu faire le premier prélèvement et dit au père combien il doit payer. Malheureusement, le médecin a oublié un examen complémentaire important qui nécessite un autre prélèvement ; quant le médecin lui fait part de ce prélèvement il dit répondit :*

*« Alors je dois payer une autre somme différente de l'autre ? Non, jamais ! Donner moi mon enfant, je l'amène ailleurs.*

*Ainsi il partit avec son enfant. Observation faite au CHU Gabriel Touré, le 10/01/2012)*

*F.D, femme 35 ans explique :*

*Elle a un enfant âgé de 2 ans et 3 mois. Ce dernier avait le corps chaud et chaque soir elle lui donnait du paracétamol et des décoctions. Malgré tout, ça n'allait pas et la maladie s'aggravait de jour en jour. Alors, elle l'a amenée au centre de santé de Banamba où il a reçu des traitements de sumaya et beaucoup de sérums sans succès, au contraire, on avait l'impression que cela ne faisait qu'aggraver la maladie.*

*Il y avait des jours où il ne pouvait même pas bouger à plus forte raison tenir sa tête. Puis soudainement, il a été pris par un oiseau du ciel (sannô fen y'a minè) il a été pris de convulsions, alors je l'ai amené au CHU Gabriel Touré. Sur place là bas, les*

*docteurs l'ont examiné puis m'ont demandé de le couvrir avec un linge bien imbibé d'eau pour refroidir son corps car celui ci était très chaud. Ils ont demandé des analyses à faire qui ont conclu à un paludisme grave. Ils m'ont prescrit alors une ordonnance à acheter et à mon retour de la pharmacie, le corps de l'enfant était déjà froid. Le premier jour de son hospitalisation, par manque de place, c'est dans le couloir plein de moustiques que le jeune patient a passé la nuit avec sa sœur cadette qui se portait très bien. Le lendemain, cette dernière aussi a commencé à frissonner et à vomir. Les médecins ont déclaré qu'elle aussi souffre de paludisme grave. A présent, voilà qu'elle se retrouve avec ses deux enfants malades sur le même lit d'hospitalisation. C'est à cause de ces moustiques qu'elle aussi a contracté le paludisme. Quand on les rencontrait, les enfants étaient à leur cinquième jour d'hospitalisation. D'après la mère, on leur donne certains médicaments gratuitement et pour les autres, elle est obligée d'acheter. Elle déclara que les traitements ont fait leur effet et que maintenant les enfants vont bien.*

*Voici ce que la mère a expliqué à propos de la maladie de son premier enfant : « en général, lorsqu'une femme enceinte se promène pendant le crépuscule ou passe la nuit dehors en période de pleine lune, il y a un type d'oiseaux gros et noir qui volent dans le ciel la nuit et une fois qu'un de ces oiseaux survole une femme enceinte endormie en plein air, ils prennent l'image de l'enfant. Après sa naissance, celui-ci peut présenter des crises lorsqu'il tombe malade et c'est ce qu'on appelle 'kônô' ».*



#### 3.4. 4. Les usagers dans les récits des soignants

Si dans la déontologie médicale, un médecin ne doit pas juger son malade, il n'est pas rare de voir certains soignants juger, critiquer et même culpabiliser certains accompagnants pour la conduite tenue vis à vis de la maladie. Dr H.K., Csréf CV explique :

*« Aujourd'hui nous avons d'énormes problèmes avec les parents des enfants car à chaque fois que l'enfant présente un symptôme de paludisme, ils leur donnent soit de la nivaquine soit du camoquine sirop et jusque là il y a certains soignants qui continuent à prescrire ces dits médicaments. Il y a également des pharmaciens qui les vendent sans ordonnance et si seulement on pouvait éviter des situations de ce genre, ça nous aidera dans le traitement et ça nous facilitera également la tâche pour faire un bon diagnostic ».*

Beaucoup de soignants restent convaincus du fait que la majorité des accompagnants ne s'inquiète de l'accès fébrile que lorsque l'automédication échoue ou lorsque des complications surviennent. Les accompagnants sont critiqués le plus souvent pour le retard pris dans la prise en charge et l'automédication le plus souvent effectuée avec des médicaments retirés du marché soit à cause leur inefficacité ou de leur toxicité. Dr T.M., précise : « si la prise en charge de l'accès fébrile des enfants se faisait toujours de façon précoce, il serait rare de voire certains enfants dans un état altéré, cachectique et morbide. »

Le cas de D.T. illustre bien toute cette situation.

*« Il s'agit d'un enfant de 7ans amené en consultation par ses parents. Visiblement, l'enfant souffrait depuis bien longtemps et il a l'air d'être beaucoup plus âgé que son âge.*

*Le médecin regarde l'enfant sur la table de consultation et était tellement étonné qu'il ne pu s'empêcher de siffler en remuer sa tête pendant deux secondes avant de demander :*

*« Où est ce que vous vous habitez ? »*

*Père de D.T : ici à Bamako*

*Médecin : non ce n'est pas possible et depuis combien de temps souffre cet enfant ?*

*Père de D.T : il y a moins deux semaines ?*

*Médecin : Alors vous avez laissé ce pauvre enfant souffrir pendant deux semaines sans rien faire ?*

*Père de D.T : bien sûr que non, nous avons fait des traitements traditionnels sans succès et nous sommes partis à la pharmacie pour acheter des médicaments que le pharmacien nous a consigné mais jusque là ça ne va pas alors nous avons décidé de l'amener ici à l'hôpital.*

*Médecin : nous avons toujours déconseillé cette attitude et maintenant vous voyez les conséquences et s'il arrive le pire, alors vous l'aurez sur votre conscience et avant d'en arriver là il faut amener les enfants à l'hôpital dès les premiers symptômes de maladie.*

*Père de D.T : nous t'avons bien compris mais laissons les jugements pour après car ce qui nous préoccupe c'est le bien être de l'enfant. » (Observation le 12/01/2012 au CHU Gabriel Touré).*

## **Constats, conclusion, recommandations :**

### **CONSTATS**

A l'issue de cette étude, plusieurs constats peuvent être faits :

- Dans la prise en charge de la fièvre chez les enfants, il existe une forte corrélation entre le recours au centre de santé comme lieu de soin et le niveau d'études des parents. Autrement dit, le lieu de recours aux soins a quelque chose à voir avec la catégorie sociale. C'est ce qui explique aussi le fait que la pratique de l'automédication caractérise surtout les parents illettrés.
- La persistance de la fièvre et l'apparition de symptômes perçus comme « graves » sont les principales motivations de recours à la biomédecine.
- La crise convulsive communément appelée « kônô » est le signe de gravité le plus couramment cité et sa causalité fait beaucoup référence au surnaturel dans les milieux analphabètes.
- L'accès fébrile est un des signes majeurs de la symptomatologie du paludisme et est une désignation codifiée de beaucoup d'autres maladies.
- Dans les représentations partagées, la moustiquaire imprégnée apparaît comme le moyen de protection majeur du paludisme.
- Dans une majorité de cas, l'échec de l'automédication marque le début du recours à la biomédecine.
- Dans la relation thérapeutique la souffrance du jeune patient est souvent exprimée à travers les dires d'une tierce personne, ce qui est une forme d' « interrogatoire par procuration ».

- Les normes pratiques en pédiatrie contredisent souvent les normes officielles et sont à l'origine de certains dysfonctionnements en matière de soin.

## CONCLUSION

Ces différents constats nous amènent à faire certaines conclusions.

Les itinéraires thérapeutiques sont le plus souvent liés aux interprétations que font les individus de la maladie et dans le cas de la fièvre, la biomédecine se situe de plus en plus au centre d'une quête de soin qui débute dans une grande majorité de cas par les recettes familiales et l'automédication. D'un point de vue populaire, la symptomatologie du paludisme s'appuie pour une large part sur les manifestations fébriles. Par ailleurs, la rupture entre les explications biomédicales et les explications populaires s'exprime par le fait que le même symptôme correspond à différentes interprétations du mal. Ainsi « kônô », interprété comme « crise convulsive » dans la nosographie biomédicale apparaît dans les interprétations populaires comme un mal transmis par un oiseau. La prise en charge de la fièvre met en place une relation thérapeutique qui, même si elle implique souvent trois acteurs à savoir l'enfant, l'accompagnant et le soignant, s'assimile dans la pratique à un colloque singulier « accompagnant – soignant ». Une meilleure prise en charge passe par l'amélioration du dialogue soignant – soigné car d'un côté comme de l'autre, les insatisfactions sont nombreuses.

## RECOMMANDATIONS

A la lumière des constats, les recommandations suivantes peuvent être formulées :

- Accentuer les campagnes de sensibilisation mettant l'accent sur l'importance de la prise en charge précoce des pathologies,
- Renforcer les compétences des agents de la pédiatrie dans le domaine de la prise en charge de la fièvre et plus particulièrement ceux d'entre eux qui exercent dans les structures périphériques comme les centres de santé communautaires (Cscm et autres structures de soins situées hors de la ville de Bamako).
- Accentuer les campagnes de sensibilisation contre la pratique de l'automédication,
- Procéder à des évaluations ponctuelles pour identifier les besoins d'information des parents d'enfants.
- Réaliser d'avantage d'études socio-anthropologiques sur les cas de fièvre identifiés dans les établissements de soins.

## REFERENCES

1. [www.droitsenfant.org/](http://www.droitsenfant.org/)
3. [www.staistiquesmondiales.com](http://www.staistiquesmondiales.com) février 2012
2. [www.ined.fr/fr/tout...mortalite/mortalite\\_infantile\\_monde/](http://www.ined.fr/fr/tout...mortalite/mortalite_infantile_monde/)
4. Organisation Mondiale de la Santé, Le paludisme : Aide-mémoire N°94 ; mai 2007
5. Organisation Mondiale de la Santé. Extrait sélectionné par Green  
Facts du Résumé du rapport 2010 sur le paludisme dans le monde (OMS). <http://whqlibdoc.who.int/publication/2010>
6. Politique Nationale de lutte contre le Paludisme au Mali, Version de mai 2010.
7. [www.un.org/french](http://www.un.org/french)
- 8 Institut Pasteur: Paludisme en Afrique <<http://www.institut Pasteur>> site consulté le 09 mars 2011).
9. RBM.FRP.OMS
10. Institut National de Statistiques et de l'Analyse Economique Mali,  
Enquête Démographique et de Santé 4<sup>ème</sup> Edition, 2006.
11. <http://go.worldbank.org/CJAQJFZSH0>
12. AG HAMAHAADY El Mehdi (1 988) : Nosographie tamachèque des gastro-entérites dans la Région de Tombouctou, thèse de

médecine, Bamako, 1988.

13. LE JEAN Yannick (1986) : Médecine traditionnelle en milieu nomade dans la Région de Tombouctou, thèse de médecine, Université de Paris- Sud, 1986.

14. [www.maliweb.net/news/sante/2012/03/07/article,52932.html](http://www.maliweb.net/news/sante/2012/03/07/article,52932.html)



## FICHE SIGNALÉTIQUE

### **Localisation de la thèse.**

Nom : DOUMBIA                      Prénom : MAHAMADOU.

**Titre de la thèse : Approche anthropologique de la prise en charge de l'accès fébrile dans les services de pédiatrie en milieu urbain au Mali**

**Année universitaire : 2011-2012**

**Pays d'origine : Mali**

**Lieu de dépôt de la thèse : Bibliothèque de la FMPOS de l'Université de Bamako.**

### **Résumé de la thèse :**

Cette thèse veut une approche compréhensive de la prise en charge de la fièvre en pédiatrie. Il s'agit d'une étude qualitative basée sur « ce qui se dit » et sur « ce qui se fait » tant du côté des soignés que de celui des soignants. Les représentations et pratiques thérapeutiques populaires, les discours et les pratiques des soignants, les dysfonctionnements de soins sont au centre des questionnements de l'auteur. Au total 30 enfants souffrant d'un accès fébrile et/ou leurs accompagnants ainsi que 15 agents ayant une fonction officielle en pédiatrie ont été concernés par les enquêtes. Plusieurs entretiens qualitatifs ainsi que de nombreuses séances d'observations ont permis d'avoir une masse critique de données dont l'analyse nous a permis d'arriver à quelques conclusions. Existence d'une forte corrélation entre causalité de la fièvre et niveau d'instruction, décalages importants entre représentations populaires de la fièvre et nosographie biomédicale, dysfonctionnements dus à l'écart entre normes officielles et normes pratiques dans la relation de soins.

Signalons que Parmi nos enquêtés, 86,67% ont consulté pour fièvre (fari kalaya) ; 60% ont pratiqué une automédication avant de consulter un médecin ; 10% ont utilisé des décoctions de plantes; 3,33% ont pratiqué un enveloppement humide devant un accès fébrile.

**Mots clés : corps chaud, farigan, fièvre, Mali**