

Connaissances, pratiques des mères vis-à-vis de la fièvre du nourrisson et facteurs influençant au Cameroun : Cas du district de santé de Biyem-Assi

[Knowledge, practices of mothers towards fever in newborn children and factors influencing in Cameroon : Case of Biyem-Assi health district]

Ghyslaine Bruna DJEUNANG DONGHO¹⁻², James-Francis ONOHIOL³, Francklin Brice SOUNG IBALLA⁴, Patrick Martial NKAMEDJIE PETE⁵, Arlette Viviane DJEUMENI ZEBAZE⁶, Marinolle Lurelle ZAMKE⁷, Nadia AISSATOU⁸, Gianluca RUSSO¹, Jérôme ATEUDJIEU⁹⁻¹⁰, and Martin SANOU SOBZE⁷⁻⁹

¹Département de santé publique et maladies infectieuses, Université Sapienza de Rome, Rome, Italy

²Faculté de sciences et technologies, Université Evangélique du Cameroun, Mbouo-Bandjoun, Cameroon

³Département médical, Médecins sans frontières-Espagne, Goma, RD Congo

⁴Département médical, Médecins sans frontières-Hollande, Maiduguri, Nigeria

⁵Institute for Research, Socio-economic Development and Communication (IRESCO), Yaoundé, Cameroon

⁶Faculté de Médecine, Université de Parakou, Benin

⁷Département administratif et santé, Projet Intégré pour la Promotion de l'Auto-Développement, Dschang, Cameroon

⁸Service d'hémodialyse, Hôpital Régional de Garoua, Garoua, Cameroon

⁹Faculté de médecine et sciences pharmaceutiques, Université de Dschang, Dschang, Cameroon

¹⁰Département administratif, Meilleur Accès aux Soins de Santé, Cameroon

Copyright © 2019 ISSR Journals. This is an open access article distributed under the **Creative Commons Attribution License**, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

ABSTRACT: Fever in newborn remains one of the major reasons of pediatric consultations. Utilization of the healthcare facility is sometimes late leading to the increased risk of death. The aim of our study was to evaluate knowledge and practices of nursing mothers attending the immunization ward and to identify influencing factors. This was a cross-sectional descriptive and analytical study conducted in February 2014 in Biyem-Assi health district, center region, Cameroon. The interview was done using a standard paper-based questionnaire. Data entry and analysis was performed using EPI Info software version 3.5.3. A total of 275 mothers was interviewed. The median age was 26, IQR [23; 30] years. About 82.9% (n=228) had attended at least secondary school and 1.5% had not been to school. About 54.6% (n=149/273) of children present for immunization were females; median age was 03 months, IQR [2; 9]. Half (137) of our respondents had good knowledge of fever in newborn. Concerning management of fever in newborn, 62.9% (n=173) of mothers reported self-medication compared with 22.9% (n=102) who, in case of fever, went to a healthcare facility. Level of education and occupation appeared to be the key factors that influenced knowledge and practices on fever in newborns. The level of knowledge and practices of mothers in Biyem-Assi health district concerning fever in the newborn seems to be quite good. However, given the factors influencing them, there is need to further educate mothers on screening and appropriate management of fever.

KEYWORDS: Knowledge, practices, Fever, Mothers-newborn pairs, Cameroon.

RESUME: La fièvre du nourrisson demeure le principal motif de consultations pédiatriques. Le recours tardif à la formation sanitaire augmente le risque de décès. Cette étude visait l'évaluation du niveau de connaissances et pratiques des mères venues à la vaccination avec leur enfant et l'investigation des facteurs pouvant les influencer. Il s'agissait d'une étude transversale descriptive à volet analytique, menée au district de santé de Biyem-Assi, Région du Centre-Cameroun en février 2014. L'interview était réalisée à l'aide d'un questionnaire standard. La saisie et l'analyse des données s'est faite à l'aide du logiciel EPI Info version 3.5.3. Deux cents soixante-quinze mères ont été interviewées. L'âge médian était de 26 ans, IQR [23 ; 30] ans. Environ 82,9% (n=228) avait un niveau d'étude minimal secondaire et 1,5% n'avait pas été scolarisé. Environ 54,6% (n=149/273) des enfants emmenés à la vaccination était de sexe féminin, et l'âge médian de ceux-ci était de 03 mois, IQR [2 ; 9], 50% (n=137) de participantes avaient de bonnes connaissances sur la fièvre du nourrisson. Concernant la gestion de la fièvre du nourrisson, 62,9% (n=173) des mères pratiquaient l'automédication tandis que 22,9% (n=102) se rendaient dans une formation sanitaire. Le niveau d'étude et la profession étaient les facteurs influençant leurs connaissances et pratiques vis-à-vis de la fièvre du nourrisson. Le niveau de connaissances et pratiques des mères du district de santé de Biyem-Assi est assez bon. Toutefois, les facteurs influençant montrent la nécessité du renforcement de leur éducation sur la façon appropriée de reconnaître et gérer la fièvre du nourrisson.

MOTS-CLEFS: Connaissances, Pratiques, Fièvre, Mères-Enfants 0-9 mois, Cameroun.

1 INTRODUCTION

La fièvre chez l'enfant est définie par une température rectale au-dessus de 38°C, une température orale au-dessus de 37,7°C et une température axiale au-dessus de 37,4°C [1]. Elle peut être la manifestation d'une maladie infectieuse ou non et résulte de la libération de pyrogènes endogènes dans la circulation en réponse à la présence de diverses toxines infectieuses et d'autres médiateurs. En effet, la fièvre représente un symptôme capital pour la plupart des pathologies infectieuses fréquentes [2]. Elle représente l'une des premières causes de morbidité infantile dans les pays en voie de développement [2]. Elle est en elle-même un inconfort pour l'enfant, et peut être la source de complications graves. En Tunisie, la fièvre constitue un motif fréquent de consultation ambulatoire et d'hospitalisation [2]. Au Cameroun, son incidence chez les enfants de moins de 5 ans au cours des 2 semaines précédant le début de l'enquête démographique et de santé de 2011 était de 26% [3]. Par ailleurs, la fièvre est aussi un symptôme courant et une des principales raisons de consultation médicale, représentant une des trois premières causes de consultation pédiatrique [4], [5].

En effet, les parents voient la fièvre comme un indicateur utile de l'état de santé de leur enfant ; et pour faire face à cela ceux-ci débutent le plus souvent un traitement à la maison avant de se rendre dans un établissement hospitalier [6]. Une étude menée en Palestine a montré que 27% des familles prennent contact avec un personnel de santé dans les quelques heures qui suivent le début de la fièvre si l'enfant a moins de 10 ans et présente une température de plus de 38,4°C. Des antipyrétiques sont prescrits chez 60% des enfants, comme prévention d'une complication de celle-ci. En effet, les convulsions sont citées comme principales conséquences de la fièvre chez l'enfant, ce qui survient chez environ 3% chez des enfants de moins de 5 ans présentant une fièvre élevée [7]. L'utilisation d'antipyrétiques comme traitement de première intention est courante dans de nombreux pays en zone palustre [8], [9] notamment le Nigeria [10], [11]. Des études dans ce pays révèlent que 85,7% des enfants serait traité en priorité à la maison avant d'être amenés en consultation à l'hôpital. Cette situation est également observée au Soudan, où près de 90% des enfants présentant des cas de fièvre, sont traités à domicile avec des anti-palustres [9].

Au Cameroun, la fièvre de l'enfant ne varie pas de façon significative entre l'âge de l'enfant et son lieu de résidence. En effet, en 2011, la proportion d'enfants ayant eu la fièvre est de 24 % en milieu urbain contre 27 % en milieu rural [3]. Les régions forestières présentent les prévalences les plus élevées à l'instar de la région du centre où la prévalence est passée de 32% à 35% entre 2011 et 2013 [12]. Des études ont montré que plusieurs facteurs pouvaient influencer sur les connaissances des parents vis-à-vis de la fièvre de l'enfant, son rôle dans la maladie et sa prise en charge [13], [14]. Ainsi, en plus des variables ethniques ou raciales existantes dans les connaissances et attitudes vis-à-vis de la fièvre de l'enfant, s'ajoute la phobie des parents, la sur documentation des traitements qui ne sont pas toujours appropriés, ainsi que d'autres facteurs [7]. La fièvre de l'enfant a donc un impact socioéconomique, physique et émotionnel sur les parents. Notre étude avait pour but d'évaluer le niveau de connaissances et les pratiques des mères vis-à-vis de la fièvre de l'enfant, afin de déceler les principaux facteurs pouvant influencer sur ceux-ci, afin d'adopter de nouvelles approches et stratégies visant à mieux éduquer les mères et améliorer ainsi la santé de l'enfant au Cameroun.

2 MATERIEL ET METHODES

2.1 SITE ET POPULATION D'ÉTUDE

L'étude a été menée dans le district semi-urbain de Biyem-Assi situé dans la capitale du Cameroun, Yaoundé. Ce district couvre 4 aires de santé pour une population totale estimée à 323 738 personnes dont 17806 (5.5%) femmes enceintes en 2012. La collecte de données s'est faite dans 4 formations sanitaires publiques (Hôpital de district de Biyem-Assi, Centre Hospitalier Universitaire de Yaoundé, Centres médicaux d'Arrondissement de Mendong et Mvog-betsi) et 2 formations sanitaires privées (Baptist health center et centre hospitalier dominicain saint Martin de Porres) ayant un service de vaccination. Ces formations sanitaires ont été choisies sur la base de leur fréquentation. La population cible de notre étude était les mères d'enfants de 0 à 9 mois, amenant ces derniers à la vaccination de routine.

2.2 SCHÉMA D'ÉTUDE ET PROCÉDURE DE COLLECTE DE DONNÉES

Il s'agissait d'une étude transversale et descriptive à volet analytique. La collecte de données s'est faite en février 2014, par interview à base d'un questionnaire visant à évaluer le niveau de connaissance et les attitudes des mères vis-à-vis de la fièvre du nourrisson. Les enquêteurs étaient des étudiants de Master 2 professionnel en Epidémiologie et Santé Publique du Département des Sciences Biomédicales de la Faculté des Sciences de l'Université de Dschang, dans la région de l'Ouest Cameroun. Les mamans étaient abordées pendant leurs heures d'attentes et une fois leur consentement obtenu, l'interview était initiée. En cas de refus, on passait à la prochaine mère.

2.3 TAILLE D'ÉCHANTILLON

Le calcul de la taille d'échantillon est effectué grâce à la formule de Lorentz. Soit n la taille de l'échantillon permettant d'atteindre un niveau de confiance μ de 95% ($\mu=1,96$) avec une erreur e qui est fixé à priori à 5% (valeur type $e=0,05$), soit p la prévalence supposée de l'allaitement maternel exclusive de 0-6 mois. Cette proportion est de 20%. Partant de ces conditions, la taille de l'échantillon est donnée par la formule $n=\mu^2 \times p(1-p)/e^2$.

En remplaçant, μ , p et e par leur valeur, on obtient environ 246 personnes, et en considérant un taux de non réponse de 10%, on obtient une taille $n=270$ mères.

Le calcul de la taille d'échantillon par aire de santé s'est fait grâce à la méthode des quotas en fonction de la taille de la population cible réelle de femmes enceintes par aires de santé.

2.4 ANALYSE STATISTIQUE

Une fois la collecte achevée, les données ont été saisies et analysées à l'aide du logiciel Epi Info 3.5.3. Pour la description de l'échantillon et la partie descriptive des résultats, les statistiques usuelles telles que la médiane et son intervalle interquartile et les proportions ont été utilisées. Concernant les tests statistiques, le seuil de significativité a été fixé à 5%. Pour la détermination du risque relatif, les associations ont été calculées à l'aide du logiciel précédemment mentionné.

2.5 ÉTHIQUE

La présente étude a été menée en accord avec les règles éthiques du comité national de la recherche en sciences humaines du Cameroun. De plus, l'Université de Dschang et le service de santé de district de Biyem-Assi ont validé le protocole de recherche avant qu'il ne soit implémenté. Toutes les mères ont fourni un consentement éclairé écrit et signé avant d'être enrôlées dans cette étude.

3 RESULTATS

3.1 CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES MÈRES

Au cours des séances de vaccinations dans le district de santé de Biyem-Assi, nous avons enquêtés 275 mères venues en vaccination dans l'une des deux aires de santé, à savoir : Mvog-betsi (52,7%) et de Biyem-Assi (47,3%).

L'âge médian des participantes était de 26 ans, IQR [23 ; 30] ans. La proportion des mères les plus représentées était originaire de la région de l'Ouest 37,4% (102/273), suivi de la région du Nord-Ouest 37,0%, le Centre 8,4%, des régions de l'Est et du Sud-Ouest comptant chacune 4,0%, puis du Sud 2,6% représentantes et enfin le reste des participantes 18 (6,6%) provenaient des autres régions (Nord, Extrême-Nord, Adamaoua, pays étrangers),(Tableau 1).

Notons que 68,4% (188/275) des participantes étaient mariées, 19,6% étaient célibataires, 10,2% vivaient en concubinage, 1,1% des veuves et enfin 0,7% divorcées. Les obédiences religieuses étaient respectivement : le catholicisme 43,5% (118/271) des participantes et le protestantisme (39,1%), suivis des pentecôtistes et des musulmans avec respectivement 7,0% et 6,6%. Quant aux professions, la majorité était soit des ménagères 33,0% (86/261) soit des élèves/étudiantes (24,5%).

52,7% (145/275) de ces mères avaient un niveau d'étude secondaire ; 30,2% un niveau universitaire ; 15,6% un niveau primaire ; et 1,5% n'avaient aucun niveau d'éducation.

Le tableau 01 qui suit présente en détail les caractéristiques sociodémographiques de ces mères.

Tableau 1. Caractéristiques sociodémographiques des mères

Variables	Effectifs (N=275)	Pourcentage %
Région d'origine (N=273)		
<i>Ouest</i>	102	37,4
<i>Nord-Ouest</i>	101	37,0
<i>Centre</i>	23	8,4
<i>Est</i>	11	4,0
<i>Sud-Ouest</i>	11	4,0
<i>Sud</i>	7	2,6
<i>Autres*</i>	18	6,6
Statut Marital (N=275)		
<i>Célibataire</i>	87	20,0
<i>Concubinage</i>	18	4,1
<i>Marié.</i>	146	33,6
<i>Divorcé(e).</i>	29	6,7
<i>Veuf (ve).</i>	35	8,1
Religion (N=271)		
<i>Catholique</i>	118	43,5
<i>Protestant</i>	106	39,1
<i>Pentecôtiste</i>	19	7,0
<i>Musulman</i>	18	6,6
<i>Autres</i>	10	3,7
Niveau d'éducation (N=275)		
<i>Aucun</i>	4	1,5
<i>Primaire</i>	43	15,6
<i>Secondaire</i>	145	52,7
<i>Supérieure</i>	83	30,2
Profession (N=261)		
<i>Ménagère</i>	86	33,0
<i>Elève/Étudiant(e).</i>	64	24,5
<i>Commerçant(e).</i>	35	13,4
<i>Salarié(e).</i>	58	22,2
<i>Petits métiers</i>	18	6,9

Autres : Extrême-Nord, Nord, Adamaoua, Littoral, Etrangers.

3.2 DESCRIPTION DES ENFANTS EMMENÉS EN VACCINATION

Plus de la moitié, soit 54,6% (149/273) des enfants emmenés à la vaccination étaient de sexe féminin. L'âge médian de ces enfants était de 03 mois, IQR [2 ; 9]. Le nombre moyen d'enfants vivant par ménage était de 2,2±1,3 enfants [Min : 1 enfant ; Max : 8 enfants].

3.3 CONNAISSANCES SUR LA FIÈVRE

Concernant les principaux signes évocateurs de la fièvre, la prise de température représentait 68,7% (189/275), 42,3% pour le simple toucher, 38% pour le refus de téter. Par ailleurs, pour 50,0% (134/268) des femmes, on parle de fièvre chez l'enfant lorsque la température corporelle est comprise dans l'intervalle [37,5 – 38] °C. Et pour 25,0% (60/268) de ces mères, la fièvre correspondait à une température corporelle comprise entre [0 – 37] °C.

Les sites de mesure de température couramment utilisés sont : L'anus 55,6% (153/275), les aisselles (34,2%) et la bouche (4,4%). Parmi les sites les moins appréciés, on a recensé : les axillaires pour 25,1% des femmes, l'anus et la bouche pour 20,4% de ces femmes (pour chacun de ces 2 sites). Et concernant les sites de mesures les plus appréciés, nous avons recensé : l'anus 56,2% (150/274), les aisselles (84,0%) et la bouche (11,0%). Les types de thermomètres utilisés étant : le thermomètre à mercure pour 96,6% (253/262) des cas et le thermomètre électronique pour 3,4% des cas.

3.4 PRATIQUES VIS-À-VIS DE LA FIÈVRE

Devant un état fébrile du nourrisson, 62,9% (173/275) des mères affirment pratiquer l'automédication (usage d'antipyrétiques) ; 22,9% préfèrent se rendre dans une formation sanitaire ; 13,8% utilisent les serviettes humides, 10,9% font usage d'un bain tiède, un peu plus de 9,0% allègent l'habillement de l'enfant et 0,7% (2/275) femmes restent passives.

Par ailleurs, dans la mesure où la fièvre persiste, 94,3% (199/211) affirment se diriger vers une formation sanitaire ; 3,8% persistent avec l'usage d'antipyrétiques et 1,9% restent confiantes quant à l'usage des mesures physiques à savoir : bain tiède, allègement des habits, compresse de serviette humide.

Parmi les complications connues de la fièvre par ces mères, on peut citer : la convulsion 49,5% (136/275), l'épilepsie (13,5%), la déshydratation et le retard psychomoteur avec respectivement 3,3% et 2,9% ; notons que nous avons enregistré un taux de non réponse de 21,5%.

D'autre part, devant la baisse de la fièvre, 72,5% (153/211) de ces mères ont dit resté passives, 25,6% femmes ont affirmé qu'elles se rendaient tout de même dans une formation sanitaire et 1,9% ont dit continuer avec l'automédication (usage d'antipyrétiques).

3.5 FACTEURS INFLUENÇANT LES CONNAISSANCES ET ATTITUDES VIS-À-VIS DE LA FIÈVRE

Lorsque nous avons procédé à un croisement entre certaines variables, nous observons que certaines variables comme le niveau d'éducation et la profession de la mère influencent sur le niveau de connaissances et les pratiques de ces mères vis-à-vis de la fièvre du nourrisson (Tableau 2).

Tableau 2. Facteurs influençant le niveau de connaissances et les pratiques des mères vis-à-vis de la fièvre.

Variables	fg	Mauvaises connaissances RR P	Pratiques moins bonnes RR P
Niveau d'éducation			
<i>Aucun</i>		4,66 <0,0001	3,15 <0,01
<i>Primaire</i>		2,69 <0,01	2,23 <0,1
<i>Au moins Secondaire</i>		1	1
Profession			
<i>Salariée</i>		/	1
<i>Non salariées</i>		/	2,45 0,02

RR : risque relatif (test de Chi carré).

P : p-value (à $\alpha=0,05$)

Le tableau 02 montre que le niveau de connaissances et les pratiques des mères vis-à-vis de la fièvre de leur bébé sont grandement influencés par le niveau d'instruction et la profession de ces dernières. En effet, les femmes non instruites, ont 4,66 fois plus de risque d'avoir de mauvaises connaissances sur la fièvre et les femmes de niveau primaire ont 2,69 fois plus de risque ; la différence observée entre ces groupes est statistiquement significative. Concernant les pratiques de ces mères face à la fièvre, l'on remarque les femmes non-salariées ont 2,45 fois plus de risque d'adopter des pratiques moins bonnes face à

la fièvre de leur enfant, par rapport aux femmes salariées. La différence observée entre les deux groupes de femmes (salariés et non-salariés), est significative.

4 DISCUSSION

Pour les mères du District de Santé de Biyem-Assi, la prise de température, le simple toucher et le refus de téter constituent les principaux signes évocateurs de la fièvre chez l'enfant. La moitié d'entre elles sait que l'on parle de fièvre pour une température au-delà de 37,5°C. Toutefois, une petite proportion ne comprend pas la notion de fièvre et pense même à une température de 0°C. Les complications de fièvre répertoriées par les mères sont la convulsion, l'épilepsie, la déshydratation et le retard psychomoteur. Les sites de mesure de température les plus utilisés sont l'anus et l'aisselle avec une faible propension pour la bouche. Les thermomètres les plus utilisés sont ceux à mercure et très peu utilisent les thermomètres électroniques. Plus de la moitié des mères utilisent l'automédication aux antipyrétiques en cas de fièvre, une proportion non négligeable se rend dans une formation sanitaire tandis que les autres utilisent les mesures physiques (une serviette humide, un bain tiède, allègement de l'habillement du bébé) ou sont passives. La grande majorité d'entre elles se rend dans une structure de soins en cas de persistance de la fièvre. Cependant, quelques-unes persistent avec l'automédication aux antipyrétiques, les mesures physiques et vont même jusqu'à continuer dans la passivité. Si la fièvre vient à s'arrêter, la plupart des mères reste passive et seulement le quart se rend à une formation sanitaire et une infime proportion continue l'automédication aux antipyrétiques.

4.1 CONNAISSANCES ET PRATIQUES DES MÈRES

Très peu d'auteurs ont investigué la reconnaissance des signes évocateurs de la fièvre par les parents. Cependant, Kazeem *et al.* [15], Kwabe *et al.* [16] ont investigué cet aspect au Nigéria et pour le cas spécifique du paludisme dans le but d'évaluer le délai de réactivité du parent face à un épisode de fièvre. Différemment de la présente étude, des auteurs ont investigués les connaissances, attitudes et pratiques de la fièvre chez l'enfant de manière spécifique à des maladies telles que le paludisme [10], [16], [17], [18], et la Dengue hémorragique [19]. Pareillement aux études menées à Monastir en Tunisie et à Metz en France, notre étude montre que la majorité des mères sait quelle est la température fébrile [2], [20]. Ceci pourrait s'expliquer par le fait de la scolarisation de celles-ci et de leur âge moyen qui est supérieur à 25 ans. Les mères interviewées font presque l'unanimité sur le fait que la convulsion est la complication directe de l'excès de fièvre et d'autres études le soutiennent grandement [20], [21]. Des chercheurs ont pris la peine d'investiguer cette complication qui cause beaucoup de tort à plusieurs familles [21], [22], [23].

L'usage du thermomètre à mercure par la grande majorité des femmes est certainement dû au fait que c'est le plus disponible et le plus accessible financièrement. D'autres études ont permis d'avoir des résultats similaires aux nôtres [14]. Face à la fièvre, la solution de prédilection demeure l'automédication aux antipyrétiques d'après les mères interviewées. Ceci se vérifie à travers des études menées en contexte socio-économique et épidémiologique différent du nôtre [24], [25], [26]. Contrairement à ce que nous avons pu observer à Biyem-Assi, les mesures physiques sont plus utilisées par certains parents et pédiatres italiens [27] ainsi que par des parents nigériens [15]. Se rendre dans une structure de soins reste l'option qui fait le moins l'unanimité à cause de la perception que les uns et les autres ont de la fièvre, chose que nous n'avons pas investigué dans cette étude. Pour cette même raison, nous ne pouvons pas spéculer sur les itinéraires thérapeutiques des mères en cas d'arrêt ou de persistance de la fièvre chez l'enfant.

4.2 PRINCIPAUX FACTEURS INFLUENÇANT LES CONNAISSANCES ET LES PRATIQUES DES MÈRES

Les principaux facteurs influençant les connaissances et les pratiques des mères face à la fièvre chez l'enfant sont le niveau de scolarisation de la mère et sa profession. Il est clairement établi que, plus la mère est instruite mieux elle saura quoi faire en cas de fièvre et aussi comment la reconnaître. De plus, les femmes salariées adoptent des pratiques meilleures face à la fièvre de leur enfant, ceci s'expliquerait par la disponibilité financière qui leur permette de se rendre à l'hôpital plus facilement par rapport aux femmes non-salariées [21], [28].

4.3 LES LACUNES DES MÈRES CONCERNANT LA FIÈVRE DE L'ENFANT

Une petite proportion des mères du District de Biyem-Assi ne sait pas exactement ce qu'on entend par fièvre en termes de température. C'est aussi le cas en Turquie où malgré le fait que les mères aient été recrutées dans des centres de soins spécialisés, la plupart d'entre elles considérait la température fébrile comme étant en dessous de 37°C [28]. Un lien a été démontré statistiquement entre le degré de scolarisation des mères et leur niveau de connaissances sur la question de la fièvre

chez l'enfant. Ajouté à la scolarisation, la profession de la mère que ce soit dans la fonction publique comme dans un cadre privé est un facteur qui pourrait justifier son niveau de connaissances. Ceci suggérerait que, moins la mère est scolarisée, moins elle a d'informations sur la fièvre chez l'enfant. Ce niveau de connaissance faible sur la fièvre chez l'enfant est soutenu par la revue de la littérature rédigée par Walsh & Edwards en 2006 [14]. Nous ne saurions dire exactement si la situation s'améliore puisque nous n'avons pas de données antérieures disponibles.

4.4 LES LIMITES DE L'ÉTUDE

Notre méthode d'échantillonnage pourrait comporter un biais de sélection, puisque les femmes ont été recrutées au niveau des formations sanitaires seulement et non directement dans la communauté. De plus, le lieu de recrutement limitait grandement les chances de tomber sur des femmes avec un niveau de connaissances sur le sujet très faible. Il n'est donc pas évident malgré la taille de l'échantillon d'inférer les résultats vu que les femmes interviewées ne sont pas représentatives de la population de Biyem-Assi. En outre, il s'agissait d'une interview dans les formations sanitaires donc, les réponses données par les femmes pourraient être conditionnées par le milieu. Le taux de non réponse n'étant pas négligeable, nous pourrions penser au fait que, les personnes ayant répondu étaient plus intéressées par la question de la fièvre chez l'enfant que les non-répondants.

5 CONCLUSION

Le niveau de connaissances et pratiques des mères du district de santé de Biyem-assi est assez bon. Toutefois, les itinéraires thérapeutiques de celles-ci face aux épisodes de fièvre est assez alarmant. Les facteurs influençant ces itinéraires et leurs connaissances sont le niveau de scolarisation et leur profession. La perception de la fièvre par les populations camerounaises devrait être investiguées afin de compléter davantage les résultats obtenus et de mieux peaufiner les mesures correctrices à adopter. La persistance des lacunes encore importantes suggère néanmoins de proposer les mesures correctrices telles que l'éducation pour le développement des populations, l'implication des masses média dans le processus d'information et la formation continue des personnels de santé pour une meilleure information des mères.

REMERCIEMENTS

Nous remercions les enseignants du Département de Sciences biomédicales de l'Université de Dschang pour les multiples connaissances qui nous ont permis de mettre en œuvre cette étude réalisée dans le cadre de la formation en épidémiologie et santé publique. Nous remercions également les autorités administratives du District de Santé de Biyem-Assi qui nous ont permis de conduire cette enquête. Nous remercions enfin les mamans qui ont fait preuve de patience et de collaboration en participant à la présente étude.

REFERENCES

- [1] Powell, K.R. Fever. In: Kliegman, R. M., Behrman, R. E., Jenson, H. B., Stanton, B. F. Nelson Textbook of Paediatrics. 18th ed. Philadelphia: Saunders pp. 1084-1089, 2007.
- [2] M. S. Soltani, I. Sallem, S. Elmhamdi, M. A. Bouslah, A. Sriha, K. Ben Salem, "Connaissances et pratiques des mères de la région de Monastir (Tunisie) devant la fièvre de l'enfant," *Revue Tunisienne d'Infectiologie*, vol. 3, no. 2, pp. 19-28, 2009.
- [3] Institut National de la Statistique, *Enquête démographique et de santé à indicateurs multiples (EDS-MICS IV)*, 2011.
- [4] M. Crocetti, N. Moghbeli and J. Serwint, "Fever phobia revisited: Have parental misconceptions about fever changed in 20 years?," *Pediatrics*, vol. 107, pp. 1241-1246, 2001.
- [5] P. Lagerlov, S. Helseth, T. Holager, "Childhood illnesses and the use of paracetamol (acetaminophen): a qualitative study of parents' management of common childhood illnesses," *Family Practice*; vol. 20, pp. 717-723, 2003.
- [6] I.O. Ajayi and C. O. Falade, "Pre-hospital treatment of febrile illness in children attending the general outpatients clinic, University College Hospital, Ibadan, Nigeria," *African Journal of Medicine and Medical sciences*, vol. 35, no. 1, pp. 85-91, 2006.
- [7] S. H. Zyoud, S. W. Al-Jabi, W. M. Sweileh, M. M. Nabulsi, M. F. Tubaila, R. Awang, and A. F. Sawalha, "Beliefs and practices regarding childhood fever among parents: a cross-sectional study from Palestine," *Biomed Central Pediatrics*, vol. 13, no. 66, 8p., 2013.

- [8] S. S. Sule, "Childhood morbidity and treatment pattern at the multipurpose health centre Ilesa, Nigeria," *Nigerian Journal of Medicine*, vol. 12, no. 3, pp. 145-149, 2003.
- [9] E. M. Malik, K. Hanafi, S. H. Ali, E. S. Ahmed and K. A. Mohamed, "Treatment-seeking behaviour for malaria in children under five years of age: implication for home management in rural areas with high seasonal transmission in Sudan," *Malaria Journal*, vol. 5, no. 60, 2006.
- [10] O. I. Fawole and M. O. Onadeko. "Knowledge and home management of malaria fever by mothers and caregivers for under-five children," *West African Journal of Medicine*, vol. 20, no. 2, pp. 152-157, 2001.
- [11] L.A. Salako, W. R. Brieger, B. M. Afolabi, R. E. Umeh, P. U. Agomo, S. Asa, A. K. Adeneye, B. O. Nwanko and C.O. Akinlade, "Treatment of childhood fevers and other illnesses in three rural Nigerian communities," *Journal of Tropical Pediatrics*, vol. 47, no. 4, pp. 230-238, 2001.
- [12] Ministère de la Santé Publique, Enquête Post Campagne Sur L'utilisation Des Moustiquaires Imprégnées D'insecticide A Longue Durée D'action (EPC-MILDA), 2013.
- [13] R. G. Nijman, R. Oostenbrink, E. M. Dons, C. B. Bouwhuis and H. A. Moll, "Parental fever attitude and management: influence of parental ethnicity and child's age," *Pediatric Emergency Care*, vol. 13, no. 5, pp. 339-342, 2010.
- [14] A. Walsh, H. Edwards and J. Fraser, "Influences on parents' fever management: beliefs, experiences and information sources," *Journal of Clinical Nursing*, vol.13, no. 12, pp. 2331-2340 2007.
- [15] A. O. Kazeem and O. S. Idowu, "Fever in Children: Mothers' Perceptions and their Home Management," *Iranian Journal of Pediatrics*, vol. 18, no. 3, pp. 229-236, 2008.
- [16] S. K. Tidi, A. Olokoba, F. A. Ella, U. Abjah and M. B. Abdulraman, "Mothers Management of Malaria Fever among Under-five Nomadic Fulani Children of Northeastern Nigeria," *American Journal of Infectious Diseases and Microbiology*, vol. 1, no. 2, pp. 26-33, 2013.
- [17] D. Houeto , W. d'Hoore, E. M. Ouendo, A. Hounsa and A. Deccache, "Fièvre chez l'enfant en zone d'endémie palustre au Bénin: analyse qualitative des facteurs associés aux recours aux soins," *Santé Publique*, vol. 19, no. 5, pp. 363-372, 2007.
- [18] I. R. Kiniffo, L. Agbo-Ola, S. Issifou and A. Massougbojji, "Les mères des enfants de moins de cinq ans et le paludisme dans la vallée de Dangbo au Sud-Est du Bénin," *Médecine d'Afrique Noire*, vol. 47, no. 1, pp. 27-33 2000.
- [19] T. T. Tram, N. T. Ngoc Anh, N. T. Thanh Hung, N. T. Lan, L. T. Cam, N. P. Chuong, L. Tri, L. Fonsmark, A. Poulsen and E. D. Heegaard, "The Impact of Health Education on Mothers' Knowledge, Attitude and Practice (KAP) of Dengue Haemorrhagic Fever". *Dengue Bulletin*, vol. 27, pp. 174-180, 2003.
- [20] J. M. Boivin, F. Weber, R. Fay and P. Monin, "Prise en charge de la fièvre chez l'enfant : les connaissances et pratiques des parents sont-elles satisfaisantes," *Archives de pédiatrie*, vol. 14, no. 4, pp. 323-329, 2006.
- [21] R. Sakai, S. Nijjima and E. Marui, "Parental knowledge and perceptions of fever in children and fever management practices: differences between parents of children with and without a history of febrile seizures," *Pediatric Emergency Care*, vol. 25 no. 4, pp. 231-237, 2009.
- [22] M. K. Aame, I. Sa and Y. Eak, "Knowledge, attitude and practice of Sudanese mothers towards home management of febrile convulsions," *Khartoum Medical Journal*, vol. 6, no. 1, pp. 847-853, 2013.
- [23] R. C. Parmar, D. R. Sahu and S. B. Bavdekar. "Knowledge, attitude and practices of parents of children with febrile convulsion," *Journal of Postgraduate Medicine*, vol. 47, no. 1, pp. 19-23, 2001.
- [24] A.R. Anderson, "Parental perception and management of school-age children's fevers," *Nurse Practitioner*, vol. 5, pp. 8-18, 1988.
- [25] P. Impicciatore, S. Nannini, C. Pandolfini and M. Bonati, "Mothers' knowledge of, attitudes toward, and management of fever in preschool children in Italy", *Preventive Medicine*, vol. 27, pp. 268-273, 1998.
- [26] M. McErlean, J. Bartfield, D. Kennedy, E. Gilman, R. Stram and N. Raccio-Robak, "Home antipyretic use in children brought to the emergency department," *Pediatric Emergency Care*, vol. 17, pp. 249-251, 2001.
- [27] E. Chiappini, A. Paretti, P. Becherucci, M. Pierattelli, F. Bonsognori, L. Galli and M. de Martino, "Parental and medical knowledge and management of fever in Italian pre-school children," *Biomed Central Pediatrics*, vol. 12, no. 97, 2012.
- [28] S. G. Arica, V. Arica, H. Onur, S. Gülbayzar, H. Dag and Ö. Obut, "Knowledge, attitudes and response of mothers about fever in their children," *Emergency Medicine Journal*, vol. 29, no. 12, 2012.