

Pour Paris

Journées médicales de Dakar
17-22 février 1997

“Santé, environnement urbain, économie”

Aspects socio- comportementaux de la rougeole à Dakar

Becker C **, Diagne M *, Sow PS *, Diop BM *,
Ndour CT *, Touré K *, Coll-Seck AM *, Badiane S*

* CHU de Dakar-Fann
** ORSTOM, Dakar

Fonds Documentaire ORSTOM



010009946

Fonds Documentaire ORSTOM

Cote: B* 9946 Ex: 1

I. Introduction du sujet

Jusqu'à la fin des années 1950 la rougeole a été méconnue comme problème de santé publique en Afrique et n'a fait l'objet des premiers travaux spécifiques en Afrique qu'au cours des années 1960 (8; 15; 25; 31; 41; 53; 54; 58). Cependant la rougeole reste une affection préoccupante (28).

Bien que ses spécificités en milieu urbain et rural aient été étudiées (1; 2; 3; 4; 5; 26; 29; 56; 100) et que des recherches vaccinales aient été menées récemment (6; 20; 27; 28; 39; 55; 61; 62), les travaux sur les aspects économiques et sociaux demeurent insuffisants.

II. Objectifs de l'étude

1. Déterminer le profil socio-économique et évaluer la connaissance et les comportements d'une population accompagnant un enfant soigné pour rougeole et présentant des complications.
2. Faire des recommandations en terme de santé publique pour renforcer la lutte contre la rougeole.

III. Méthodologie

Il s'agit d'une étude prospective transversale, semi-qualitative, réalisée au CHU de Fann (Clinique Maladies infectieuses et Service de Pédiatrie).

La fiche d'enquête comprenait :

- 1) des paramètres sur l'enfant malade,
- 2) des renseignements fournis par les parents ou l'entourage.

Ont été inclus tous les enfants hospitalisés ou consultant pour rougeole du 1^{er} mars au 30 juin 1996.

IV. Résultats

Les caractéristiques socio-démographiques de l'échantillon — enfants malades et parents accompagnants — sont présentées par les tableaux suivants ².

a - L'enfant malade

La tranche d'âge de 13 à 24 mois est la plus représentée, soit 26 %, ensuite vient la tranche 5 à 10 ans. Plus de la moitié des enfants ont fait leur rougeole après l'âge de 9 mois qui est préconisé par l'OMS pour la vaccination contre la rougeole.

L'âge précoce de survenue de la maladie s'explique par des facteurs économiques et démographiques, mais aussi par des pratiques sociales des Africains qui ne pensent pas toujours à isoler le malade. La cordialité et les rapports de bon voisinage favorisent les visites qui sont des occasions de contracter la maladie ou de la propager.

¹ Cette étude est en grande partie un résumé substantiel de la Thèse de Médecine soutenue le 20 janvier 1996 par Maty Diagne, dont le titre est :

Les aspects socio-comportementaux de la rougeole à Dakar, Dakar, Université Cheikh Anta Diop, Faculté de Médecine : 104 p.

² Le lecteur voudra se référer aux tableaux qui sont regroupés à la fin du texte, après la bibliographie.

Il n'y a pas de différences notables selon le sexe avec un sex-ratio de 0,92 qui est voisin de celui trouvé par Bâ avec 0,97 (9). Cela a déjà été observé à Dakar (26; 46; 47) et à Niakhar au Sénégal (55).

Plus de la moitié des malades proviennent du département de Dakar (62%), et un tiers de Pikine (34%), ce qui serait probablement lié à la décentralisation des structures sanitaires. Ainsi beaucoup de cas de rougeole survenant dans la banlieue sont vus au niveau des dispensaires périphériques et seuls les cas compliqués parviennent dans les hôpitaux du département de Dakar.

Dans l'étude, *les Wolofs* sont majoritaires (30%). Selon Diop (18) la répartition de la population de Dakar selon l'ethnie se caractérise par une prépondérance des Wolofs (53,8%), également dominants sur le plan national (42,7%). Cela est lié à la forte représentation à Dakar de ce groupe ethnique, dans lequel on recense aussi les Lébous.

Le taux relativement élevé des Sérères correspond à une population ayant effectuée un exode rural. En effet pendant la saison sèche les femmes sérères vont dans les grandes villes où elles font des travaux ménagers. Assez fréquemment, elles amènent leurs enfants avec elles. Ces derniers sont généralement des sujets indemnes de rougeole et non vaccinés qui se retrouvent de façon relativement rapide dans un milieu où sévit la virose sous forme endémique.

On retrouve 54% de cas index contre 46% de cas secondaires. Il n'y a pas de différence significative entre cas index et cas secondaires comme l'a noté Sarr (57). Cela a été noté aussi par des travaux antérieurs (26, 46; 63). Ces cas secondaires s'expliquent par les conditions d'hébergement très exigües en ville où on assiste dans certains quartiers à un entassement des gens dans des chambres où des conditions satisfaisantes d'hygiène ne sont pas remplies.

L'état vaccinal contre la rougeole est peu satisfaisant. Seul 20% de notre population a été vaccinée contre la rougeole contre 76% non-vaccinés. 4% des enfants avaient un état vaccinal non précisé.

La survenue de la rougeole chez les 10 malades vaccinés pose le problème de la séroconversion. Rey a montré, dans une étude de 1968 (53), qu'en zone suburbaine comme Pikine la séroconversion après campagne de vaccination n'a atteint que 60%. Cette question de la séroconversion amène certains auteurs à envisager le rappel de la vaccination (59).

Par ailleurs, parmi les enfants non vaccinés, 5 n'avaient pas encore atteint l'âge de 9 mois pour la vaccination contre la rougeole. Des études ont montré que 5 à 10% des enfants contractent la rougeole avant l'âge de 9 mois (36; 42). Cela pose le problème de l'âge de la vaccination (14; 16).

Huit des 10 malades vaccinés n'ont pas respecté le calendrier vaccinal pour des raisons diverses et variées.

La forme compliquée a été retrouvée chez 33 malades soit 66%. En 1948, Laporte disait : la mort des rougeoleux est toujours le fait des complications, les broncho-pneumopathies étant responsables de 90% des décès, ce qui a été confirmé en grande partie par les études en Afrique (35).

En Afrique tropicale la gravité de la maladie découle de facteurs épidémiologiques qui rendent très fréquentes et dramatiques les complications.

Le caractère endémique de la rougeole urbaine est entretenu par :

- le niveau socio-économique défavorable avec, comme corollaires, les mauvaises conditions d'habitat, la vie sociale et les brassages importants des populations.
- l'accroissement de la population et son renouvellement rapide en sujets neufs réceptifs.

b - Les accompagnants

La prise en charge de plus de moitié des enfants est assurée par la mère soit 37 parmi les 50 accompagnants. Dans le reste des cas, il s'agit d'une personne qui a suivi l'enfant depuis son jeune âge, notamment une personne à qui l'enfant a été confié comme il arrive souvent au

Sénégal. On note une forte représentation des grands-parents parmi les personnes qui prennent en charge l'enfant.

On constate que la prise en charge des enfants est exclusivement assurée par les femmes : 48 soit 96 % surtout entre 25 et 35 ans. Cela s'explique par le fait que, lorsque la maladie frappe l'enfant, la mère, essentielle au déroulement normal de la vie familiale, consacre désormais son temps et son énergie à son petit malade. Les pères s'efforcent de trouver de l'argent nécessaire à l'achat des médicaments et participent parfois, selon notre enquête, à l'amélioration de la santé de l'enfant durant la maladie.

Le bas niveau socio-économique des parents, se traduisant par la pauvreté et la promiscuité, joue un rôle important dans l'endémicité et la gravité de cette maladie.

Bâ a trouvé dans sa thèse que 38% de ses malades vivent dans des conditions sociales modestes où la promiscuité et le manque d'hygiène favorisent la gravité de la maladie (10; 37; 46). Cependant il est généralement admis (23; 38) qu'au niveau socio-économique plus faible correspond une morbidité plus élevée, comme l'ont souligné les études d'Armengaud (8) Rey (54), Frament (25), Ngom (46) à Dakar.

Dans notre étude, *36 enfants, soit 72% des cas de rougeoleux, ont des parents n'ayant aucune profession, donc aucune source de revenus*. Cela reflète la pauvreté qui sévit à Dakar et son impact sur la santé des enfants. Cette réalité a été mise en exergue par l'OMS (50) qui déclare que la pauvreté constitue « un obstacle majeur à l'accès aux soins appropriés. Elle crée un cercle vicieux où se côtoient : ignorance, faiblesse du revenu, travail excessif de la femme (activités ménagères et économiques) ».

Au cours d'une flambée de rougeole en Bulgarie, les auteurs (7) ont constaté que dans les populations urbaines déshéritées, les personnes économiquement défavorisées peuvent former de larges poches de réceptivité où le surpeuplement facilite la transmission de la maladie et où la non-utilisation ou la non-prestation des services de santé se traduisent par une couverture réduite. La protection des enfants de ce groupe revêt une importance majeure dans la lutte contre la rougeole.

Selon Okyere (48) : « les gens tombent malades parce qu'ils sont pauvres, ils deviennent encore plus pauvres parce qu'ils sont malades et leur état s'aggrave à mesure que leur pauvreté augmente ». Cela pourrait expliquer la grande disparité qui existe quant à l'accès aux soins de santé entre les femmes des pays en développement (49) et celles des pays nantis.

La majeure partie des cas de rougeole a été trouvée chez les enfants dont les parents n'avaient aucune instruction, soit 72% des parents.

Diop (18) montre que, dans la région de Dakar, seulement 1,3 % des femmes ont un niveau d'instruction supérieur, 34 % un niveau équivalent à l'école primaire et plus de la moitié des femmes n'a pas fréquenté l'école.

Cet analphabétisme serait à l'origine des grands problèmes posés par la rougeole dans la région de Dakar. Les barrières relatives à l'accès des femmes à l'éducation constituent une donnée primordiale devant être prise en compte par toute politique de santé.

Nous rejoignons Farho (22) qui disait dès 1982 que l'analphabétisme vient en première position des difficultés dans l'accessibilité des soins : « à mon sens l'analphabétisme fera toujours échouer les efforts d'amélioration de la santé et maintiendra les populations dans des conditions désespérantes ».

Les conclusions d'une enquête menée dans le cadre d'un projet de développement sanitaire au Bénin (52) corroborent ce point de vue. En effet, cette étude met en relief la corrélation qui existe entre le niveau d'instruction des femmes et la non-utilisation des soins de santé : ainsi plus le niveau d'instruction est bas, plus est faible la fréquentation des services de santé (11).

Les ménages polygames sont majoritaires, ce qui explique un très grand nombre d'enfants dans la famille, lequel est lui-même source plus importante de contamination de la maladie.

À Bandim, Aaby (4), trouve que le taux de létalité de la rougeole était plus bas dans les familles monogames que dans les familles polygames, et que la fréquence des cas secondaires y est plus faible.

Brass a montré dans ses études au Kenya et en Tanzanie (12) que la polygamie est le plus souvent associée à une plus forte mortalité infantile et juvénile.

Le niveau d'équipement des parents est très faible : 19 parmi les 50 n'avaient que de l'eau dans leur ménage. Seules 8 familles sont bien équipées.

Quant au nombre de chambres dans la famille, on a noté 24 familles qui vivaient dans une seule chambre avec un nombre d'enfants en charge variant de 1 à 4.

Cela reflète les conditions difficiles d'habitat des populations à Dakar, qui jouent ainsi un rôle considérable dans le maintien et la gravité de la rougeole.

Des études menées aussi bien à Copenhague qu'en Guinée-Bissau ont montré que la létalité de la rougeole est plus grande quand les logements sont étroits (1; 2; 17; 54; 64). Quand plusieurs enfants dorment ensemble, le risque d'exposition intense est évidemment beaucoup plus grand.

Mc Gregor en 1964 avait montré que l'un des taux de létalité les plus élevés était observé chez les Mandingues en Gambie où traditionnellement toutes les femmes et tous leurs enfants dorment ensemble (41).

Des études épidémiologiques anciennes ont souvent mis l'accent sur le fait que la rougeole était particulièrement grave dans les familles pauvres, mal logées, vivant dans de petits appartements surpeuplés ou dans la promiscuité d'asiles (13; 17; 30; 51).

Causes de la maladie

Plusieurs causes ont été évoquées. Dans notre série, 17 parents, soit 34%, incriminent l'association microbes et mauvais-esprits. Dix parents évoquent l'association mauvais-esprits et sort jeté. Seuls 12 parents soit 24% ont évoqué la cause microbienne. Parmi les autres causes la mouche a été incriminée, car elle véhiculerait la maladie en se posant sur les macules du petit malade, puis sur un enfant sain.

Ces différentes réponses sur les causes de la maladie sont liées aux croyances et aux valeurs africaines en rapport avec la vie, la maladie ou la mort de la personne.

Selon Fainzang (21), la cause première de la maladie, dont l'identification ressortit à l'étiologie variable, dépend du contexte particulier dans lequel elle apparaît, de l'individu qu'elle concerne, de l'histoire personnelle du malade et de celle de son entourage, du type de relations qu'il a pu nouer et des comportements qu'il a pu avoir dans l'ensemble du groupe social ou avec les puissances surnaturelles. L'étiologie variable a un caractère strictement conjoncturel.

Kerharo (34) perçoit la maladie comme un tout dans lequel on retrouve l'homme quels que soient sa race, son pays, sa culture, sa religion etc... et qui peut être victime de tous les maux compromettant son bien-être : « s'il est un domaine dans lequel les hommes de tous les temps et de toutes les races ont, dans tous les pays à l'origine de leur histoire, fait intervenir le sacré, le mystique, la religion, c'est bien celui de l'art médical né de l'inquiétude humaine en présence de la maladie et de la mort ».

Mavinga et coll (40), soulignent que la cause de la maladie est la malédiction par un mauvais sort ou un mauvais esprit : un sorcier, fréquemment un des membres anciens de la famille, exerce une certaine puissance magique sur d'autres membres et peut déclencher toutes espèces de malaises, de maladies.

La maladie est vécue comme un ensorcellement, ou même comme si certains organes intérieurs étaient "mangés" par le sorcier. Le regard suffit à transmettre la maladie, la distance ne compte pas ; les processus psychiques y jouent donc un rôle.

On constate ainsi une dualité des explications : d'une part les connaissances venant du milieu des agents de la santé et d'autre part les connaissances tirées de la culture et des traditions africaines.

Connaissance sur les signes de la maladie et des moyens de prévention

Généralement les parents reconnaissent les signes de la maladie. L'association : forte fièvre + rhume + conjonctivite a été retrouvée dans 24% des cas et l'association forte fièvre + boutons sur le corps chez 28% des parents.

Les principales sources d'information sur les signes de la maladie étaient le grand parent avec 36% et le personnel médical avec 28%. Il faut donc noter l'influence des grand-parents face à cette maladie, mais aussi celle des agents de santé.

On remarque ainsi que la connaissance empirique des mères dont les enfants ont une rougeole sévère est parfois très correcte et peut être comparée à la connaissance théorique médicale.

Le diagnostic d'une rougeole compliquée est posé dans 30% par l'apparition de convulsions et dans 20% par la persistance d'une forte fièvre.

Cependant l'interprétation des causes de gravité de maladie se fait autour de l'absence de vaccination, retard de consultation et des causes maléfiques (40% de réponses). On note néanmoins une nette prédominance des causes maléfiques dans les réponses.

En ce qui concerne la prévention de la maladie, 58% des parents reconnaissent la vaccination comme moyen de prévention.

D'autres évoquent le port de gris-gris : cette idée a été évoquée par Ndiaye (77) : la prévention de la rougeole consiste à attacher sur le corps de l'enfant, une amulette confectionnée à l'aide des graines rouges du fruit de jujubier. Il précise que l'amulette comportant la racine du végétal protège le porteur de toute agression. Le pouvoir du végétal serait de "créer des ténèbres profondes" autour du protégé. Pendant les épidémies, les enfants portent une amulette composée de la racine de *noonaan* et de rônier. Le *noonaan*, plante herbacée, est choisi pour ses vertus. Un proverbe sérère spécifie qu'un vautour ne se posera jamais sur l'arbre. Le sorcier pouvant être assimilé à un vautour, le végétal assure une protection anti-sorcellaire.

Connaissance des maladies du PEV et du calendrier vaccinal

Dans notre étude, 60% des parents interrogés connaissent l'existence d'au moins une des maladies du PEV. Cependant l'identification de ces principales maladies pose un réel problème. Aucun des parents ne connaît la totalité des maladies du PEV. Cela traduit simplement le manque d'information et le taux élevé d'analphabétisme retrouvé chez ces parents.

Le calendrier vaccinal est aussi très mal connu. Seuls 8 parmi les parents instruits soit 16% sont informés de l'âge exact de la vaccination contre la rougeole et 18 parents soit 36% ne se souviennent pas de l'âge de la vaccination au BCG. Cela est confirmé par l'EDS II (44) qui montre que l'instruction de la mère est en étroite corrélation avec la couverture vaccinale : 89% des enfants des mères ayant une instruction secondaire ou plus ont reçu tous les vaccins contre 65% pour ceux des mères ayant une instruction primaire et 44% pour ceux des mères n'ayant aucune instruction.

Attitudes à prendre devant un malade rougeoleux

32 accompagnants, soit 64%, ont évoqué des attitudes à éviter au cours de la rougeole. Ainsi dix parents, soit 20%, évitent de laver avec de l'eau et d'envelopper leur enfant avec un linge humide. 28% ne donnent ni à boire ni à manger, et 25% privent leur enfants de viande durant la maladie. Cette privation de viande s'accompagne pour certains de celle du lait, des poissons et des œufs.

En 1986 Fassin (24) dans son étude sur les pratiques rurales et urbaines de la rougeole chez les femmes Haapulareen du Sénégal montre que les femmes administrent du pain de singe dans 68% des cas ; du *gawdi* (feuilles de gommier rouge) dans 46% de cas; du miel (application cutanée et ophtalmique) dans 40% de cas et du vinaigre (frictions du corps) dans 22% de cas. Dans cette même étude 42% des femmes respectent les interdits alimentaires; 80% des femmes proscrivent les bains et 82% maintiennent l'enfant au chaud durant toute la maladie.

Malheureusement ces attitudes néfastes retentissent sur l'état nutritionnel de l'enfant qui était déjà précaire. Ces comportements entraînent un déséquilibre nutritionnel au moment où l'organisme en a le plus besoin, provoquent un entretien de la fièvre et la survenue de surinfections.

Cependant, il faut noter que la maladie très meurtrière avait engendré toute une série d'interdits qui étaient considérés dans la coutume comme des facteurs de risque de la maladie. Aussi, il existait un schéma curatif qui consistait à faire prendre aux malades un quart de litre d'une décoction de feuilles et de racines trois fois par jour. La même solution est utilisée pour les bains de l'enfant mais seulement quelques jours après la desquamation (32; 33) pendant le traitement, il y a quelques règles à respecter scrupuleusement :

- l'enfant ne doit manger ni viande, ni poisson, ni préparation à base d'huile jusqu'à la guérison totale ;
- il doit être couvert à longueur de journée.

Seck (60) décrit dans sa thèse le traitement traditionnel qui consiste à enduire tout le corps du malade d'une macération de "*bouy*" (fruit de baobab, encore appelé "pain de singe"). On pratique également des instillations oculaires de cette même macération, plusieurs fois par jour. Cependant 18 parents ont évoqué des attitudes modernes qui permettent une guérison de la maladie : laver l'enfant, l'envelopper dans un linge humide, donner à manger et à boire, donner de la viande.

Pour l'ensemble de ces attitudes à éviter ou à prescrire, les principales sources d'informations ont été :

- les grands-parents qui maintiennent leurs pratiques anciennes et qui gardent un réel pouvoir dans la famille, sur les décisions de certains ordres ;
- le personnel de santé au cours des programmes d'information et d'éducation pour la santé.

Raisons de vaccination ou de non-vaccination

Parmi les 10 malades vaccinés, les raisons ayant motivé l'acte de vaccination étaient variées. Les femmes étaient motivées, soit par les campagnes de vaccinations, soit par la perception des allocations familiales ou par les médias. Cependant l'étude a souligné une faible motivation pour la vaccination des enfants au niveau de la région de Dakar.

Plusieurs raisons de non-vaccination ont été évoquées par les parents : facteurs individuels liés le plus souvent à des problèmes économiques ; inaccessibilité des structures de soins : plus le poste de santé est éloigné moins les parents sont motivés pour la vaccination.

Des auteurs ont montré (45) dans une étude de cas en zone rurale au Sénégal que l'évolution de l'effort vaccinal s'avère différent selon la situation géographique des villages : depuis la campagne nationale d'accélération de 1987, l'effort s'est maintenu dans les villages les plus proches du poste de santé. Par contre, il s'est rapidement dégradé dans les villages éloignés.

Le fait que 10 parents incriminent une qualité non satisfaisante des services confirme la mauvaise qualité de l'accueil dans les centres de soins de la région de Dakar. Cette situation diminue considérablement la couverture vaccinale des enfants.

D'autres ont évoqué l'inefficacité de la vaccination. Ces derniers correspondent aux parents qui pensent que jusqu'à nos jours, la rougeole reste un malade inéluctable.

Itinéraires thérapeutiques

Selon l'étude, environ 60% des parents ont eu comme premier recours les structures sanitaires et 40% les tradipraticiens. On note donc bien la forte fréquentation des tradipraticiens.

Dans les villes et campagnes, les populations intellectuelles et paysannes, les instruits et les analphabètes conservent des croyances et des représentations reçues des ancêtres. Et chacun, pour des raisons plus ou moins avouées, recourt aux tradipraticiens qui sont les détenteurs de ce savoir. Ainsi, malgré les performances de la médecine moderne, la médecine traditionnelle occupe une place importante dans la vie des populations.

Engelhard note en 1988 que « Les pratiques médicales traditionnelles côtoient toujours la médecine moderne sans que les gouvernements dégagent des idées très claires sur les limites de leur coexistence ou de leurs interférences possibles » (19).

Il est aussi à considérer que dans 34% des cas, c'est le grand-parent qui décide du recours thérapeutique.

Dans les pays du Sud, les malades jouissent très peu du droit de décision sur le choix du lieu de leurs soins et surtout de leur traitement, à cause des influences sociales en famille et l'avis des anciens est difficilement contournable, réfutable de peur de se désolidariser ou de se voir rejeté par la famille ou par la société.

Très peu sont ceux qui échappent à ces contraintes socioculturelles, quel que soit leur niveau de vie et d'instruction.

34 % des parents ont reçu des informations sur les recours thérapeutiques par les grands-parents et 22 % par le personnel de santé. Parmi les 38 malades non vaccinés, 11 ne l'ont pas été à cause de facteurs individuels liés à la négligence des parents, à la perte du carnet de vaccination, au manque d'argent ou de temps matériel et à l'ignorance de l'âge de vaccination. 10 ne l'ont pas été du fait de l'inaccessibilité des structures de soins et 10 du fait de la qualité non satisfaisante des services.

V. Commentaires

- Les malades viennent de Dakar (62%) et Pikine (34%), ont reçu un ou plusieurs vaccins ; 20% seulement seraient vaccinés contre la rougeole.
- Ils sont en majorité pris en charge par des femmes sans aucune source de revenus (72%), dont le niveau d'instruction est bas.
- Certains interdits ont été identifiés : éviter de laver l'enfant, de le couvrir avec un linge chaud, ne pas donner à boire ni à manger, proscrire la viande, les oeufs, le poisson et le lait.
- Le premier recours thérapeutique a été soit le tradipraticien (40% des cas), soit le dispensaire (44%).
- Seulement 24% des accompagnants connaissent l'étiologie microbienne de la rougeole.

Il s'avère donc que la rougeole reste un problème de santé publique grave en milieu urbain comme en milieu rural. Deux raisons importantes sont à souligner :

- les conditions économiques — l'habitat en particulier — sont précaires et la moitié des familles vivent dans une seule chambre.
- l'impact des campagnes en faveur du PEV et pour l'éducation reste limité même en ville.

VI. Conclusion

Au delà de ses aspects cliniques, diagnostiques et thérapeutiques, la rougeole est fortement liée à des comportements sociaux et à certaines croyances qui méritent plus d'attention.

Des études sociologiques et anthropologiques ont accordé une place de choix à cette maladie, où elles mettent en évidence les facteurs sociaux et les représentations en rapport avec cette dernière.

Une meilleure prévention et prise en charge des cas de rougeole devrait passer par :

- un relèvement des conditions socio-économiques en luttant particulièrement contre l'ignorance, la pauvreté ;
- une consolidation des PEV en renforçant leur impact par une meilleure information ;
- une bonne éducation des mères par des messages plus adaptés et accessibles ;
- une meilleure accessibilité aux instruments de soins.

Des efforts considérables devraient être consentis pour la prise en charge des cas de rougeole et la prévention. Cependant l'un des principes de l'éducation pour la santé est de s'informer avant d'agir, c'est-à-dire de savoir ce que croient et font des gens avant de leur imposer de nouvelles conceptions et de nouvelles pratiques. C'est à ce prix qu'on peut aider à diminuer la gravité liée à la rougeole.

Bibliographie

- 1 - Aaby P — Malnutrition and overcrowding-exposure in severe measles infection. A review of community studies — *Rev Infect Dis*, 1988; 10 (2) : 478-491.
- 2 - Aaby P — Patterns of exposure and severity of measles infection. Copenhagen 1915-1925 — *Ann Epidemiol*, 1992; 2 : 257-262.
- 3 - Aaby P, Bukh J, Leerhoy J, Lisse IM, Mordhorst CH, Pederson IR — Vaccinated children get milder measles infection: a community study from Guinea-Bissau — *J Infect Dis*, 1986; 145 : 858-63.
- 4 - Aaby P, Bukh J, Lisse IM, Smits AJ — Over-crowding and intensive exposure as determinants of measles mortality — *Am J Epidemiol*, 1984; 120 : 49-63.
- 5 - Aaby P, Bukh J, Lisse IM. et coll — Introduction of measles into a highly immunized West African Community: the role of health care institutions — *J of Epidemiology and Community Health*, jun. 1985; 39 : 113- 116.
- 6 - Aaby P, Clements J — Measles immunization research : a review — *Bull WHO*, 1989; 67 : 443-48.
- 7 - Anonyme PEV — Flambée de rougeole dans un pays industrialisé : l'exemple de la Bulgarie — *Relevé épidémiologique hebdomadaire* mars 1992; 12 : 20.
- 8 - Armengaud M, Louvain M, Frament V, Diop M — La mort dans la rougeole en pays tropical — *Bull Soc Med Afr N Lgue Fr* 1962, 7(2) : 197-220.
- 9 - Bâ O — *Complications de la rougeole au service des maladies infectieuses du CHU de Fann au cours de l'épidémie de 1991 à Dakar* — Thèse Med. Dakar, 1993; n° 6.
- 10 - Bhuiya A, Wojtyniako B, D'Souza S, Nahar L, Shaikh. Measles case fatality among the under-fives. A multivariate analysis of risk factors in a rural area of Bangladesh. *Soc Sci Med*, 1987; 24 (5) : 439-43.
- 11 - Bo C — L'expérience de Pahou — *Vie et Santé* 1989; 1: 16-17
- 12 - Brass W — Differentials in child mortality by marriage experience of the mothers in six african communities. In : *International population conference, Wien*. Vienne Selbstverlag 1959; 384-395.
- 13 - Brincker JAH — An historical, epidemiological and aetiological study of measles (Morbilli, rubeola) — *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, 1938; 31 : 807-827.
- 14 - Cachia F — *La vaccination antirougeoleuse. À quel âge ? Et pourquoi ?* — Thèse Méd, Faculté Xavier Bichat, 1984; n° 20.
- 15 - Cantrelle P — Mortalité et morbidité par rougeole dans les pays francophones de l'Ouest Africain — *Arch für gesamte Virus Forschung*, 1965; 16 : 35-45.
- 16 - Chen ST, Lam SK — Optimum age for measles immunisation in Malaysia — *The South. Arian Journal of Tropical Medecine and Public Health*, 16, 3 sept. 1985; 493-499.
- 17 - Debré R, Joannon P — *La rougeole : épidémiologie, immunologie, prophylaxie* — Paris, Masson 1926.
- 18 - Diop MC — *La lutte contre la pauvreté à Dakar. Vers la définition d'une politique municipale*. Dakar, Bureau Régional pour l'Afrique 1995.
- 19 - Engelhard P. et coll — *Vivre et mourir en Afrique* — Dakar, Sénégal, Enda-Tiers-Monde, 1988, n°125 : 153-175.
- 20 - Expanded Programme on Immunization — Safety of high titer measles vaccines — *WHO Weekly Epidemiol Rec* 1992, 67 : 357-61.
- 21 - Fainzang S — *L'intérieur des choses. Maladie, divination et reproduction sociale chez les Bisa du Burkina* — Paris, L'Harmattan 1986; 204 p.
- 22 - Farho A — Discussion — *Forum mondial de la santé* 1982; 3 : 301- 302.
- 23 - Farizo KM, Stehr-Green PA, Simpson DM, Merkwowitz LE — Pediatric Emergency room visits : a risk factor for acquiring measles. *Pediatrics* 1991; 87 (1) : 74-79.
- 24 - Fassin D — "La bonne mère". Pratiques rurales et urbaines de la rougeole chez les femmes Haalpulaaren du Sénégal — *Soc Sci Med* 1986; 23 : 1121-1129.
- 25 - Frament V — *Contribution à l'étude de la rougeole en pays tropical à propos de 725 observations en milieu hospitalier à Dakar* — Thèse Med. Dakar 1962; n° 3.
- 26 - Gallais H, Xeridat B — Le point de la rougeole en Afrique Noire — *Population et Santé Tropicale*, avril 1984; n° 8.
- 27 - Garenne M, Aaby P — Patterns of exposure and measles mortality in Senegal — *J Inf Dis* 1990; 161 : 1088-1094.

- 28 - Garenne M, Leroy O, Beau JP *et al* — *Efficacy, Safety and Immunogenicity of high titer measles vaccines. A study in Niakhar, Senegal. Final Report* — Dakar, Orstom 1991.
- 29 - Gateff C — La rougeole dans le monde — *Méd Trop*, 45, janv.-mars 1985; 19-25.
- 30 - Halliday IL — An inquiry into the relationship between housing condition and the incidence and fatality of measles — *London Medical Research Council* 1928 (Report Series n° 120).
- 31 - Hendericks RG, Sherman P — Morbidity and mortality from measles in children seen at University College Hospital, Ibadan — *Arch für gesamte Virus Forschung* 1965; 16 (1) : 5, 27-34.
- 32 - Kalis S — *Manière de dire, manière de faire dans la médecine traditionnelle des Seereer siin du Sénégal* — Thèse de Doctorat en ethnologie, Strasbourg 1992.
- 33 - Kalis S — *La rougeole et la coqueluche. Entretiens avec les guérisseurs de l'arrondissement de Niakhar* — Dakar, Document de travail ORSTOM 1989; 6 p multigr.
- 34 - Kerharo J — *La pharmacopée sénégalaise traditionnelle. Plantes médicinales et toxiques* — Paris, Vigot 1974.
- 35 - Koudjina A — *Le poumon dans la rougeole en Afrique tropicale à propos de 1 731 cas hospitalisés à Dakar* — Thèse Méd, Dakar 1965; n° 1.
- 36 - Loening W, Coovadia HM — Age-specific occurrence rates of measles in urban, péri-urban and rural environments : implication for time of vaccination — *Lancet* 1983; 2 : 324-326.
- 37 - Lucien MM — *Staphylococcies pleuropulmonaires et rougeole en milieu Africain* — Thèse Med, Tours 1973; n°3.
- 38 - Manson PEC, Ba HR, Bell DR — Measles : 165-168. Manson's Tropical Diseases 9° ed 1960 — *English Language Book Society Baillière Tindae* (1557).
- 39 - Markowitz LE, Sepulveda J — Immunization of six-month-old infants with different doses of Edmonston-Zagreb and Schwarz measles vaccines — *New England Journal of Medicine* 1990, 322, 9 : 580-587.
- 40 - Mavinga N *et coll* — *Santé et tradition* — 1973, 17 : 56.
- 41 - McGregor IA — Measles and child mortality in the Gambia — *West African Medical Journal* 1964, vol.14 : 251-257.
- 42 - Ministry of Health of Kenya and World Health Organisation — Measles immunity in the first year after birth and the optimum age of vaccination in Kenyan children — *Bull WHO* 1977; 55 : 21-30.
- 43 - Ndiaye AR — *La notion de la parole chez les Sereer (Sénégal)* — Thèse de 3° cycle, Université de la Sorbonne Nouvelle, Paris III, Institut National de langues et civilisations orientales 1981; 537 p.
- 44 - Ndiaye S, Diouf PD, Ayad M — *Enquête Démographique et de Santé au Sénégal 1992/93* — Calverton, Maryland USA. Ministère de l'Economie, des Finances et du Plan. Direction de la prévision et de la statistique. Division des statistiques Démographiques, Dakar 1994.
- 45 - Ndiaye S, Sarr I, Ayad M — *Enquête Démographique et de Santé au Sénégal 1986* — Columbia, Maryland. Ministère de l'Economie, des Finances et du Plan, Sénégal et Institute for Resource Development/Westinghouse 1988.
- 46 - Ngom A — *Épidémiologie de la rougeole en milieu hospitalier dakarois à l'ombre du programme élargi de vaccination* — Thèse Med, Dakar 1987; n° 43.
- 47 - Njayou M, Aymard M, Ouash G — Epidemiology of measles in the Cameroons between 1984 and 1986 — *J Virol Methods* 1991; 33 (1-2) : 53-60.
- 48 - Okyere WK — L'importance des facteurs socio-économiques dans la lutte antipaludique — *Forum Médical de la santé* 1994; 153 : 283-284.
- 49 - OMS — Prévention de la mortalité maternelle — *Forum mondial de la santé* 1986; 1 : 54.
- 50 - OMS — Mortalité maternelle, l'inégalité en chiffres — *Famille et Développement* 1987; 53 : 6-15
- 51 - Picken RMF — The epidemiology of measles in a rural and residential area — *Lancet* 1921; 1 : 1349-1353.
- 52 - Relevé épidémiologique hebdomadaire. 1986; 46 : 356-357.
- 53 - Rey M, Cantrelle P, Lafaix C, Diop MI, Sow A, Agboton Y — Enseignement d'une campagne expérimentale de vaccination contre la rougeole en milieu urbain — *Bull Soc Méd Afr Nre Langue Fr* 1968; 13 (2) : 291-310.
- 54 - Rey M., Diop MI — La rougeole en Afrique Tropicale — *Gaz Med. Fr.* 1967; 74 : 1609-24.

- 55 - Samb B, Aaby P, Whittle H, Anderson M, Coll/Seck AM, Bennett J, Markowitz L Simondon F — Case fatality decline and epidemiological changes of measles (after the introduction of measles vaccination in rural Senegal). Case fatality decline, april 1993-30.
- 56 - Samb B — *Impact épidémiologique et démographique de la rougeole et de la vaccination contre la rougeole dans une zone rurale du Sénégal (Niakhar)* — Thèse de Doctorat, Paris 1994.
- 57 - Sarr M — *Épidémiologie de la rougeole à Dakar. (À propos de 144 cas hospitalisés dans le service des maladies infectieuses de Fann en 1991)* — Thèse Méd, Dakar 1993; n°38.
- 58 - Satgé P, Debroise A, Coly F, Reybaud N — Étude d'une épidémie de rougeole en milieu rural sénégalais — *IVe Journées Médicales de Dakar*, 4-9 janvier 1965.
- 59 - Schoeman C, Van Nierkerk CH — Measles vaccination. When to administer (letter to the Editor) — *South African Medical Journal*; 65, 7, febr 1984 : 232.
- 60 - Seck MD — *Le service de lutte contre les grandes endémies du Sénégal* — Dakar, Université de Dakar Fac. mixte Méd. et Pharm — Thèse Méd 1968; n°7.
- 61 - Whittle H, Campbell H, Rahman S, Armstrong JRM — Antibody persistence in Gambian children after high-dose Edmonston-Zagreb measles vaccine — *Lancet* 1990, 336 : 1046-1048.
- 62 - Whittle H, Hanlon P, O'Neill K, Hanlon L, Marsh V, Jupp E, Aaby P — Trial of high-dose Edmonston-Zagreb measles vaccine in the Gambia : antibody response and side-effects — *Lancet* 1988; 2 : 811-814.
- 63 - WHO PEV — Rougeole nosocomiale — *Relevé épidémiologique hebdomadaire* 1986; 44 : 338-340.
- 64 - Wilson JC — Measles, its prevalence and mortality in Aberdeen — *Public Health* 1905, 18 : 65-82.

Tableaux

Répartition des cas de rougeole selon l'âge

Classe d'âge	Fréquence absolue	Fréquence relative
8-12 mois	7	14 %
13-24 mois	13	26 %
25-36 mois	5	10 %
37-48 mois	5	10 %
49- 60 mois	6	12 %
5-10 ans	10	20 %
>10 ans	4	8 %
Total	50	100 %

Répartition selon la forme clinique

Forme clinique	Fréquence absolue	Fréquence relative
Simple	17	34 %
Grave	33	66 %
Total	50	100 %

Répartition des cas selon la profession du parent

Profession	Fréquence absolue	Fréquence relative
Sans profession	36	72 %
Enseignant	1	02 %
Commerçant	7	14 %
Paysan	1	2 %
Employé	5	10 %
Total	50	100 %

Les cas de rougeole ont été essentiellement retrouvés dans les couches les plus deshéritées de la population avec 36 parents soit 72 % n'ayant pas de profession.

Répartition des cas selon le niveau d'instruction du parent

Instruction du parent	Fréquence absolue	Fréquence relative
Primaire	3	6 %
Secondaire	5	10 %
Université	1	2 %
Ecole coranique	24	48 %
Aucun	17	34 %
Total	50	100 %

La majeure partie des cas de rougeole a été trouvé chez les enfants dont les parents n'avaient aucune instruction c'est-à-dire 17 parents soit 34 % ou chez les parents qui n'ont été qu'à l'école coranique à l'âge très jeune, soit 24 parents parmi les 50.

Répartition des cas selon le statut matrimonial du parent

Statut matrimonial	Fréquence absolue	Fréquence relative
Célibataire	2	4 %
Monogame	18	36 %
Polygame	29	58 %
Divorcé	1	2 %
Total	50	100 %

Nous avons noté une prédominance de ménages polygames chez les parents de nos malades avec 29 cas soit 58 %.

Répartition des cas selon le type d'habitat

Habitat	Fréquence absolue	Fréquence relative
Dur	37	74 %
Baraque	13	26 %
Total	50	100 %

37 parents soit 74 % vivent dans des constructions en dur et 13 dans des baraques. 19 soit 38 % n'ont que de l'eau dans la concession, et 7 ménages soit 14% n'ont aucun équipement.

Connaissance de la cause de la maladie

Causes	Fréquence absolue	Fréquence relative
Microbes	12	24 %
Microbes + Mauvais esprits	17	34 %
Mauvais esprits + sort jeté	10	20 %
Volonté divine	8	16 %
Autres	3	6 %
Total	50	100 %

17 parents de nos malades, soit 34%, ont retenu comme causes de la maladie l'association microbes et mauvais esprits. Seuls 24 % sont informés de la cause exacte la maladie c'est-à-dire la cause microbienne. Pour 6 % des parents la rougeole est une maladie inéluctable du jeune enfant qui est déclenchée par la poussière ou le changement de climat.

Signes de gravité de la maladie

Signes de gravité	Fréquence absolue	Fréquence relative
Laryngite	5	10 %
Convulsions	15	30 %
Diarrhée	6	12 %
Fièvre persistante	10	20 %
Bronchite	5	10 %
Gingivite persistante	4	8 %
Dénutrition	2	4 %
Autres	3	6 %
Total	50	100 %

Pour 15 parents soit 30 %, une rougeole grave se manifeste par l'apparition de convulsions et pour 10 parents soit 20 %, la gravité est liée par la persistance la fièvre.

Sources d'information sur les signes de la maladie

Sources d'information	Fréquence absolue	Fréquence relative
Personnel de santé	14	28 %
Causerie	7	14 %
Lecture	2	4 %
Média	5	10 %
Grand-Parents	18	36 %
Voisine	2	4 %
Autres	2	4 %
Total	50	100 %

18 parents soit 36 % ont eu comme sources d'informations les grand-parents et 14 parents soit 28 % ont été informés par le personnel de santé sur les signes de la rougeole.

Interprétations des causes de gravité de la maladie

Causes de gravité	Fréquence absolue	Fréquence relative
Enfant non-vacciné	10	20 %
Retard de consultation	12	24 %
Tabous	3	6 %
Cause maléfiques	20	40 %
Terrain sevrage-dénutrition	3	6 %
Ne sait pas	2	4 %
Total	50	100 %

10 parmi les 50 incriminent l'absence de vaccination comme cause de gravité. Pour 20 parents soit 40 %, les causes maléfiques aggravent la maladie.

Informations sur la prévention de la rougeole

Prévention rougeole	Fréquence absolue	Fréquence relative
Oui	36	72 %
Non	13	26 %
Ne sait pas	1	2 %
Total	50	100 %

36 parents soit 72 % sont informés sur les moyens de prévention de la rougeole.

Connaissance des moyens de prévention

Moyens de prévention	Fréquence absolue	Fréquence relative
Vaccination	29	58 %
Ne sait pas	13	26 %
Autres	8	16 %
Total	50	100 %

Pour 29 parents soit 58 %, la prévention de la rougeole se fait par la vaccination. 26 % des parents ne connaissent pas les moyens de prévention, 16 % des parents évoquent comme moyens : les mesures d'hygiène et le port de gris-gris.

Raisons de non-vaccination

Raison de non-vaccination	Fréquence absolue	Fréquence relative
Facteurs individuels liés aux parents et à l'enfant	11	29 %
Inaccessibilité des structures de soins	10	26,3 %
Inefficacité de la vaccination	7	18,4 %
Qualité des services non satisfaisants	10	26,3 %
Total	38	100 %

Premier recours thérapeutique

Itinéraire thérapeutique	Fréquence absolue	Fréquence relative
Tradipraticien	20	40 %
Dispensaire	22	44 %
Hôpital	8	16 %
Total	50	100 %

Sources d'information sur les recours thérapeutiques

Sources d'information	Fréquence absolue	Fréquence relative
École	4	8 %
Grand-parents	17	34 %
Voisine	7	14 %
Média	10	20 %
Personnel santé	11	22 %
Autres	1	2 %
Total	50	100 %

34 % des parents ont reçu des informations sur les recours thérapeutiques par les grands-parents et 22 % par le personnel de santé. Parmi les 38 malades non vaccinés, 11 ne l'ont pas été à cause de facteurs individuels liés à la négligence des parents, à la perte du carnet de vaccination, au manque d'argent ou de temps matériel et à l'ignorance de l'âge de vaccination. 10 ne l'ont pas été du fait de l'inaccessibilité des structures de soins et 10 du fait de la qualité non satisfaisante des services.