

# L'épilepsie en milieu rural burundais : connaissances, attitudes et pratiques

Georges Nsengiyumva<sup>1,2,3,4</sup>, Philippe Nubukpo<sup>1</sup>, Martin Bayisingize<sup>2</sup>, Léopold Nzisabira<sup>2</sup>, Pierre-Marie Preux<sup>1</sup>, Michel Druet-Cabanac<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Institut d'Épidémiologie neurologique et de Neurologie tropicale, EA3174 Faculté de Médecine 2, rue du Docteur Marcland, 87025 Limoges Cedex, Limoges, France  
<preux@unilim.fr>

<sup>2</sup> Département de Neurologie, Faculté de Médecine de Bujumbura, Burundi

<sup>3</sup> Ministère de la Santé publique, Bujumbura, Burundi

<sup>4</sup> Institut national de Santé publique, Bujumbura, Burundi

**Résumé.** Des études réalisées ces dernières années ont montré que l'épilepsie est un problème de santé publique au Burundi. Les autorités sanitaires envisagent la mise en place d'un programme de prise en charge globale de la maladie. Une étude du vécu, des croyances ainsi que des représentations de l'épilepsie (étude Connaissances, attitudes et pratiques) constituait un préalable indispensable. Cette étude a été conduite au nord du Burundi en 2001, dans la commune de Kiremba. Des malades épileptiques et non épileptiques recrutés dans les différents villages constituant la commune ont été interviewés à l'aide d'un questionnaire. Sept cent quatre-vingt personnes ont été interrogées dont 352 patients atteints d'épilepsie et 428 non épileptiques. L'âge moyen de l'échantillon était de  $27,8 \pm 15,6$  ans. Dix-sept dénominations de l'épilepsie ont été recensées. D'une part, l'épilepsie était nommée à partir des caractéristiques étiologiques populaires qui la déterminent, dans une interprétation de type irrationnel. D'autre part, l'épilepsie était nommée à partir des symptômes. La croyance en la contagiosité, l'incurabilité, l'origine surnaturelle de la maladie, la discrimination socioprofessionnelle et la stigmatisation restent des notions omniprésentes.

**Mots clés :** épilepsie, Burundi, Kiremba, vécu

**Abstract.** Epilepsy in rural burundi : knowledge, attitudes and practice

Recently performed studies have shown that epilepsy is a health problem in Burundi. Health authorities are planning a comprehensive care programme for epilepsy. A study of patients' experience, beliefs and representations of epilepsy (the Knowledge-Attitudes-Practice study) constitutes a required preliminary. This study was conducted in the northern part of Burundi in 2001, in the Kiremba community. People with epilepsy and controls were recruited in the various villages of the community and were interviewed using a standard questionnaire. 780 persons were interviewed, including 352 with epilepsy, and 428 without epilepsy. The mean age of the sample was  $27.8 \pm 15.6$  years. 17 different denominations for epilepsy were listed. On one side, epilepsy was named from its popular etiological characteristics, with an overall mysterious interpretation. On the other side, epilepsy was named on the basis of its symptoms. Belief in contagiosity, incurability, supernatural origin, social and professional discriminations and stigma remain omnipresent.

**Key words:** epilepsy, Burundi, Kiremba, patients' experience

Correspondance :  
P.-M. Preux

On estime à plus de 50 millions, le nombre de personnes touchées par la maladie dans le monde, dont plus de 80 % dans les pays en développement. Entre 80 % et 90 % des personnes atteintes ne reçoivent pas de traitement approprié. De ce fait, elles restent marginalisées et ont une qualité de vie inférieure à celle des autres malades chroniques (Adamolekun *et al.*, 2000 ; Scott *et al.*, 2001 ; Coleman *et al.*, 2002). En Afrique, trois à quatre millions de personnes sont atteintes d'épilepsie et plus de 80 % d'entre elles ne sont pas soignées ou le sont mal (Preux & Druet-Cabanac, 2005).

Au Burundi, des travaux effectués ces dernières années ont trouvé des prévalences de l'épilepsie dépassant 13 ‰ dans certaines régions (Nzisabira *et al.*, 1992 ; Newell *et al.*, 1997a ; Newell *et al.*, 1997b). Les autorités sanitaires sensibles aux problèmes causés par cette maladie envisagent la mise en place d'un programme de prise en charge globale de la maladie. L'étude du vécu, des croyances ainsi que des représentations de l'épilepsie constituent des préalables indispensables à toute action de santé publique. Cette connaissance est nécessaire à la définition des modes de soins, à la prévention de certaines conduites dangereuses, ainsi qu'à la réinsertion sociale.

Une étude a été conduite au nord du Burundi, dans la commune de Kiremba, avec pour objectif de décrire les croyances et le vécu de l'épilepsie.

## Méthodologie

### Lieu de l'enquête

L'étude a été menée en 2001 dans la commune de Kiremba, appartenant à la province de Ngozi. Cette zone s'étale sur une surface de 245 km<sup>2</sup> et compte 70 000 habitants (soit 1,1 % de la population nationale). C'est l'une des communes les plus pauvres, la population y est majoritairement jeune avec une prédominance féminine (52,1 %). L'agriculture de subsistance et le petit élevage forment l'essentiel des ressources économiques. Les structures sanitaires sont constituées par 5 centres de santé et un hôpital.

### Recrutement des sujets

Le recrutement des sujets a été réalisé au décours d'une enquête cas témoins réalisée en 2001 pour étudier les facteurs de risque de l'épilepsie dans cette zone (Nsengiyumva *et al.*, 2003). Au cours de cette enquête, des sujets épileptiques et non épileptiques ont été interviewés à l'aide de questionnaires après un consentement éclairé. Les non-épileptiques ont été recrutés dans les différents villages. L'étude a été réalisée sous les auspices du ministère de la Santé publique du Burundi.

### Type d'étude

C'est une étude descriptive avec un recueil d'informations au moment de l'enquête.

### Le recueil des données

Un questionnaire a été élaboré, traduit en langue locale et testé avant le début de l'enquête. La langue était le kirundi,

parlée dans tout le pays avec des variations régionales très limitées. Elle appartient au groupe des langues bantu. Les questions ont porté sur les dénominations de la maladie, sur la perception et les croyances populaires au sujet de l'épilepsie, sur les modalités de contracter la maladie, sur l'insertion socioprofessionnelle et la prise du traitement. Une même personne a interrogé les épileptiques et les non-épileptiques.

### Analyse des données

Les données ont été saisies et analysées à l'Institut d'Épidémiologie neurologique et de Neurologie tropicale de Limoges, à l'aide du logiciel Epi-Info 6.04 (Centers for Disease Control and prevention : CDC, Atlanta, USA et Organisation Mondiale de la Santé : OMS, Genève, Suisse, Version française : ENSP EpiConcept – InVS, 2000). Les comparaisons des fréquences ont été faites à l'aide du test du chi-2 de Pearson, ou du chi-2 de Yates selon les effectifs théoriques avec un seuil de significativité à 0,05.

## Résultats

Sept cent quatre-vingt personnes ont été interrogées dont 352 patients atteints d'épilepsie et 428 non épileptiques. Les épileptiques étaient en moyenne plus jeunes que les non-épileptiques (25,5 ± 15,6 ans *versus* 29,7 ± 15,7 ans ;  $p < 0,04$ ). Près de 57 % des sujets étaient de sexe masculin et 48,8 % étaient mariés. Leurs activités concernaient surtout l'agriculture ou l'élevage (76,2 %), alors que 12,6 % fréquentaient l'école, 1,8 % étaient des artisans ou des fonctionnaires et 9,4 % étaient inactifs.

Dix-sept dénominations de l'épilepsie ont été recensées et se répartissaient en trois catégories résumées dans le *tableau 1*.

D'une part l'épilepsie était nommée à partir des caractéristiques étiologiques populaires qui la déterminent, dans une interprétation de type irrationnel. Il s'agissait soit d'une maladie des diables (*ibidayimoni*, *ibishetati*) ou de la brousse (*igisigo*, *ivyisi*, *ibidayimoni*), dans ce dernier cas, il s'agissait de démons, d'esprits errants dans la nature provenant du brouillard matinal, les personnes à risque étant celles qui voyageaient très tôt le matin avant le lever du jour. Enfin, il pouvait s'agir d'une maladie due aux esprits des ancêtres (*imizimu*).

D'autre part, l'épilepsie était nommée à partir des symptômes : *intandara*, mot qui vient du verbe « *gutandagura* », c'est-à-dire déchiqeter, mettre en pièce, le terme renvoyant aux différentes lésions cutanées ou aux morsures de la langue consécutives aux crises tonico-cloniques accompagnant une crise d'épilepsie. *Igifikunyi*, du verbe « *gufukunya* », faisait référence à la phase stertoreuse du grand mal. *Ibisazi*, qui signifie « la folie » était également utilisé.

D'autres dénominations faisaient référence aux circonstances de survenue : *ivyubirizi*, terme qui vient de « *kwubira* », c'est-à-dire surprendre, arriver à l'improviste ; *igisahuzi*, du verbe « *gusahura* », voler, prendre de force ; *akamashu* qui signifie littéralement « piège à rat », et faisait référence également au

**Tableau 1.** Dénominations de l'épilepsie dans la zone de Kiremba, Burundi

Dénomination selon les symptômes	Dénomination selon le caractère de survenue	Dénomination selon la genèse de la maladie	Dénomination selon l'organe en cause
<p><b>Intandara</b> : déchiqueter, mettre en pièce</p> <p><b>Igifúkunyi</b> : fait référence à la phase stertoreuse du « grand mal »</p> <p><b>Ibisazi</b> : la folie</p> <p><b>Ibidudaguzi</b> : des choses qui donnent des coups de façon itérative</p> <p><b>Ibihondanyi</b> : des choses qui donnent des coups de façon itérative</p> <p><b>Ibihwamitsi</b> : des choses qui mettent la conscience en veilleuse</p> <p><b>Ryama</b> : couche-toi, allonge-toi</p>	<p><b>Ivyubirizi</b> : qui surprend, qui arrive à l'improviste</p> <p><b>Igisahuzi</b> : le voleur, qui arrache de force</p> <p><b>Akamashu</b> : piège à rat</p> <p><b>Igikange</b> : surprendre, frayeur</p>	<p><b>Igisigo</b> : monstre mystérieux, errant dans la brousse</p> <p><b>Ibidayimoni</b> : les diables</p> <p><b>Imizimu</b> : esprits des ancêtres</p> <p><b>Ibishetani</b> : les démons</p> <p><b>Ivyisi</b> : esprits errant dans la brousse</p>	<p><b>Ikinyamutwe</b> : de la tête</p>

caractère surprenant de la crise épileptique ; *igikange*, mot qui vient du verbe « *gukânga* », surprendre, faire peur, renvoyait au mode de début de la crise (par un cri puis une chute).

Les personnes interrogées croyaient à la contagiosité dans 38,6 % des cas. Plusieurs voies de contaminations étaient évoquées notamment : l'émission de gaz, la voie héréditaire, le contact physique (en partageant le plat), l'invasion par des esprits, la transmission de la maladie de la mère à l'enfant, être à proximité d'un malade en crise, la respiration du malade en crise, la consommation de la viande de porc, l'absence d'hygiène, la piqûre par un moustique. Les données sont résumées dans le *tableau 2*.

La croyance en l'incurabilité de la maladie existait dans 56 % des cas. Chez ceux qui pensaient un traitement possible, 68,7 % estimaient que la médecine moderne était efficace pour

**Tableau 2.** Répartition des croyances dans les voies de transmission de l'épilepsie, Kiremba, Burundi

Voie de transmission	Effectif (n = 267)	%
- L'émission de gaz	90	33,5 %
- La voie héréditaire	63	23,4 %
- Le contact physique	40	14,9 %
- En partageant le plat familial	15	5,6 %
- L'invasion par des esprits	11	4,1 %
- La voie sexuelle	13	4,8 %
- La transmission de la mère à l'enfant	6	2,2 %
- Être à proximité d'un malade en crise	4	1,5 %
- La respiration du malade en crise	18	6,7 %
- La consommation de la viande de porc	3	1,1 %
- Absence d'hygiène	3	1,1 %
- La piqûre par un moustique	1	1,1 %

cette maladie, et le reste déclarait qu'il fallait mieux aller voir le tradipraticien, le sorcier ou faire la prière. L'origine de l'épilepsie était surnaturelle pour 28,5 %, naturelle pour 14,5 % et le reste ne savait pas.

L'attitude de l'entourage de l'épileptique était de le surprotéger (63,4 %). Cette surprotection consistait en la dispense des travaux jugés durs ou en ne l'envoyant pas à l'école.

La scolarisation de l'enfant épileptique n'était pas possible pour 52,8 % des personnes interrogées pour plusieurs raisons : le risque de faire des crises à l'école ou en route, le retard mental, le risque de contaminer les autres enfants, le fait que l'enfant soit un malade.

Le mariage n'était pas recommandé pour un épileptique chez 29,1 % des personnes interrogées et 20,5 % pensaient que les enfants issus d'un mariage avec un épileptique seraient malades. Les raisons avancées pour déconseiller le mariage d'un épileptique étaient les suivantes :

- la débilité de l'épileptique ;
- l'épileptique est un malade ;
- le couple sera instable ;
- il a un risque de décès précoce ;
- il risque de contaminer le conjoint ;
- le divorce est inévitable ;
- le risque de faire des crises ;
- l'épileptique aura nécessairement une incapacité ;
- la vie sera pénible avec un épileptique ;
- l'épileptique aura une asthénie sexuelle ;

Plus de cinq pour cent (5,1 %) des épileptiques estimaient que des interdits devaient être érigés comme l'alcool, le tabac, le bruit, l'effort physique, rester à côté du feu, passer à côté d'une termitière, passer à côté d'une rivière.

Les croyances en rapport avec l'épilepsie, selon que la personne interrogée était épileptique ou non sont résumées dans le *tableau 3*.

Plus de seize pour cent (16,6 %) des épileptiques avaient eu recours à des soins traditionnels ou modernes mais aucun ne

**Tableau 3.** Comparaison entre les croyances des patients avec épilepsie et de sujets non épileptiques, Kiremba, Burundi

	<b>Epileptiques (n = 352)</b>	<b>Non-épileptiques (n = 428)</b>	<b>p</b>
<b>Contagiosité</b>	40,3 % (142)	37,2 % (158)	NS
<b>Incurabilité</b>	56,0 % (197)	52,3 % (223)	NS
<b>Caractère surnaturel</b>	48,6 % (171)	11,8 % (50)	< 0,005
<b>Transmission par l'aura de l'épileptique</b>	14,9 % (44)	24,5 % (104)	< 0,004
<b>Scolarisation impossible d'un enfant épileptique</b>	43,8 % (154)	59,3 % (246)	< 0,001
<b>Mariage non recommandé</b>	16,2 % (57)	40,1 % (166)	< 0,001

prenait régulièrement de médicaments. Plus de seize pour cent (16,1 %) des épileptiques affirmaient que la famille ou l'entourage les empêchaient de travailler. Plus de six pour cent (6,2 %) des épileptiques se plaignaient de ne pas avoir le droit de partager les repas avec les autres et 12,8 % estimaient qu'ils n'étaient pas considérés au même titre que les autres hommes. Pour vingt-cinq pour cent, les crises ne leur permettaient pas de faire du sport.

## Discussion

L'étude a mis en évidence qu'il existait plusieurs dénominations de l'épilepsie dans la commune de Kiremba. Au moins dix-sept dénominations ont été répertoriées. La majorité de l'échantillon pensait que la maladie était transmissible et les principales voies de transmission évoquées le plus fréquemment étaient : l'émission des gaz, l'hérédité et le contact physique. L'incurabilité de la maladie, l'inaccessibilité au traitement, l'origine surnaturelle de la maladie, la stigmatisation, la marginalisation sociale des malades étaient aussi des notions prévalentes.

L'enquête a été réalisée par le même enquêteur pour éviter un biais. Les non-épileptiques ont été recrutés dans les mêmes villages que les épileptiques. Bien que le mode de recrutement ne puisse pas garantir la représentativité de notre échantillon, nous pensons qu'il est possible d'appliquer ces résultats à la population de la commune de Kiremba car les caractéristiques générales sont les mêmes. En effet, la population de la commune de Kiremba est en général très jeune, en majorité analphabète et composée d'agriculteurs.

La diversité des dénominations populaires de l'épilepsie rencontrées dans cette étude laisse à penser que la maladie est connue dans la région. Ces dénominations renvoient soit à la symptomatologie, soit au mode de survenue ou à l'origine supposée de la maladie. La civilisation burundaise possède une tradition de l'oralité. À travers les textes de style oral (noms, appellations...), toute la vie de la société s'exprime. Beaucoup de renseignements sont consignés dans la parole (Ntahombaye, 1983). Aussi, les appellations sont de véritables descriptions.

La logique des dénominations mise en évidence dans notre étude a été décrite par d'autres auteurs comme au Mali, en milieu rural (Uchôa *et al.*, 1993 ; Arborio *et al.*, 1999 ; Arborio et

Dozon, 2001 ; Jaffre *et al.*, 2001) et au Cameroun, chez les Bamileké (Nkwi et Ndonko, 1989). La description populaire de l'épilepsie rencontrée à Kiremba se réfère aux manifestations typiques de la forme « Grand Mal » et cela se retrouve dans d'autres études africaines (Nkwi et Ndonko, 1989 ; Andermann, 1995).

La notion de contagiosité est omniprésente dans la communauté de Kiremba et les voies de contamination évoquées se retrouvent ailleurs dans les cultures africaines (Tekle-Haimanot *et al.*, 1991 ; Vanzan et Paladin, 1992 ; Senanayake et Roman, 1992 ; Danesi, 1994 ; Andermann, 1995 ; Nyame et Biritwum, 1997 ; Arborio et Dozon, 2000 ; Millogo et Traoré, 2001). Au Burundi, l'épilepsie est connue depuis les temps immémoriaux. Dans les temps anciens, lorsque l'épileptique était en crise, on évitait de le toucher et on se mettait respectueusement à l'écart, car on pensait que c'est à ce moment que la maladie pouvait être transmise. En général, les épileptiques eux-mêmes se mettaient à l'écart pour ne pas incommoder leur famille. Dans les familles pauvres qui ne pouvaient pas leur construire une petite hutte pour les isoler, le malade quittait sa famille et allait se terrer dans un coin de brousse où il mourrait misérablement (Piroux, 1960). Actuellement la situation n'est plus aussi sombre, mais des cas où une femme est répudiée à cause de la maladie existent encore. Dans notre étude, 16,2 % d'épileptiques estimaient qu'ils ne devraient pas se marier probablement par crainte d'être maltraités et 40,1 % des non-épileptiques déclaraient que le mariage avec un épileptique n'est pas recommandé. Les idées n'auraient pas beaucoup évolué sur cet aspect car il y a plus de 40 ans, Piroux (1960) dans son étude avait trouvé que 15 % des épileptiques qui vivaient en couple avaient des difficultés familiales ou conjugales graves.

Dans l'enquête à Kiremba, la croyance en la contagiosité était trouvée dans les mêmes proportions chez les malades comparés aux non-malades. Cette attitude peut se comprendre, d'une part, chez les malades comme un réflexe d'autodéfense contre la stigmatisation et le rejet social, d'autre part, l'idée de contagiosité est en quelque sorte contredite par l'expérience d'une existence partagée avec les membres de la famille proche sans conséquence. Cette constatation est également signalée par Arborio et Dozon en 2000, au Mali, en milieu rural Bambara où il existe une marge de tolérance de l'épileptique selon le degré d'intimité des relations sociales du malade. Le comporte-

ment discriminant envers l'épileptique apparaît de manière significative quand la relation est anonyme et inhabituelle.

Le caractère supposé génétique de la transmission largement évoqué lors de notre enquête est très fréquemment décrit dans d'autres études (Tekle-Haimanot *et al.*, 1991 ; Vanzan et Paladin, 1992 ; Andermann, 1995 ; Nyame et Biritwum, 1997 ; Bernet-Bernady *et al.*, 1997 ; Arborio et Dozon, 2000 ; Millogo et Traoré, 2001). On retrouve également la tendance à considérer tous les phénomènes qui accompagnent la crise comme des facteurs de contamination notamment la bave et les urines.

Le sentiment d'incurabilité de l'épilepsie existait aussi bien chez les épileptiques et chez les sujets non épileptiques. Cela tiendrait au fait que leur itinéraire thérapeutique est marqué de déception. En effet, au Burundi, comme dans la plupart des pays en voie de développement (Tekle-Haimanot *et al.*, 1991 ; Vanzan et Paladin, 1992 ; Andermann, 1995 ; Nyame et Biritwum, 1997 ; Arborio et Dozon, 2000 ; Arborio *et al.*, 2001 ; Humbert *et al.*, 2001 ; Millogo et Traoré, 2001), le tradipraticien constitue le premier recours. En cas de déception, le dispensaire constitue un deuxième recours, malheureusement parfois aussi inefficace du fait de l'absence ou de la mauvaise qualité des médicaments ou de l'insuffisance de la formation de l'agent de santé, qui peut conduire à une erreur thérapeutique. Cette situation renforce l'impression d'incurabilité de la maladie. Cet état de faits expliquerait en partie pourquoi dans la commune de Kiremba, comme dans le reste du pays, la grande majorité des épileptiques ne bénéficient d'aucune forme de prise en charge. Les raisons du déficit de traitement dans l'épilepsie sont multiples. Les aspects socioculturels en sont une, mais d'autres facteurs interagissent : niveau de développement du pays, niveau économique, éloignement des structures médicales... Ces facteurs doivent s'analyser à plusieurs niveaux (pays, communauté, patients...) et ne sont pas les mêmes si on s'intéresse à l'absence de diagnostic (« primary treatment gap ») ou au déficit de traitement (« secondary treatment gap »), qui sont tous les deux inclus dans la définition retenue. Les causes d'un déficit diagnostique sont entre autres une erreur de diagnostic, l'absence d'explorations complémentaires adéquates ou de personnel médical qualifié, l'impossibilité d'accès au système de santé (distance et/ou coût), déni de l'affection, fausses croyances, volonté de suivre uniquement un traitement traditionnel. Les causes d'un déficit de traitement sont plutôt la non-disponibilité du traitement, l'impossibilité de l'acheter, sa mauvaise qualité, une erreur thérapeutique, ou encore le choix personnel du patient ou de son entourage.

La croyance en la nature surnaturelle de l'épilepsie est observée chez la moitié des malades et elle se retrouve chez les non-malades dans une moindre proportion. La notion d'origine surnaturelle de l'épilepsie est récurrente dans d'autres études (Adotevi et Stephany, 1981 ; Bernet-Bernady *et al.*, 1997 ; Traoré *et al.*, 1998 ; Jilek-Aall, 1999 ; Arborio *et al.*, 2001). Cette croyance est ancienne mais elle évolue avec le temps et est plus marquée dans les sociétés traditionnelles. L'épilepsie est conçue comme un désordre dans les relations entre les vivants et les morts, conduisant à une possession par un esprit. C'est à la

faveur de ce désordre que le patient entre en contact avec le monde des esprits (Pilard *et al.*, 1992).

La discrimination socioprofessionnelle des épileptiques au Burundi est moins marquée et la situation semble évoluer dans le bon sens puisqu'il y a 40 ans, Piraux relevait que 30 % des épileptiques avaient de réels problèmes professionnels. Dans notre étude, 17,9 % estimaient avoir des problèmes socioprofessionnels à cause de leur maladie. La discrimination socioprofessionnelle des épileptiques se retrouve dans toutes les sociétés à des degrés différents (Andermann, 1995 ; Ndiaye *et al.*, 1983 ; Pilard *et al.*, 1992).

La scolarisation de l'enfant épileptique reste problématique et cela se retrouve aussi chez d'autres auteurs (Ndiaye *et al.*, 1983 ; Nkwi et Ndonko, 1989 ; Andermann, 1995). L'existence d'altérations fonctionnelles voire de dommages cérébraux irréversibles pouvant entraîner un retard mental, la peur d'une discrimination liée à la contagiosité supposée de l'épilepsie, le sentiment de culpabilité des parents face à la maladie, les chutes, sont des motifs qui peuvent bloquer la scolarisation de l'enfant épileptique (Ndiaye *et al.*, 1983). L'impact est d'autant plus important que la population est peu sensibilisée à la scolarisation de l'enfant en général. C'est le cas dans la région.

En conclusion, cette étude a permis de connaître les principales interprétations populaires de l'épilepsie dans la province de Kiremba au Burundi, ainsi que les croyances et les pratiques sociales qui entourent la maladie. Cela permet de mieux appréhender les stratégies de prise en charge de la maladie lors de l'élaboration du programme national de prise en charge de l'épilepsie, étape suivante envisagée. À la lumière des informations recueillies dans cette étude, ce programme devra comporter un volet psychosocial avec des actions d'éducation et de sensibilisation à l'épilepsie de la population et du personnel soignant. Les différentes dimensions mises en évidence dans ce travail seront prises en compte. La liste des diverses dénominations devra être complétée et utilisée dans ce programme. Le programme de lutte devra également inclure des actions de formation du personnel soignant et d'amélioration de l'efficacité du système sanitaire. □

## Références

- Adamolekun B, Mielke J, Ball D, Mundanda T. An evaluation of the management of epilepsy by primary health care nurses in Chitungwiza, Zimbabwe. *Epilepsy Res* 2000 ; 39 : 177-81.
- Adotevi F, Stephany J. Représentations culturelles de l'épilepsie au Sénégal (région du Cap-Vert et du Fleuve). *Med Trop (Mars)* 1981 ; 41 : 283-8.
- Andermann LF. Epilepsy in developing countries. *Transcultural psychiatric research review* 1995 ; 32 : 351-84.
- Arborio S, Dozon J-P. La dimension socioculturelle de l'épilepsie (kirikirimasien) en milieu rural bambara (Mali). *Bull Soc Pathol exot* 2000 ; 93 : 241-6.
- Arborio S, Dozon J-P. L'identification de l'épilepsie en milieu rural bambara (Mali). *Sci Soc Sante* 2001 ; 19 : 79-99.
- Arborio S, Jaffre Y, Doumbo O, Dozon JP, Farnarier G. Étude anthropologique de l'épilepsie au Mali - III. Enquête en milieu rural bambara. *Epilepsies* 2001 ; 13 : 39-45.

Arborio S, Jaffre Y, Farnarier G, Doumbo O, Dozon J-P. Étude du kirikirimasién (épilepsie) au Mali : dimension étiologique et nosographique. *Med Trop (Mars)* 1999 ; 59 : 176-80.

Bernet-Bernady P, Tabo A, Druet-Cabanac M, et al. L'épilepsie et son vécu au Nord-Ouest de la République Centrafricaine. *Med Trop (Mars)* 1997 ; 54 : 407-11.

Coleman R, Lopyy L, Walraven G. The treatment gap and primary health care for people with epilepsy in rural Gambia. *Bulletin of the World Health Organisation* 2002 ; 80 : 378-83.

Danesi MA. Epilepsy and the secondary schools in Nigeria. *Trop Geogr Med* 1994 ; 46(suppl) : 25-7.

Humbert A, Jaffre Y, Farnarier G. Étude anthropologique de l'épilepsie au Mali - II. Enquête en milieu hospitalier et en milieu urbain. *Epilepsies* 2001 ; 13 : 29-32.

Jaffre Y, Humbert A, Arborio S, Farnarier G. Étude anthropologique de l'épilepsie au Mali - I. Présentation générale. *Epilepsies* 2001 ; 13 : 29-32.

Jilek-Aall L. Morbus Sacer in africa : Some religious aspects of epilepsy in traditional cultures. *Epilepsia* 1999 ; 40 : 382-6.

Millogo A, Traoré ED. Étude des connaissances et des attitudes en matière d'épilepsie en milieu scolaire à Bobo-Dioulasso (Burkina Faso). *Epilepsies* 2001 ; 13 : 103-7.

Ndiaye IP, Ndiaye M, Tap D. Sociocultural aspects of epilepsy in Africa. *Prog clin biol res* 1983 ; 124 : 345-51.

Newell ED, Vyungimana F, Bradley JE. Epilepsy, retarded growth and onchocerciasis, in two areas of different endemicity of onchocerciasis in Burundi. *Trans R Soc Trop Med Hyg* 1997 ; 91 : 525-7.

Newell ED, Vyungimana F, Geerts S, Van Kerckhoven I, Tsang WCV, Engels D. Prevalence of cysticercosis in epileptics and members of their families in Burundi. *Trans R Soc Trop Med Hyg* 1997 ; 91 : 389-91.

Nkwi P, Ndonko F. The epileptic among the Bamileke of Maham in the Nde division, West province of Cameroun. *Cult Med Psychiatry* 1989 ; 13 : 437-48.

Nsengiyumva G, Druet-Cabanac M, Ramanankandrasana B, Bouteille B, Nzisabira L, Preux PM. Cysticercosis as a major risk factor for epilepsy, East Africa. *Epilepsia* 2003 ; 44 : 950-5.

Ntahombaye P. Des noms et des hommes : aspects psychologiques et sociologiques du nom au Burundi. Paris : Karthala, 1983.

Nyame PK, Biritwum RB. Epilepsy : knowledge, attitude and practice in literate urban population, Accra, Ghana. *West Afr J Med* 1997 ; 16 : 139-45.

Nzisabira L, Nsengiyumva G, Bouteille B, et al. La cysticercose dans la province de Kayanza (Burundi). *Bull Soc Pathol Exot* 1992 ; 85 : 374-7.

Pilard M, Bosset C, Junod A. Les représentations sociales et culturelles de l'épilepsie. *Med Afr Noire* 1992 ; 39 : 652-7.

Piroux A. Les épilepsies en Afrique centrale. *World Neurology* 1960 ; 1 : 510-23.

Preux PM, Druet-Cabanac M. Epilepsy in subsaharan Africa. *Lancet Neurol* 2005 ; 4 : 21-31.

Scott RA, Sandem DL, Sander JWAS. Policy and practice : The treatment of epilepsy in developing countries : where do we go from here? *Bulletin of the World Health Organisation* 2001 ; 79 : 344-51.

Senanayake N, Roman GC. Epidemiology of epilepsy in the tropics. *Journal of Tropical and Geographical Neurology* 1992 ; 2 : 10-9.

Tekle-Haimanot R, Abebe M, Forsgren L, et al. Attitudes of rural people in central Ethiopia toward epilepsy. *Soc Sci Med* 1991 ; 32 : 203-9.

Traore H, Diagana M, Debrock C, Ba A, Alqad B, PREUX PM. Approche socio-culturelle de l'épilepsie en Mauritanie. *Med Trop (Mars)* 1998 ; 58 : 365-8.

Uchoa E, Corin E, Bibeau G, Koumare B. Représentations culturelles et disqualification sociale : l'épilepsie dans trois groupes ethniques au Mali. *Psychopathologie Africaine* 1993 ; 1 : 33-57.

Vanzan A, Paladin F. Epilepsy and Persian Culture : an overview. *Epilepsia* 1992 ; 33 : 1057-64.