



HAL
open science

ITINERAIRE THERAPEUTIQUE DES EPILEPTIQUES DANS L'ARRONDISSEMENT DE DJIDJA (DEPARTEMENT DU ZOU) AU BENIN

Sohoueto Etienne Houeto

► **To cite this version:**

Sohoueto Etienne Houeto. ITINERAIRE THERAPEUTIQUE DES EPILEPTIQUES DANS L'ARRONDISSEMENT DE DJIDJA (DEPARTEMENT DU ZOU) AU BENIN. Sciences du Vivant [q-bio]. Université de Abomey-Calavi, 2005. Français. NNT: . tel-00381562

HAL Id: tel-00381562

<https://theses.hal.science/tel-00381562>

Submitted on 5 May 2009

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

REPUBLIQUE DU BENIN

UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI

FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE EN MEDECINE



Année 2005



N° 1236

**ITINERAIRE THERAPEUTIQUE DES EPILEPTIQUES
DANS L'ARRONDISSEMENT DE DJIDJA,
DEPARTEMENT DU ZOU AU BENIN**

THESE

Présentée et soutenue publiquement pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

(DIPLOME D'ETAT)

par

HOUETO Sohoueto Olorounto Etienne

Directeur de Thèse

Professeur Agrégé Gilbert Dossou AVODE

Co-Directeurs de thèse

Professeur Agrégé Dismand S. HOUINATO

Docteur Constant K. ADJIEN

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION	3
1 Généralités	5
2 Cadre et méthode	32
3 Résultats	41
4 Discussion	55
Conclusion et recommandations	70
Références	72
ANNEXES	
RESUME	

INTRODUCTION

« Out of the shadows » ou « Sortir de l'ombre » c'est le nom que l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la Ligue Internationale Contre l'Epilepsie (ILAE) et le Bureau International de l'Epilepsie (IBE) ont donné à la campagne mondiale de lutte contre l'épilepsie lancée en mai 2000 à Dakar. [1]

Le motif de cette campagne résume à lui seul la problématique de l'épilepsie dans les pays tropicaux. En effet, l'épilepsie, affection neurologique chronique, d'étiologies et de pronostic variés, est caractérisée par la répétition, chez un même sujet, de crises épileptiques spontanées. C'est une maladie universelle, ubiquitaire mais qui reste très mal connue dans nos pays car chargée de mythes et d'appréhensions à cause du caractère caricatural et impressionnant de sa manifestation la plus fréquente qu'est la crise tonico-clonique généralisée. Sa prévalence reste très élevée dans les pays en développement atteignant parfois 50 pour mille. Au Bénin elle varie entre 15 et 37 pour mille. [2-4]

L'épilepsie apparaît aux yeux de la population comme une maladie honteuse, déshonorante et surnaturelle. Malgré l'existence d'un traitement médicamenteux bien codifié et d'une prise en charge de plus en plus globale, l'accessibilité aux soins antiépileptiques reste encore limitée surtout pour les populations rurales.

C'est donc pour mieux connaître les différentes étapes du parcours des épileptiques pour se soigner, que cette étude a été initiée et réalisée dans l'arrondissement de DJIDJA.

Les objectifs poursuivis par cette étude étaient :

Objectif général

Identifier l'itinéraire thérapeutique des malades épileptiques dans l'arrondissement de DJIDJA

Objectifs spécifiques

1. Identifier les différentes étapes du parcours des patients épileptiques à la recherche de soins.
2. Evaluer la disponibilité des médicaments antiépileptiques.
3. Identifier les facteurs limitant l'accès aux médicaments antiépileptiques.

Pour ce faire nous proposons le plan suivant :

- 1- GENERALITES
 - 2- CADRE ET METHODE D'ETUDE
 - 3- RESULTATS
 - 4- DISCUSSION
- CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

1 GENERALITES

1-1 Quelques définitions

1-1-1 Crise épileptique

Une crise épileptique est une manifestation clinique de l'hyperactivité paroxystique d'un groupe plus ou moins étendu de neurones cérébraux accompagnée ou non d'une modification abrupte de l'état de conscience et de phénomènes moteur et/ou sensitivo-sensoriels inappropriés [5].

Une crise épileptique unique et des crises épileptiques accidentelles, ne constituent pas une épilepsie, pas plus que la répétition plus ou moins fréquente des crises épileptiques au cours d'une affection aiguë [6].

1-1-2 Epilepsie

L'épilepsie est une affection chronique caractérisée par la répétition de crises résultant d'une décharge excessive des neurones cérébraux, quels que soient les symptômes cliniques ou paracliniques éventuellement associés [5].

1-1-3 Etat de mal épileptique

Il est caractérisé par des crises prolongées se répétant à intervalle suffisamment bref pour créer une condition épileptique durable pendant laquelle le malade ne reprend pas complètement conscience ou reste plongé dans le coma.

1-1-4 Itinéraire thérapeutique

C'est l'ensemble des étapes de diagnostic et de traitement pour la prise en charge d'un malade.

1-2 Historique

Le mot épilepsie vient du verbe grec « epilambanein » qui signifie « criser ou attaquer par surprise ». L'épilepsie est depuis les temps anciens jusqu'à nos

jours considérée par les populations comme une maladie surnaturelle témoignant de la colère des dieux à travers un individu [7]. Une tablette Babylonienne datant d'au moins 2000 ans avant J.-C décrit les différentes crises épileptiques et associe chaque type de crise au non d'un esprit ou d'un dieu maléfisant.

Au Ve siècle avant J.C, Hippocrate, dans un traité titré « la maladie sacrée » a donné la première explication naturelle des crises épileptiques ; il écrivait que le sacré « *Movbus divinus* » témoin du courroux des dieux ne lui paraît avoir « rien de plus divin ni de plus sacré que les autres maladies ni dans sa nature ni dans sa source ». Hippocrate voyait dans l'épilepsie non une maladie sacrée, mais un dérèglement cérébral [8].

Mais pendant les 20 siècles suivant cette théorie d'Hippocrate ; ce sont les conceptions surnaturelles qui ont prévalu. L'idée d'épilepsie comme dérèglement cérébral n'a commencé à prendre racine qu'aux XVIII^e et XIX^e siècles de notre ère. Ainsi, « Le traité de l'épilepsie » de TISSOT en 1770 constitue l'une des premières approches scientifiques de la maladie ; une approche dont l'originalité et la modernité demeurent remarquables : « pour produire l'épilepsie, il faut nécessairement deux choses : premièrement une disposition du cerveau à entrer en contraction plus aisément qu'en santé ; deuxièmement une cause d'irritation qui met en action cette disposition » [5, 9].

Au XIX^e siècle, l'œuvre du neurologue Britannique John Hughlings JACKSON domine la littérature épileptologique ; on lui doit notre conception moderne de la physiopathologie de l'épilepsie [5, 7-9].

Les premiers essais thérapeutiques à base de bromure ont lieu à la même époque.

Au XX^e siècle, l'essor des technologies médicales est d'un apport remarquable dans la connaissance de l'épilepsie tant sur le plan diagnostique que thérapeutique :

- en 1912, HAUPTMAN a introduit le phénobarbital ; puis MERRIT et PUTMAN ont utilisé la phénytoïne en 1938 dans le traitement des épileptiques ;
- l'introduction de l'électroencéphalogramme (EEG) en 1929 par Hans BERGER et les travaux de GIBBS, LENNOX et GASTAUT ont permis une approche nouvelle dans la compréhension et le diagnostic de l'épilepsie ;
- dans les années 50, PENFIELD et JASPERS améliorent la thérapeutique en y introduisant la chirurgie.

L'électrocorticographie peropératoire a permis de dresser une véritable carte anatomo-fonctionnelle du cerveau humain.

Plus récemment des progrès dans la nosographie des crises ont été réalisés par HENRI GASTAUT et l'école de Marseille dont les travaux inspirent la première en 1970 puis la seconde en 1981 l'ILAE [10].

En 1989 fut créée une classification syndromique de l'épilepsie [11].

1-3 Epidémiologie

De nombreuses études ont été faites sur l'épilepsie mais les résultats restent toujours discutés vu l'écart qu'il y a entre les pays industrialisés (PI) et les pays en développement (PED).

Comme raison, il y a un manque de précision sur les différentes formes d'épilepsie, une inclusion ou une exclusion selon les études des convulsions fébriles, des crises isolées en rémission et la méthodologie utilisée pour l'enquête. Beaucoup d'études ont été réalisées avant l'adoption de la classification internationale des crises épileptiques [11-13].

Depuis la mise au point d'un questionnaire d'investigation par la Ligue Internationale Contre l'Epilepsie (ILAE) et l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), les résultats des enquêtes sont de plus en plus comparables [14].

Ainsi 80 à 85% de la population mondiale des épileptiques résident dans les PED [15, 16]. Le manque d'éléments paracliniques comme l'EEG conduit à une erreur de classification [4]. Certaines étiologies spécifiques aux PED expliquent l'augmentation de la fréquence d'épilepsie. Ce sont les infections (bactériennes, virales et parasitaires) [16-23] et les fréquences élevées de l'anoxie néo-natale, des traumatismes crâniens et des convulsions fébriles de l'enfance.

1-3-1 Incidence

C'est le nombre de nouveaux cas d'une maladie survenant dans une population donnée durant une période donnée. Le taux d'incidence est le rapport de ce nombre sur la taille de la population durant une période donnée. Pour l'épilepsie l'incidence annuelle varie en général entre 40 et 70 pour 100.000 habitants pour les pays industrialisés [24] alors qu'elle varie entre 63 et 158 pour 100.000 habitants dans les pays en développement [25].

1-3-2 Prévalence

La prévalence représente le nombre de cas (anciens et nouveaux) d'une maladie dans une population donnée, à un moment donné. C'est le rapport de ce nombre, sur la taille de la population à un moment donné. Pour l'épilepsie la prévalence varie entre 3 et 10 pour 1000 habitants dans les pays industrialisés. Elle peut atteindre 50 pour 1000 dans les PED mais la prévalence moyenne de l'épilepsie en Afrique subsaharienne est de 15 pour 1000 [25].

Au Bénin, les résultats des études effectuées par l'équipe de l'Unité d'Enseignement et de Recherche (UER) en Neurologie dirigée par le Professeur AVODE DG sont résumés dans les tableaux N° 1 et 2 [18, 20, 26-28].

Tableau I : Prévalence de l'épilepsie en milieux scolaire, universitaire et professionnel au Bénin

ZONE		Effectif	Prévalence	Méthode
Département	Lieu (Année)			
Littoral	CNHU (1990-1997)	809	11,1‰	Transversale/Grappe
Littoral et Mono	5 entreprises (2000) <ul style="list-style-type: none"> • SOBEMAP • PAC • SITEX • IBCG • LNB 	1232	10,6‰	Transversale/Grappe
Littoral	Milieu scolaire et universitaire à Cotonou (2000)	1400	7,9‰	Transversale/Grappe

Tableau II : Prévalence de l'épilepsie en population générale au Bénin

ZONE		Effectif	Prévalence	Méthode
Département	Localité (année)			
Collines	Savalou (1993)	1443	15,2 ‰	Transversale/Grappe
Atlantique	Vekky (1994)	319	35,5 ‰	Transversale/Grappe
Collines	Agbogbomè (1995)	530	24,5 ‰	Transversale/Grappe
Atlantique	Zinvié (1997)	3143	35 ‰	Capture-Recapture
Mono et Couffo	Athiémé et Djakotomey (1998)	409	37 ‰	Transversale/Grappe
Atacora et Donga	Ouaké et Copargo (2002)	1380	24,6 ‰	Transversale/Grappe
Zou	Djidja (2004)	1079	14,8 ‰	Transversale/Grappe
Zou	Djidja (2005)	11668	38,4 ‰	Capture-Recapture

1-4 Bref aperçu sur la physiopathologie de l'épilepsie

Une crise d'épilepsie est consécutive à une hyperexcitabilité cellulaire et synaptique au niveau neuronal.

A l'état normal, les concentrations électrolytiques (Na^+ , K^+) de part et d'autre de la membrane neuronale, définissent un potentiel de repos. Les afférences excitatrices ou inhibitrices qui agissent sur chaque neurone se somment algébriquement pour réaliser un certain état d'équilibre.

Si les afférences excitatrices l'emportent, on obtient un potentiel d'action lorsqu'un seuil critique est atteint.

Certaines modifications au niveau de la membrane neuronale expliquent l'hyperexcitabilité. Nous avons :

- une altération de la membrane neuronale ou du système enzymatique qui régissent les répartitions ioniques intra et extracellulaires (Na- K-ATPase membranaire) ;
- une hyperactivité des afférences excitatrices, le neuromédiateur est principalement le glutamate ;
- une déficience des afférences inhibitrices qui dépendent surtout de l'acide gamma amino butyrique (GABA) ;
- le rôle modulateur joué par d'autres substances comme l'acétylcholine, la catécholamine, la sérotonine et les neuropeptides.

L'hyperexcitabilité peut être favorisée dans certaines conditions :

- le manque de sommeil ;
- une stimulation lumineuse intermittente ;
- l'hyperventilation ;
- l'action de certaines substances telles l'alcool, la caféine à forte dose et les psychotropes.

La sédation de la crise est probablement liée à la conjonction de plusieurs phénomènes comme l'épuisement des réserves énergétiques et l'action des systèmes inhibiteurs [5, 9].

1-5 Anatomie des crises épileptiques

Les manifestations cliniques des crises épileptiques dépendent de la distribution spatiale de la décharge paroxystique et hypersynchrone dans le cerveau.

Dans les crises partielles simples, la décharge reste limitée au néocortex cérébral.

Les crises partielles complexes intéressent habituellement à un moment de leur propagation les structures limbiques.

Au cours d'une crise partielle secondairement généralisée, il y a une implication du tronc cérébral et/ou des structures mésencéphaliques.

Les crises généralisées d'emblée sont plus difficiles à appréhender. Certains chercheurs affirment que le cortex cérébral est nécessaire et suffisant à leur élaboration. Pour d'autres les décharges généralisées seraient liées à une réverbération entre le cortex et les structures sous corticales (thalamus en particulier).

1-6 Diagnostic des crises épileptiques et de l'épilepsie

1-6-1 Diagnostic positif

1-6-1-1 La clinique

a) L'interrogatoire

L'interrogatoire minutieux du patient et de son entourage a encore toute sa valeur et permet de faire le diagnostic des crises épileptiques, l'agent de santé étant rarement témoin des crises [3, 29].

- Crise d'épilepsie généralisée : le grand mal

C'est la crise généralisée tonico-clonique de type « grand mal », très impressionnante pour l'entourage du patient qui est souvent décrite. Elle est de survenue brutale, inopinée sans prodrome. Trois phases caractérisent le déroulement de cette crise. Le début peut être marqué par un cri, une perte de

connaissance totale et immédiate, entraînant une chute. La durée de la crise est d'environ 5 à 10 minutes.

- *la phase tonique dure 10 à 20 secondes*

Cette phase est marquée par une contraction intense et généralisée des muscles des membres, du thorax, de la face avec morsure du bord latéral de la langue.

- *la phase clonique durant 30 secondes*

Elle est caractérisée par les secousses musculaires brusques, généralisées et synchrones.

- *la phase résolutive*

Au cours de cette troisième phase le patient est dans un coma profond avec résolution musculaire généralisée, une respiration stertoreuse, de la mousse sanglante aux lèvres et une émission d'urine qui indique la fin de la crise.

Un état de confusion post- critique de durée variable succède au coma. L'amnésie de la crise est totale.

- Les crises partielles

La sémiologie électro-clinique dans ces crises peut être rapportée à la mise en jeu d'une portion limitée du cortex cérébral. Les crises sont fréquemment suivies dans la période post-critique par un déficit neurologique transitoire localisé (paralysie de Todd). Elles peuvent demeurer localisées ou se généraliser secondairement. Le diagnostic de l'épilepsie reste avant tout clinique, basé sur la répétition des crises [30].

b) Examen physique

Cet examen est souvent pauvre mais il peut mettre en évidence des blessures occasionnées par la chute, parfois un déficit neurologique post critique transitoire ou permanent.

1-6-1-2 Bilan paraclinique

- **Electroencéphalographie (EEG)**

Cet examen doit être systématique car il permet de recueillir les arguments utiles pour le diagnostic positif, utiles également pour la classification et la surveillance de l'épilepsie.

L'EEG peut montrer des anomalies dites :

- *anomalies lentes* témoignant d'une souffrance cérébrale localisée ou diffuse au niveau du cerveau dans les suites immédiates de la crise ;

- *anomalies « paroxystiques » ou « épileptiformes »*

Il s'agit de *pointes*, ou de *pointes - ondes* qui signent l'existence d'une décharge anormale dans le cerveau [5]. L'EEG chez certains patients épileptiques peut être normal.

Les anomalies observées peuvent être regroupées en deux catégories :

- *les anomalies paroxystiques inter critiques* survenant dans l'intervalle des crises ;

- *les anomalies paroxystiques critiques* contemporaines des crises ou d'événements critiques, infra cliniques. Leur observation nécessite de longues heures d'attente dans le laboratoire d'EEG.

- **La tomодensitométrie (TDM) ou Scanner**

La TDM cérébrale peut être normale ou peut montrer :

- une atrophie cérébrale diffuse ou locale ;
- une tumeur ou un hématorne intracérébral ;
- un infarctus cérébral ;
- une malformation vasculaire.

- **L'Imagerie par Résonance Magnétique (IRM)**

L'IRM est d'une grande utilité dans l'exploration chirurgicale des épilepsies partielles ; elle apporte également des informations utiles dans le bilan des épilepsies partielles non chirurgicales à TDM normale.

- **La radiographie du crâne**

Elle peut mettre en évidence des calcifications pathologiques (tumeurs, phacomatoses, parasitoses) et apprécier les séquelles osseuses des traumatismes crâniens.

- **L'angiographie cérébrale**

Elle fait partie aussi du bilan préopératoire des épilepsies dont le traitement est chirurgical.

- **Les explorations isotopiques : tomographie d'émission**

Elles comportent :

- la tomographie à émission de positons (TEP) ;
- la tomographie d'émission monophotonique. (TEM)

- **la magnétoencéphalographie**

C'est une nouvelle technique complémentaire des techniques d'EEG conventionnelles. Elle consiste à mesurer l'activité magnétique générée par l'activité électrique cérébrale [9].

- **Autres examens complémentaires**

- ionogramme plasmatique,
- hémogramme,
- dosages des acides organiques,
- examen du fond d'œil,
- Prélèvements biopsiques : peau, muscles.

Au **Bénin**, les examens disponibles actuellement sont :

- l'EEG numérisé ;
- l'EEG analogique ;
- la radiographie du crâne et de la selle turcique ;
- le scanner cérébral ;
- les examens biologiques.

1-6-2 Diagnostic différentiel

- a) Devant une crise généralisée, il faut éliminer les éléments suivants:
- une lipothymie ;
 - une syncope ;
 - une hypoglycémie fonctionnelle ou organique ;
 - une crise hystérique.
- b) devant une crise partielle simple, il faut éliminer :
- un accident ischémique transitoire ;
 - des mouvements anormaux (devant des crises somatomotrices) ;
 - une crise de migraine avec aura.
- c) devant une crise partielle complexe, il faut éliminer :
- un trouble de comportement ou de l'humeur ;
 - un ictus amnésique.

1-7 Etiologies des épilepsies

1-7-1 Classification étiologique [31, 32]

1-7-1-1 Les épilepsies idiopathiques

Elles ne reposent sur aucune lésion ou anomalie cérébrale identifiable ; elles ont un caractère familial. L'évolution bénigne de cette étiologie est retrouvée chez les sujets normaux.

Ces épilepsies répondent à des critères diagnostiques relativement stricts.

1-7-1-2 Les épilepsies symptomatiques

Elles traduisent l'existence d'une lésion cérébrale, qui peut être localisée ou diffuse ; elles ont un pronostic très variable, globalement plus sévère que celui des épilepsies idiopathiques.

1-7-1-3 Les épilepsies cryptogéniques

A ce niveau la cause est suspectée mais non retrouvée (soit par défaut des examens complémentaires, soit par la négativité de ceux-ci). C'est une épilepsie sans composante génétique non classable comme idiopathique ou symptomatique.

1-7-2 Facteurs étiologiques

L'épilepsie est d'origine multifactorielle et l'exposition à certains facteurs de risque peut déclencher une épilepsie chez les sujets ayant une prédisposition génétique [31].

Toute crise épileptique résulte de la conjonction de facteurs génétiques et de facteurs acquis. Toutefois les épilepsies résultant des facteurs acquis font la plus grande majorité des cas en Afrique subsaharienne. [33, 34].

1-7-3 Facteurs génétiques

Le développement de la génétique moléculaire a permis une compréhension beaucoup plus approfondie de cette affection. Cet examen nous donne plus d'indications sur le mode de transmission des épilepsies, d'isolement du gène responsable afin d'agir en empêchant le développement de la maladie. Néanmoins l'apport de la génétique moléculaire reste limité car les mécanismes des décharges épileptiques sont complexes [35]. Plusieurs modalités expliquent cette épilepsie d'origine génétique :

- hérédité mendélienne, monogénétique, pouvant se transmettre suivant un mode autosomique dominant ou récessif ;
- hérédité plurifactorielle, l'expression phénotype étant gouvernée par la conjonction chez le même individu de plusieurs gènes distincts et de facteurs environnementaux ;
- hérédité familiale liée au sexe.

1-7-4 Facteurs acquis

- Causes prénatales

- les infections du système nerveux central (toxoplasmose, cytomégalovirus) ;
- les phacomatoses ;
- les intoxications médicamenteuses materno-fœtales.

- Causes néonatales

- hémorragie intracrânienne spontanée ou provoquée par un traumatisme
- les infections cérébrales méningées bactériennes (listériose, infection à haemophilus) ou virales (herpès simplex).

- Maladies infectieuses :

- infections virales

- infection à VIH

- encéphalopathie morbilleuse

- méningo encéphalite

- infections parasitaires

- paludisme

- cysticercose (neuro cysticercose)

- onchocercose

- trypanosomose

- Les convulsions fébriles

- Les traumatismes crâniens

- Les tumeurs cérébrales

- Les maladies cérébro-vasculaires (les accidents vasculaires cérébraux)

- Les causes toxiques et médicamenteuses :

- alcool

- psychotropes.

- Quelques facteurs métaboliques :

- hypoglycémie
- hyperglycémie
- hyponatrémie
- hypocalcémie.

1-8 Classification des crises épileptiques

Deux grandes classifications servent actuellement en pratique épileptologique :

- la classification de l'International League Against Epilepsy (ILAE) de 1981 [36] qui est une classification des crises, elle est électro-clinique ;
- la classification de l'ILAE de 1989 [37] qui est une classification syndromique des crises ;
- La classification des syndromes épileptiques (CSE) est définie selon deux axes : symptomatologique (épilepsie généralisée et partielle) et étiopathogénique (idiopathique, symptomatique, cryptogénique).

1-9 Traitement

Le traitement permet de réduire les crises et d'améliorer la qualité de vie du patient. Ce traitement comporte plusieurs volets :

- la chimiothérapie ;
- les interventions chirurgicales ;
- et la prise en charge globale du patient.

1-9-1 Traitement par les médicaments antiépileptiques

Ce traitement médicamenteux a connu des innovations. Le choix d'un traitement antiépileptique repose sur le diagnostic. Les moyens utilisés sont variables et dépendent du type de crise.

1-9-1-1 Mécanismes d'action

Ces médicaments antiépileptiques ont pour mécanismes :

- un effet stabilisateur des membranes cellulaires par blocage des canaux sodiques voltage dépendant (PHT, CBZ, LTG, TPM) ;
- un blocage des canaux calciques voltage dépendant de type T (PHT) ;
- une augmentation de l'action inhibitrice de l'acide gamma – aminobutyrique par action agoniste sur le récepteur ionophore chlore ou par inhibition de la dégradation ou de la recapture synaptique du GABA ;
- une inhibition de la libération d'acides aminés excitateurs, glutamate et aspartate (LTG) ;
- un blocage du récepteur NMDA ou N-méthyl D-aspartate (FBM) des récepteurs au glutamate de type kaïnate / AMPA (TPM).

1-9-1-2 Critères de choix

Le choix d'un médicament antiépileptique prend en compte :

- une meilleure connaissance des médicaments classiques concernant en particulier leur efficacité dans les différents types d'épilepsie et leurs effets indésirables ;
- l'apparition de nouvelles prestations, en particulier de médicaments à libération prolongée ;
- la disponibilité de nouveaux médicaments ;
- le coût du traitement ;
- la qualité de vie du patient.

1-9-1-3 Médicaments disponibles

Les médicaments sont regroupés dans les tableaux N°3 et 4

Tableau III : Médicaments disponibles en France au premier Juin 2002

DENOMINATION COMMUNE INTERNATIONALE (DCI)	ABREVIATIONS
<i>Antiépileptiques classiques ou majeurs</i>	
- Phénobarbital	(PB)
- Phénytoïne	(PHT)
- Carbamazépine	(CB2)
- Valproate	(VPA)
<i>Nouvelles molécules antiépileptiques</i>	
- Vigabatin	(GVG)
- Félbamate	(FBM)
- Gabapentine	(GBP)
- Lamotrigine	(LTG)
- Tigabine	(TGB)
- Topiramate	(TPM)
- Phosphémytoïne	(FOS)
- Progabide	(PCB)
- Oxcarbazépine	(OXC)
- Lévétiracetam	(UCBLO59)
<i>Médicament antiépileptiques adjuvants ou d'appoint</i>	
- Benzodiazépine <i>diazépam</i> <i>nitrazépam</i> <i>clobazam</i> <i>lorazepam</i>	(BZ)
- Ethosuximide	(ETH)

- Primidome (PRM)

Tableau IV: Médicaments disponibles au Bénin en 2005

DENOMINATION COMMUNE INTERNATIONALE (DCI)	ABREVIATIONS
<i>Antiépileptiques classiques ou majeurs</i>	
- Phénobarbital	(PB)
- Phénytoïne	(PHT)
- Carbamazépine	(CB2)
- Valproate	(VPA)
<hr/> <i>Médicament antiépileptiques adjuvants ou d'appoint</i>	
- Benzodiazépine <i>diazépan</i> <i>clobazam</i>	(BZ)
- Ethosuximide	(ETH)

1-9-1-4 Médicaments AE majeurs classiques

Les présentations de ces médicaments sont résumées dans le tableau N°5

Tableau V : Présentation des médicaments antiépileptiques majeurs

DCI	Nom Commercial	Forme galénique	Dose unitaire
	Alepsal [®]	Comprimés	15-50-100-150mg
	Aparosal [®]	suppositoires	100mg
Phénobarbital	Gardéнал [®]	Comprimés	10,50,100 mg
		Ampoules injectables	40, 200 mg,
		Solution buvable	1mg/goutte
	Di-hydan [®]	Comprimés	100mg
Phénytoïne	Dilantin [®]	Ampoules injectables	250mg
	Tégrétol [®]	Comprimés	200mg
Carbamazépine	Tégrétol LP [®] (1989)	solutions buvables	100mg/5ml
		comprimés à effet prolongés	200mg, 400mg
		Comprimés à effet prolongé	500mg 200mg/ ml
Valproate de Sodium	Dépakine chrono [®] (1989)	Solution buvable	200, 500mg
		Comprimés entériques	400mg
		Ampoules injectables	

➤ **Quelques indications**

a) Valproate de sodium (VPA)

Il a une action sur toutes les formes d'épilepsies de l'enfant et de l'adulte :

- le syndrome de West ;
- le syndrome de Lennox Gastaut ;
- le syndrome de Doose ou épilepsie myoclonique astatique ;
- le syndrome d'épilepsie absence myoclonique.

b) Carbamazépine (CBZ)

- la CBZ est active sur toutes les formes d'épilepsie, exceptée les absences et les épilepsies myocloniques.
- C'est un antiépileptique de référence dans les épilepsies partielles, en particulier les épilepsies du lobe temporal avec des crises partielles complexes.

Par ailleurs, il est noté également une action normothymique dans le traitement des psychoses maniaco-dépressives. La combinaison d'effets antiépileptique et normothymique peut être mise à profit dans les traitements d'épilepsies accompagnées de troubles de comportement.

c) Phénobarbital (PB)

Il est utilisé dans les cas suivants :

- le grand mal ;
- l'état de mal.

d) Phénytoïne (PHT)

Il est utilisé dans toutes les formes d'épilepsie sauf les absences.

En définitive, tous ces médicaments ont un effet tératogène.

1-9-1-5 Les nouveaux médicaments antiépileptiques

Les différentes présentations des nouveaux médicaments antiépileptiques sont résumées dans le tableau N°6

Tableau VI : les nouveaux médicaments antiépileptiques

DCI	Nom commercial	Forme galénique	Dose unitaire
Vigabatrin (GVG)	Sabril [®]	Comprimés	500mg
		Poudre à dissoudre	500mg
Felbamate (FBM)	Taloxa [®]	Comprimés	400,600mg
		Solution buvable	600mg/5ml
Gabapentine (GBP)	Neurontin [®]	Gélules	100, 300,400 mg
Topiramate (TPM)	Epitomax [®]	Comprimés	50, 100,200 mg
Phosphonytoïne (FOS)	Prodilantin [®]	Flacon de solution injectable	750mg
Oxcarbamazépine (OXC)	Trileptal [®]	comprimés	400, 800,1200 mg
Tiagabine (TGB)	Gabitril [®]	comprimés	5, 10,15 mg

➤ **Quelques indications des nouveaux médicaments antiépileptiques**

a - Vigabatrin (GVG)

- crises partielles avec ou sans généralisation secondaire,
- spasmes infantiles.

b- Felbamate (FBM)

Crises partielles avec ou sans généralisation secondaire, résistant au traitement habituel, syndrome de Lennox.

c- Lamotrigine

- Epilepsies pharmaco – résistantes partielles ou généralisées de l'adulte,
- Chez les enfants, tous les types d'épilepsie y compris les absences,
- Le syndrome de West et de Lennox Gastaut.

d- Tiagabine (TGB)

Epilepsies partielles réfractaires

e- Topiramate (TPM)

Epilepsies partielles,

Crises généralisées tonico-cloniques et cloniques

Efficacité dans les absences.

f- Oxcarbamazépine (OXC)

Elle est très efficace dans les crises partielles.

1-9-1-6 Les antiépileptiques adjuvants ou d'appoint

Les caractéristiques des médicaments antiépileptiques adjuvants

a- Les benzodiazépines

Quatre propriétés permettent de caractériser les benzodiazépines. Elles sont :

- antiépileptiques ;
- sédatifs ;
- anxiolytiques ;
- myorelaxants.

Elles ont un effet antiépileptique majeur immédiat sur tous les types de crises.

b- Ethosuximide

Elle a une action spécifique sur les absences brèves de l'enfant et de l'adolescent.

c- Primidone

Ses indications sont les mêmes que celles du phénobarbital. Elle possède ainsi les mêmes avantages et inconvénients. Elle ne doit pas être associée au phénobarbital.

1-9-2 Traitement chirurgical

Il peut être envisagé lorsque les crises persistent ou bien quand le patient ne sent pas d'amélioration. Globalement ce sont 30% des patients épileptiques qui s'avèrent pharmaco résistants, mais le phénomène est beaucoup plus observé dans les épilepsies partielles. Il existe de fausses pharmaco résistances qui sont dues à :

- une mauvaise observance du traitement ;
- des facteurs épileptogènes à supprimer : alcool, neuroleptiques,

antidépresseurs, certains antiépileptiques par erreur thérapeutique, celle-ci est souvent liée à une erreur de diagnostic syndromique.

Ainsi c'est pour les épilepsies rebelles aux médicaments antiépileptiques qu'une intervention chirurgicale est préconisée. Il existe deux types d'intervention chirurgicale:

1-9-2-1 *Traitement chirurgical curatif*

Le but de cette intervention est de procéder à l'exérèse complète des territoires corticaux où naissent et se propagent rapidement les décharges épileptiques.

Avant tout traitement chirurgical, il faut s'assurer que :

- les crises ont une origine univoque ;
- les aires corticales responsables ont pu être précisément identifiées ;
- la résection de la zone épileptogène pourra être réalisée sans créer un déficit neurologique ou cognitif.

1-9-2-2 *Traitement chirurgical palliatif*

L'objectif est de réduire la fréquence des crises ou leur sévérité. Il s'agit :

- soit d'empêcher la bilatéralisation des décharges (callosotomie);
- soit de moduler les mécanismes d'hypersynchronie qui caractérisent le processus épileptogène (stimulation chronique du nerf vague).

1-9-3 Principe du traitement

Le choix d'un traitement antiépileptique repose sur :

- l'identification du type de crise en utilisant la classification internationale actuelle ;
- une cause reconnue alors le traitement est étiologique ;
- une cause non identifiée alors le traitement est symptomatique de type médical ou chirurgical palliatif ;
- une monothérapie progressive est préconisée au début du traitement ;

- un traitement médicamenteux n'est pas dispensé à vie ; il doit être revu périodiquement afin de procéder à un arrêt progressif après cinq (5) ans de rémission des crises.

1-9-4 Evolution et pronostic

L'évolution est variable ; certaines formes vont durer quelques années et disparaître (en moyenne 12 à 13 ans) et d'autres vont durer toute la vie. Elle dépend de facteurs suivants :

- âge du début des crises ;
- fréquence des crises ;
- réponse au traitement ;
- présence ou non d'une atteinte neurologique sous jacente ;
- retentissement sur le comportement du patient.

1-9-5 Eléments de mauvais pronostic

- Un âge de début précoce ;
- une cause connue ;
- l'existence de signes cliniques ou neuroradiologiques d'encéphalopathie ;
- une grande fréquence des crises ;
- l'association de plusieurs types de crises ;
- un long délai entre le début de l'épilepsie et l'institution d'un traitement adéquat.

1-9-6 Traitement traditionnel

Le traitement traditionnel figure en bonne place dans l'arsenal thérapeutique contre l'épilepsie dans les pays en voie de développement [38]. Cette prise en charge tient compte des diverses croyances et représentations de cette maladie dans chaque pays. Ce traitement varie d'un pays à un autre et

selon le tradipraticien. Ces derniers utilisent divers moyens comme la tisane, les amulettes, sacrifices, et ou les interdits alimentaires. En Mauritanie ce traitement fait appel à des incantations de versets du Coran. Lorsqu'un tradipraticien prescrit des tisanes, les parents ne connaissent pas souvent la composition de ces dernières. Un désordre alimentaire est incriminé imposant d'antidote alimentaire comme du miel, des aliments sans sel non épicés et sans beurre. Parfois ce sont des sacrifices d'animaux et de bains rituels [39]. Au Burkina-Faso le malade doit se priver de la viande, des boissons alcooliques et des poissons. Le paiement est toujours très cher pour les malades et parfois ils n'arrivent pas à honorer les dettes. Le paiement peut être en nature ou en espèce [40]. Les méthodes traditionnelles comme la tisane peuvent avoir des effets anticonvulsivants car certaines formes d'épilepsies sont traitées avec succès par ces tradipraticiens. Parfois ils ont peur de traiter les épileptiques car ils pensent qu'ils pourraient alors transmettre l'affection à leur descendance. Les tradipraticiens jouent un rôle très important dans la prise en charge de la maladie car ils remédient ainsi au rejet dont est souvent victime l'épileptique. Ce n'est qu'après plusieurs échecs du traitement traditionnel que les malades décident de faire recours à la médecine moderne. Dans département de Mifi au Cameroun [41], la médecine traditionnelle et la médecine moderne semblent coexister sans pour autant se concurrencer.

1-9-7 La prise en charge globale du malade

Elle impose une bonne relation médecin-malade et doit permettre la prise régulière des médicaments. Des conseils doivent être donnés pour le travail (études, vie active) et les actes de la vie quotidienne (ménage, conduite de véhicule). Des interventions sont parfois nécessaires auprès des enseignants, des employés, des autorités de tutelle pour faciliter l'acceptation de ces épileptiques [42].

1-9-8 Aspects socio-culturels de l'épilepsie

L'épilepsie est en Afrique une maladie d'exclusion au même titre que la lèpre, la stérilité, ou le sida. Quelques unes des causes de l'ostracisme dont peut être l'objet l'épileptique sont : crainte de la contagion, maladie de punition, maladie infamante pour les familles [42].

Au niveau de la population, la maladie épileptique reste la maladie du silence. Le patient est caché par sa famille ou c'est le malade qui ne déclare pas sa maladie. Les malades sont rejetés ou au minimum marginalisés par la société dans toutes les cultures même dans les pays industrialisés [43]. Cet environnement pour le moins hostile favoriserait la répétition des crises [44]. En Afrique 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 ces esprits. L'organicité de la maladie est rarement citée témoignant de sa profonde méconnaissance dans les populations africaines.

1-9-9 Facteurs limitant l'accessibilité aux médicaments antiépileptiques

L'épilepsie reste de nos jours une affection entourée de mythes. Depuis des années des actions sont menées pour démystifier cette maladie. Ainsi l'OMS et deux organisations non gouvernementales telles la Ligue Internationale Contre l'Epilepsie (ILAE) et le Bureau International de l'Epilepsie (IBE) ont lancé la deuxième phase de la campagne mondiale contre l'épilepsie dénommée « SORTIR DE L'OMBRE » en mai 2000 à Dakar au Sénégal. Au cours de cette campagne, il a été décidé la mise en place des projets qui feront ressortir des moyens de combler le fossé thérapeutique existant dans tous les PED [45].

Lors de la deuxième réunion consultative des pays francophones pour la lutte contre l'épilepsie tenue à Lomé (Togo) les 19, 20 et 21 mars 2002, le Bénin a déclaré sa campagne pour sortir l'épilepsie de l'ombre [46].

Le manque de personnel qualifié et le déficit d'infrastructures sanitaires dans les zones rurales sont autant d'éléments qui constituent un obstacle à l'accès aux médicaments antiépileptiques.

D'autres facteurs comme le niveau économique des épileptiques, l'éloignement des structures médicales et la non disponibilité des médicaments dans les officines ou pharmacies jouent un rôle majeur dans l'échec de l'utilisation des médicaments antiépileptiques. Dans les zones rurales, l'enclavement des villages et la rupture de stock de ces médicaments antiépileptiques sont aussi évoqués.

Entre autre les effets secondaires de certains médicaments antiépileptiques sont incriminés dans l'abandon précoce du traitement en cours. Parfois les ruptures de stock notées sont dues à la mauvaise organisation des circuits de distribution en Afrique [47].

Les considérations socioculturelles erronées ont des conséquences thérapeutiques importantes. Ainsi les tradipraticiens restent le premier recours [48].

2 CADRE ET METHODE D'ETUDE

2-1 Cadre d'étude

L'étude sur l'itinéraire thérapeutique chez les patients épileptiques s'est déroulée dans l'arrondissement de DJIDJA, chef lieu de la Commune du même nom dans le département du ZOU.

2-1-1 La Commune de DJIDJA

La Commune de DJIDJA est la plus vaste des neuf Communes du département du ZOU ; située au nord-ouest de ce département elle couvre une superficie de 2184 km² soit 1,93% du territoire national (114771 km²)

Ses limites géographiques sont :

- Au Nord les Communes de DASSA-ZOUME et de SAVALOU dans le département des COLLINES
- Au Sud les Communes d'ABOMEY, de BOHICON, de AGBANGNIZOUN et de ZAKPOTA
- A l'Est la Commune de COVE
- A l'Ouest la Commune d'APLAHOUE dans le département du COUFFO et la REPUBLIQUE DU TOGO.

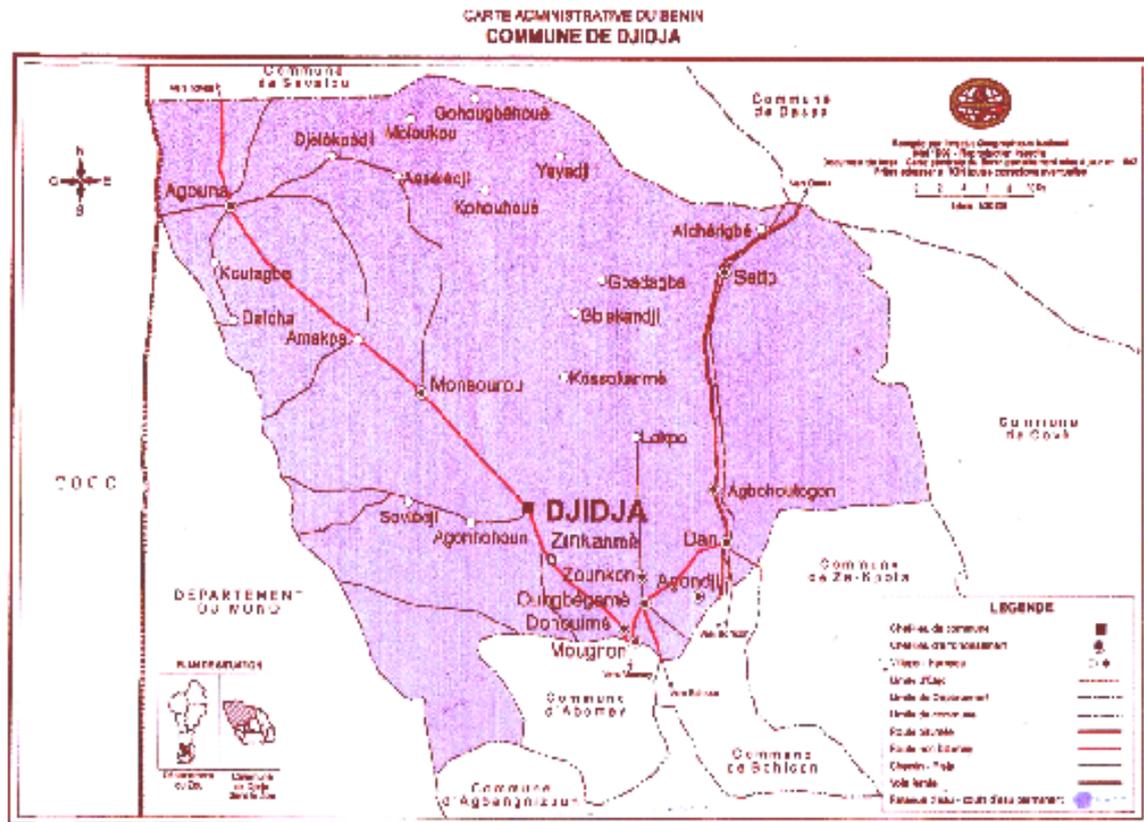


Figure 1 : Carte administrative de la commune de DJIDJA

Selon le recensement général de la population et de l’habitat de 2002 (projection 2005), la population de DJIDJA était de 90.586 habitants soit 1,3% de la population totale du BENIN (6.752.569 habitants).

La Commune de DJIDJA est subdivisée en douze (12) arrondissements qui sont : AGONDJI, AGOUNA, DAN, DOHOUME, GOBAIX, OUNGBEGAME, MONSOUROU, MOUGNON, OUTTO, SETTO, ZOUKOU, et DJIDJA.

L’arrondissement de DJIDJA encore appelé DJIDJA CENTRE est le chef-lieu de la Commune et est de loin le plus prospère des douze arrondissements. Il est constitué de onze (11) villages décrits dans le tableau ci-dessous :

Tableau VII : Composition de l'arrondissement de DJIDJA

Villages	Population du village (habitants)
AGONHOHOUN	1005
DJIDJA-ALIGOUDO	4 557
DJIDJA-MADJAVI	3 499
DONA	337
HOUNVI	1 301
KOME	470
SANWLAPA	606
SOVLEJNI	878
WOGBAYE	834
YE	941
ZINKANME	1 190
Total	15618

La population est à prédominance rurale. La densité humaine est de 41,5 habitants par kilomètre carré. La taille moyenne de ménages est 4,7. Le nombre total de femmes est de 47.476 pour 43.110 hommes avec un sex-ratio de 0,90.

Sur le plan religieux, l'animisme est pratiqué par 81,3% de la population suivie de la religion catholique et de l'islam.

L'ethnie Fon est majoritaire (70%) dans cette région; elle suivie des Adjias (20%) des Mahi (8%). On y rencontre aussi les Baribas les Peulhs et les Yorubas.

Sur le plan économique, le secteur primaire prédomine avec 80%, suivi du secteur tertiaire 16,5% et du secteur secondaire 3,5%. Le coton est cultivé

surtout dans du Nord de la Commune (AGOUNA). On retrouve également des palmiers à huile et des anacardiens. Les cultures vivrières comme le maïs, l'arachide et le haricot sont également produites. Malgré cette richesse en produits agricoles, cette zone a le seuil de pauvreté le plus élevé selon les études sur les conditions de vie des ménages.

L'hygiène et l'assainissement dans la Commune de DJIDJA sont encore faibles. L'arrondissement de DJIDJA ne possède en tout que 7 latrines familiales.

Au niveau des infrastructures, la Commune de DJIDJA dispose de :

- 09 centres de santé publics dont le taux de fréquentation varie entre 15 et 22%. Ces centres publics sont supervisés par un médecin généraliste.
- Des relais communautaires qui servent d'aide pendant les activités intéressant les différents villages.
- Des cabinets médicaux privés dirigés par des infirmiers

Cette Commune dispose de 01 médecin, 11 infirmiers, 09 sages femmes pour les 90.586 habitants.

2-1-2 La Clinique Universitaire de Neurologie du CNHU-HKM

La Clinique Universitaire de Neurologie est dirigée par le docteur AVODE Dossou Gilbert, Professeur Agrégé de Neurologie à la Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou. Elle reçoit et traite les patients souffrant d'affections neurologiques. Elle a servi de cadre pour la préparation et le traitement des données de l'enquête.

Composition

On y retrouve les secteurs et infrastructures suivants

- trois (3) salles d'hospitalisation au sein du pavillon de médecine, et comportant quatorze (14) lits.
- une salle de consultation ;

- une salle d'explorations fonctionnelles neurologiques qui dispose d'un équipement comprenant des appareils numérisés d'électroencéphalographie (EEG) fixes avec vidéo, d'EEG portable, d'électromyographie (EMG), de Potentiels Evoqués Auditifs (PEA), Somesthésiques (PES) et Visuels (PEV) ;
- trois (3) bureaux ;
- un secrétariat.

Le personnel

Il est composé de :

- un Professeur Agrégé, chef de service, Docteur AVODE Dossou Gilbert ;
- un Professeur Agrégé, Docteur HOUINATO Dismand Stéphan ;
- un médecin neurologue, Docteur ADJIEN Kodjo Constant ;
- cinq infirmières et infirmiers ;
- Une secrétaire ;
- deux agents d'entretien

2-2 La méthode d'étude

2-2-1 Le type d'étude

C'est une étude transversale à visée descriptive et analytique.

2-2-2 La période d'étude

Notre étude s'est déroulée pendant 1 mois soit du 10 Janvier 2005 au 11 Février 2005.

2-2-3 L'échantillon d'étude

2-2-3-1 La taille de l'échantillon

Notre étude a porté sur 135 épileptiques et 13 agents des structures médicales ou traditionnelles intervenant dans la prise en charge des épileptiques.

2-2-3-2 La population d'étude

- **Les épileptiques**

L'étude a porté sur une population d'épileptiques dépistés au cours d'une enquête portant sur l'ensemble de la population de l'arrondissement de DJIDJA. Des sources médicales que sont les registres de consultation du CCS de DJIDJA, du dispensaire Saint CAMILLE de DAVOUGON et des services de médecine et de pédiatrie du CHD ZOU ont été utilisées. D'autres sources non médicales constituées d'informateurs clés comme les tradipraticiens, les instituteurs, les chefs religieux, les chefs de villages et les notables ont également contribué à l'identification des épileptiques.

- **Les agents des différentes structures médicales ou traditionnelles que sont :**

- Deux (2) médecins : un pédiatre chef de service de Pédiatrie au CHD ZOU et un médecin généraliste exerçant au service de médecine interne du CHD ZOU
- Deux (2) infirmiers l'un responsable d'un cabinet médical à Zinkanme et l'autre responsable du dispensaire SAINT CAMILLE de DAVOUGON
- Trois (3) responsables de pharmacie respectivement la pharmacie du CHD ZOU ; de la pharmacie du service de pédiatrie du CHD ZOU ; de la pharmacie du CCS de DJIDJA
- Cinq (5) tradipraticiens et un (1) chef religieux de l'arrondissement de DJIDJA, réputés dans le traitement des épileptiques

2-2-4 Définition des cas d'épilepsie

2-2-4-1 Critères d'inclusion

Est identifié comme épileptique tout sujet ayant présenté au cours de son existence au moins deux crises d'épilepsie. Les patients ont été confirmés par un neurologue après un interrogatoire et un examen clinique. Tous les types de

crises d'épilepsie ont été retenus. Tous les patients prenant ou non un traitement antiépileptique ont été également pris en compte.

2-2-4-2 Critères d'exclusion

Tous les sujets ayant présenté une crise isolée, ou des crises survenues lors des situations particulières exceptionnelles telles que les troubles métaboliques, ou un défaut circulatoire à la suite de malaises d'origine cardiaque.

2-2-5 La collecte des données.

2-2-5-1 Les outils de collecte.

Les données ont été recueillies à l'aide des outils de collecte que voici :

- Un questionnaire « Itinéraire thérapeutique » destiné aux patients épileptiques ou leurs parents.
- Un questionnaire « Structures » destiné aux responsables des structures médicales ou traditionnelles qui prennent en charge ces malades.

2-2-5-2 La technique de collecte

La technique de collecte était la même pour les deux types de questionnaires. L'enquêteur pose à son interlocuteur les différentes questions prévues en proposant s'il y a lieu des items.

2-2-5-3 L'équipe de collecte.

La collecte des données a été effectuée par nous même aidé d'un médecin généraliste préalablement formé à l'utilisation des questionnaires.

2-2-6 Le traitement et l'analyse des données.

Les données recueillies ont été vérifiées, saisies et analysées à l'aide du logiciel SPSS version 11.01 for Windows. L'analyse statistique a consisté au calcul des différentes fréquences des variables étudiées pour la description.

2-2-7 Le système de référence

Nous avons adopté le système numérique séquentiel ou système de Vancouver. Dans ce système les références sont numérotées avec un chiffre arabe par ordre d'apparition dans le texte. Si une référence est citée plusieurs fois, elle conserve le numéro qui lui a été attribué lors du premier appel.

2-2-8 Considérations éthiques

Notre étude a reçu avant sa réalisation l'approbation des autorités à divers niveaux aussi bien administratifs que sanitaires. Ainsi le Maire de la commune de DJIDJA, le Directeur Départemental de la Santé (DDS) ZOU-COLLINES et le médecin–chef du CCS de DJIDJA ont donné leur accord à l'exécution de ce travail. De plus nous avons obtenu le consentement éclairé des personnes interrogées grâce aux chefs de villages et aux crieurs publics qui ont informé les patients de notre arrivée, expliquant que cette enquête contribuera certainement à améliorer la prise en charge des épileptiques.

2-2-9 Difficultés rencontrées et limites de l'étude

Nous avons tenu compte de la saison des pluies dans le choix de la période d'étude, pensant trouver les cibles libres des travaux champêtres mais nous avons été surpris par la campagne cotonnière qui a beaucoup occupé les paysans ; ceci expliquait leur indisponibilité nous obligeant à nous rendre plusieurs fois dans le même village soit tôt le matin, soit tard l'après-midi.

Les pistes de desserte rurale étaient très peu praticables et le matériel roulant était insuffisant et inadapté.

Pour motiver les patients convoqués au centre de santé où se déroulait la collecte des données, nous avons été contraints de leur offrir une « collation » et de les ramener dans leurs villages respectifs en fin de journée.

Les difficultés sont aussi liées au défaut de sensibilisation des patients qui ne comprennent pas l'intérêt qu'ils ont à répondre à un questionnaire ; certains exigent d'être payés ou de recevoir en contre-partie de leur collaboration des médicaments. D'autres encore préfèrent poser leurs problèmes de santé transformant l'interview en une véritable consultation médicale.

Au nombre des limites de l'étude nous pouvons citer :

- l'estimation du coût du traitement traditionnel ;
- l'absence d'informations précises sur la composition du traitement traditionnel, les tradithérapeutes étant réticents à nous livrer la composition de leurs potions.

3 RESULTATS

Au total, l'enquête a porté sur 135 épileptiques originaires des 11 villages de l'arrondissement de DJIDJA dépistés lors d'une enquête et confirmés par une consultation spécialisée de neurologie.

3-1 Enquête auprès des épileptiques

Le questionnaire sur l'itinéraire thérapeutique avait été administré aux 135 épileptiques ; 99 patients soit 73,3% de l'échantillon ont répondu personnellement ; pour les 36 autres (26,7%) les réponses ont été apportées par l'entourage.

1 seul des patients de notre échantillon soit 0,7% avait eu besoin d'un traducteur avant de répondre au questionnaire.

3-1-1 Caractéristiques démographiques et socio-professionnelles des patients épileptiques

3-1-1-1 Le Sexe

La répartition était presque équitable avec 68 hommes soit 50,4% de l'échantillon contre 67 femmes soit 49,6% ce qui donne un sex-ratio de 1,01

3-1-1-2 L'âge

L'âge des patients épileptiques de notre échantillon variait entre 1 et 75 ans avec une moyenne de 25,85 et un écart-type à 16,40. La figure N°2 résume la répartition des épileptiques selon les tranches d'âge.

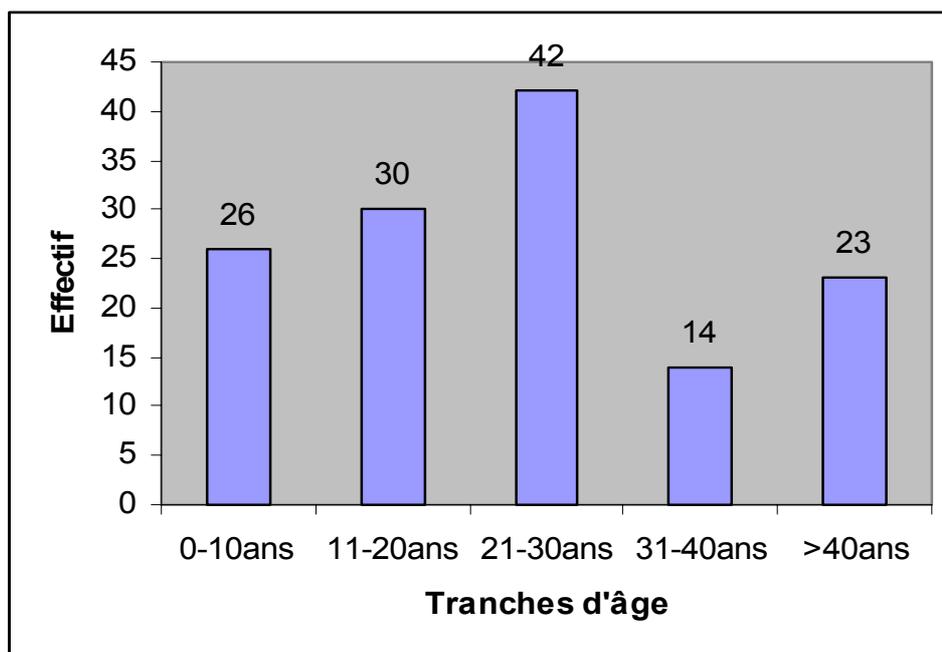


Figure 2 : Distribution des épileptiques en fonction des tranches d'âge, Djidja, 2005

3-1-1-3 *L'ethnie*

Le tableau N°8 montre la répartition des épileptiques selon leur ethnie.

Les sujets étaient en majorité des fons.

Tableau VIII : Répartition des épileptiques selon leur ethnie, Djidja, 2005

Ethnie	Effectif	Proportion (en %)
Fon	127	94,1
Adja	4	3,0
Peul	3	2,2
Mahi	1	0,7
Total	135	100,0

3-1-1-4 La religion

La figure N°3 montre la distribution des épileptiques selon leur religion.

Les animistes étaient les plus nombreux avec une fréquence de 51,8% suivis des chrétiens qui représentaient 45,2% et des musulmans qui faisaient 3%

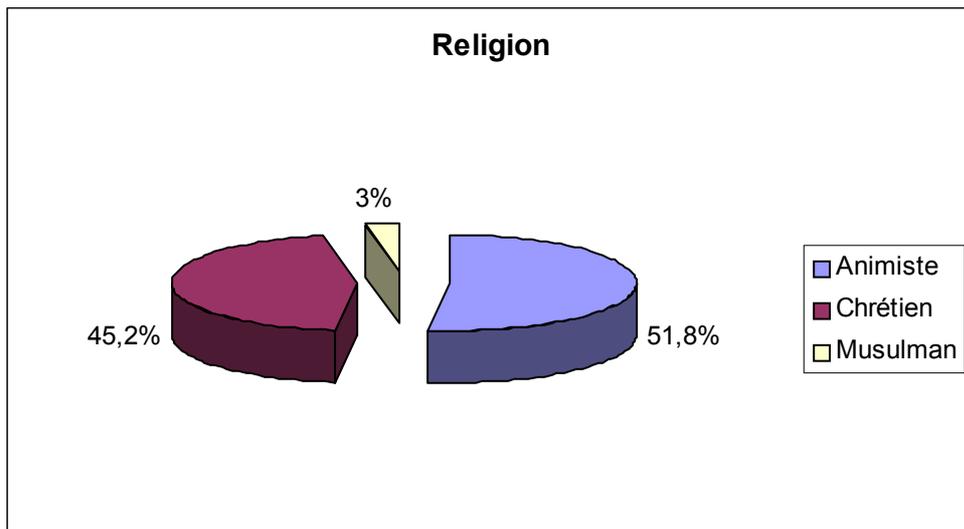


Figure 3 : Distribution des épileptiques selon leur religion

3-1-1-5 Le statut matrimonial des patients épileptiques adultes

Parmi les 135 épileptiques interrogés, 109 étaient des adultes (âge >15 ans)

Le tableau N°9 montre la répartition des patients adultes en fonction de leur statut matrimonial

Tableau IX : Répartition des épileptiques adultes selon leur statut matrimonial

Statut marital	Effectif	Proportion (en %)
Vit avec parents	57	52,3
Marié	45	41,3
Vit seul	7	6,4
Total	109	100,0

3-1-1-6 *La profession*

Le tableau N°10 résume la distribution des épileptiques en fonction de leur activité professionnelle.

L'agriculture était l'activité professionnelle majoritaire avec 80 individus sur 135 soit 59,3%

Tableau X : Répartition des patients en fonction de leur profession

Profession	Effectif	Proportion (en%)
Agriculteur	80	59,3
Inactif	30	22,2
Etudiant	12	8,9
Artisan/Commerçant	10	7,4
Profession libérale	2	1,5
Eleveur	1	0,7
Total	135	100,0

3-1-2 Etude de l'itinéraire thérapeutique

3-1-2-1 Avis des patients sur l'épilepsie

97 patients sur 135 soit 71,9% pensaient que l'épilepsie était une maladie naturelle tandis que 33 patients (24,4%) croyaient en une origine surnaturelle de leur maladie. 5 patients (3,7%) étaient restés sans avis.

3-1-2-2 La consultation initiale

103 malades sur 135 soit 76,3% de notre échantillon avaient consulté au moins une fois et ceci dès la première crise.

Le tableau N°11 résume la répartition des patients selon le choix du premier consultant

Tableau XI : Répartition des épileptiques selon le choix du premier consultant

Premier consultant	Effectif	Proportion (en %)
Tradithérapeute	57	55,3
Médecin	35	34,0
Infirmier	8	7,8
Chef religieux	3	2,9
Total	103	100,0

Plus d'un patient sur deux (55,3%) consultait un tradithérapeute dès la première crise.

Le premier consultant était le plus souvent indiqué par l'entourage dans 36% des cas. Sa réputation constituait le second facteur décisif (33%) alors que 25,2% des patients l'ont choisi parce qu'ils avaient confiance en lui. Seuls 2 patients sur 103 ont choisi le premier consultant au hasard parce qu'ils ne savaient pas à qui s'adresser.

3-1-2-3 L'entretien lors de la première consultation

Dans la plupart des cas, le premier consultant estimait que l'épilepsie était peu grave (34%), guérissable (52,4%) grâce à la prise de certains produits (83,5%) et le traitement devait être pris tout le temps (69%).

Plus rarement, il estimait que l'épilepsie était très difficile à guérir (4,8%), qu'on devait suivre un régime alimentaire précis (1%), des prières (1,9%) et un désenvoûtement (7,8%)

3-1-2-4 Traitement de la première crise

Aucun malade n'a reçu un traitement mixte c'est à dire à la fois médical et traditionnel.

Tableau XII : Répartition des épileptiques en fonction du type de traitement de la première crise

Type de traitement	Effectif	Proportion (en %)
Traditionnel	57	55,3
Médical	43	41,7
Prières	3	3,0
Total	103	100,0

3-1-2-5 Choix d'un deuxième consultant

Parmi les 103 épileptiques qui ont consulté au moins une fois, 58 soit 56,3% ont eu recours à un deuxième consultant pour se traiter.

La répartition des patients en fonction de la qualité du deuxième consultant est résumée dans le tableau N°13

Une fois de plus le tradithérapeute restait en tête de liste des consultants avec 33 individus sur 58 soit 57%

Tableau XIII : Répartition des épileptiques en fonction de la qualité du deuxième consultant

Deuxième consultant	Effectif	Proportion (en %)
Un autre tradithérapeute	33	57,0
Un autre infirmier	11	19,0
Plusieurs personnes	9	15,5
Un autre médecin	3	5,2
Chef du village	2	3,3
Total	58	100,0

3-1-2-6 *Traitement lors la deuxième consultation*

Comme lors de la consultation initiale, le traitement institué par le deuxième consultant est le plus souvent traditionnel 52,2% contre 32,8% pour le traitement moderne et 8,6% pour les prières. Notons que les traitements mixtes font leur apparition avec 3,4% des cas.

La figure ci dessous compare le traitement suivi après la consultation initiale et le traitement en cours au moment de l'enquête.

L'effectif des patients sous traitement traditionnel diminue tandis que l'effectif des malades sous traitement moderne, mixte et des prières augmente.

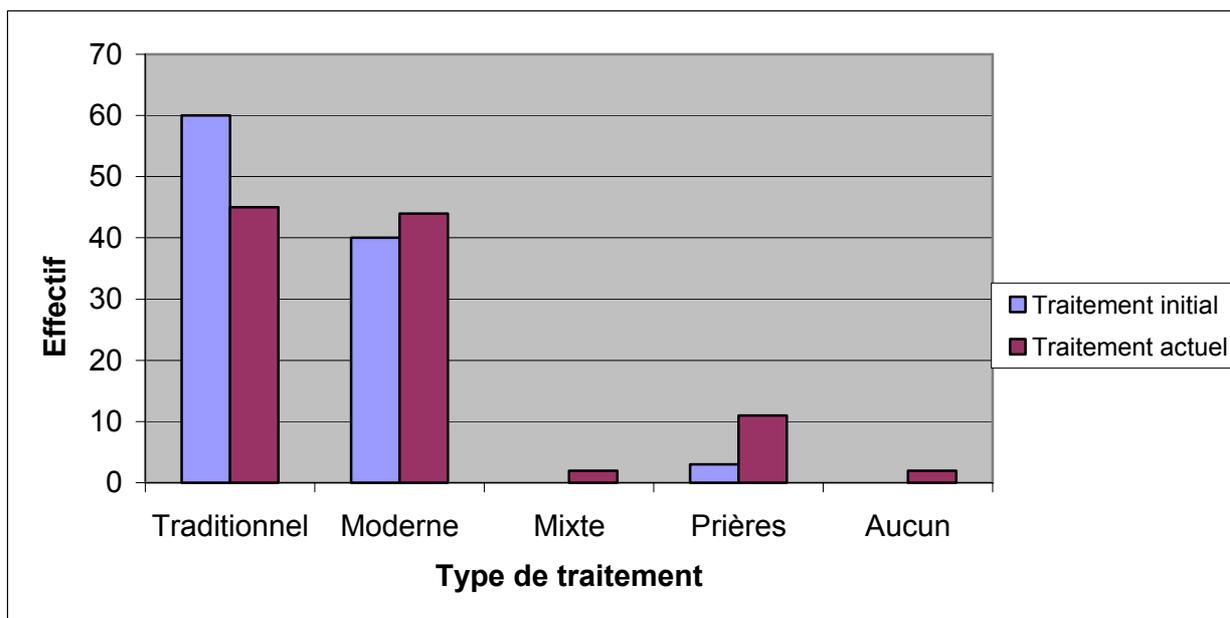


Figure 4 : Répartition des épileptiques en fonction du traitement initial et du traitement actuel

3-1-2-7 Facteurs limitant l'accessibilité aux soins antiépileptiques

Plusieurs facteurs limitent l'accessibilité aux soins notamment :

- Le niveau socio-économique

- 80 patients sur 135 soit 59,3% de notre échantillon étaient des agriculteurs à faible revenu
- 30 épileptiques soit 22,2% étaient inactifs donc dépendants d'une tierce personne

- Les aspects socio-culturels

Le vécu de la maladie constituait un facteur limitant l'accessibilité aux soins ; ceci poussait certains parents (35,5%) à cacher leur enfant pour plusieurs raisons :

- la honte (91,6%) ;
- le caractère imprévisible des crises (4,2%) ;
- la nécessité de protéger l'épileptique de la population (4,2%).

- La distance

La distance séparant le domicile du lieu de consultation habituel était en moyenne de 38,7 kilomètres néanmoins seuls 11 patients soit 10,7% estimaient que la distance était un obstacle au traitement.

3-2 Enquête auprès des structures traditionnelles et médicales

3-2-1 Les structures traditionnelles

3-2-1-1 Avis des responsables de structure sur la maladie

Tous les responsables des structures traditionnelles interrogés s'estimaient habilités à prescrire et à délivrer des antiépileptiques. Leurs connaissances seraient suffisantes pour diagnostiquer la maladie, proposer un traitement et donner des conseils aux malades.

Mais comme l'ensemble de la population de la localité, le tradipraticien ne reconnaissait que le grand mal. Le diagnostic était fait sur le récit du malade ou de son entourage. Un des cinq tradipraticiens interrogés, confirmait son diagnostic par l'administration d'une potion ayant la propriété de reproduire la crise.

Les causes évoquées par nos interlocuteurs étaient le plus souvent :

- la sorcellerie
- l'hérédité
- les transgressions de tabous et d'interdits
- la contagiosité

Le chef religieux et un des cinq tradipraticiens avaient avoué n'avoir pas pu guérir des cas d'épilepsie mais seulement avoir fait diminuer la fréquence des crises.

3-2-1-2 Composition du traitement

En fonction de l'origine surnaturelle (souvent les adultes) ou naturelle (cas des enfants) de la maladie, le traitement du tradipraticien était fait de sacrifices, de désenvoûtement et autres rituels ou de potions et d'interdits alimentaires. Dans le cas d'étiologie naturelle, l'ingestion de potion est quotidienne et sur une durée très longue variant de 6 mois à deux ans et les interdits alimentaires à vie.

3-2-1-3 Coût du traitement traditionnel

Le coût du traitement était très variable en fonction des villages et des saisons. En effet le mode de règlement des frais du traitement était le plus souvent en nature, le prix des produits exigés variant d'un village à un autre et d'une saison à une autre. Dans certains cas, l'estimation du coût du traitement atteignait deux cent mille francs CFA (200.000 FCFA)

Le chef religieux et un tradipraticien sur cinq n'exigeaient pas une somme d'argent ; le malade payait selon ses moyens et quelquefois le traitement était gratuit.

3-2-1-4 Suivi du traitement traditionnel

Trois des cinq tradipraticiens interrogés hospitalisaient les malades pour un suivi régulier sur une durée allant d'un mois à deux ans ; dans tous les cas les rendez-vous de contrôle ne sont pas prévus de façon systématique, le malade revient pour renouveler sa potion ou en cas de nouvelle crise.

3-2-2 Les structures médicales

3-2-2-1 Connaissance de l'épilepsie par le personnel médical

Les praticiens de la médecine moderne avaient une connaissance correcte de l'épilepsie ; mais le plus souvent seule la crise tonico-clonique généralisée était considérée comme crise d'épilepsie.

Les étiologies évoquées étaient celles liées à l'accouchement, les causes infectieuses (complications du neuropaludisme et de la méningite) et l'hérédité.

3-2-2-2 *Prescription du traitement médical*

L'antiépileptique le plus prescrit était le phénobarbital car de l'avis de nos interlocuteurs il serait efficace, de bonne qualité et d'un coût acceptable. Seuls trois des sept responsables de structure médicale ont déjà prescrit l'acide valproïque et la phénytoïne. Les molécules plus récentes comme le vigabatrin, la gabapentine et l'oxcarbamazépine étaient quasi inexistantes dans les structures visitées. Seul le dispensaire Saint CAMILLE de DAVOUGON les détenait mais ne les délivrait pas car en nombre insuffisant pour un traitement de longue durée.

3-2-2-3 *Coût du traitement médical*

Le tableau N°14 résume les prix de cession des antiépileptiques délivrés dans les structures médicales visitées.

Tableau XIV : Dosage et prix unitaire des antiépileptiques délivrés

Médicaments	Coût de cession	Dosage	Prix unitaire (par comprimé)
Phénobarbital		50 et 100 mg	5 francs CFA
Phénytoïne		100 mg	6 francs CFA
Valproate de sodium		200mg	50 francs CFA

Tous ces antiépileptiques étaient délivrés avec ou sans ordonnance et le patient avait la possibilité d'acheter le nombre de comprimés qu'il voulait.

3-2-2-4 Efficacité du traitement médical

Les prescripteurs d'antiépileptiques modernes estimaient que leur traitement était très efficace car entraînant une rémission des crises.

3-2-2-5 Suivi du traitement médical

Très peu d'épileptiques étaient hospitalisés et souvent pour une durée brève ; les rendez-vous de contrôle étaient systématiquement prévus à une fréquence variant de 60 à 90 jours mais de l'avis unanime de nos interlocuteurs peu de malades revenaient. Le dispensaire Saint CAMILLE qui délivrait quelques fois le phénobarbital gratuitement avait le plus fort taux de suivi des malades.

3-2-2-6 Disponibilité des antiépileptiques

Le phénobarbital était disponible dans toutes les structures ; par contre la phénytoïne, la carbamazépine et l'acide valproïque n'étaient disponibles qu'au centre confessionnel Saint CAMILLE. Tous ces médicaments étaient sous forme générique, les rares spécialités étant des « échantillons gratuits » en nombre insuffisant. Ces antiépileptiques étaient conditionnés en sachets, en plaquettes ou en boîtes.

3-2-2-7 Approvisionnement des structures et conditions de stockage

a) *Approvisionnement des structures*

La figure 5 ci-dessous résume le circuit d'approvisionnement des structures visitées

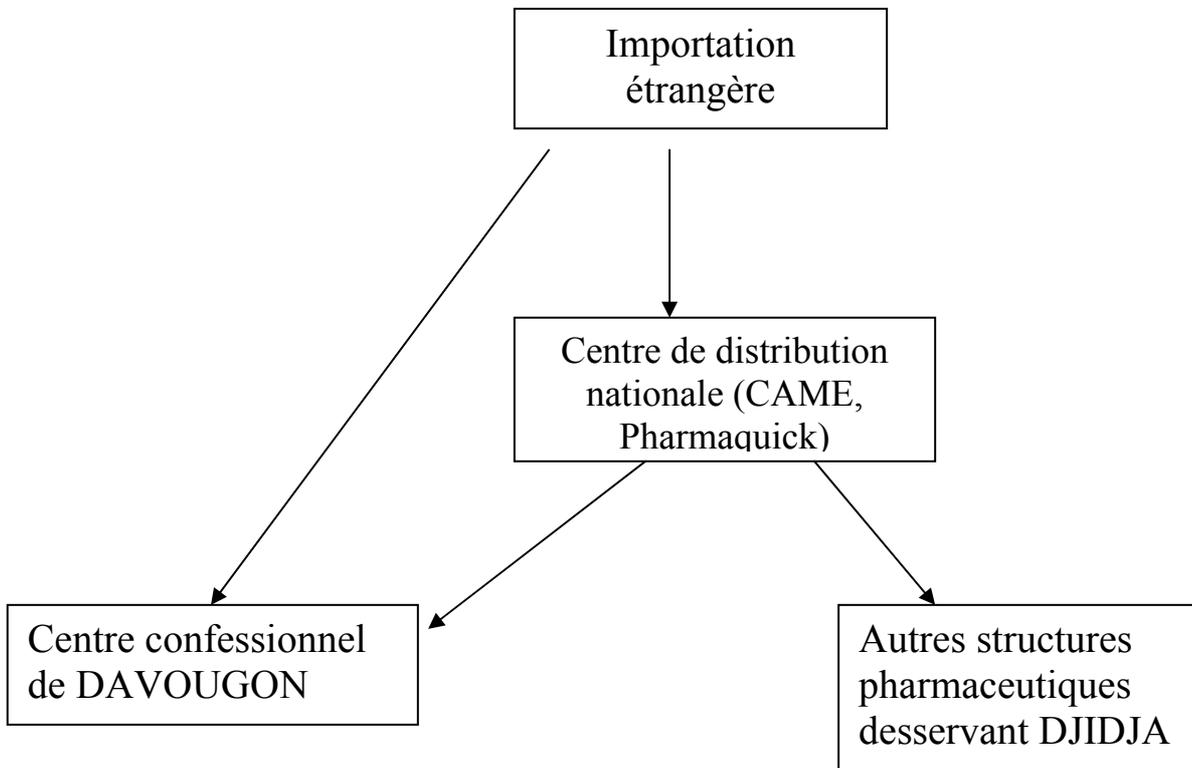


Figure 5 : Circuit des antiépileptiques à la disposition des malades à DJIDJA

Le rythme de l'approvisionnement en antiépileptiques variait selon la demande sur le marché. La rupture de stock est un phénomène exceptionnel dans les structures visitées ; si elle a lieu, elle durait au maximum sept jours.

Les médicaments délivrés à chaque livraison sont conditionnés en boîtes. La quantité livrée variait suivant la demande. Sur la même période au moment où certaines structures ne commandaient qu'une boîte de 1000 comprimés de phénobarbital 50mg d'autres en commandaient 10 boîtes.

Ces médicaments étaient reconditionnés dans des sachets étanches pour être vendu aux patients.

Tous les paiements des antiépileptiques s'effectuaient en espèces.

b) Conditions de stockage des antiépileptiques

D'une manière générale, les médicaments antiépileptiques étaient bien conservés dans les structures visitées.

Une seule structure pharmaceutique conservait les produits dans des boîtes posées à même le sol, exposées aux diverses intempéries. Les quatre autres structures délivrant des antiépileptiques les conservaient sur des meubles à l'abri de la chaleur, de la lumière et des pressions physiques.

3-3 Synthèse des résultats

3-3-1 Itinéraire thérapeutique

L'itinéraire thérapeutique commençait chez un tradithérapeute dès la survenue de la première crise. Vu la récurrence des crises, l'épileptique consultait un deuxième tradithérapeute, puis beaucoup d'autres personnes. Enfin il consultait un infirmier qui lui délivrait le phénobarbital, seul antiépileptique à sa disposition. Mais bien qu'efficace ce traitement moderne sera arrêté faute de moyens financiers.

3-3-2 Disponibilité des médicaments antiépileptiques

Le médicament antiépileptique délivré dans l'arrondissement de DJIDJA provenait des laboratoires nationaux et étrangers. La demande est le facteur décisif des commandes donc de la disponibilité de l'un ou l'autre des médicaments. Le phénobarbital était le plus prescrit et le seul antiépileptique présent dans toutes les structures. Il ne coûtait que 5 francs CFA le comprimé de 50mg.

3-3-3 Profil de l'épileptique

L'épileptique résidant dans l'arrondissement de DJIDJA était un jeune homme de 25 ans, d'ethnie fon, agriculteur, animiste, vivant avec ses parents et présentant des crises généralisées tonico-cloniques.

4 DISCUSSION

4-1 Caractéristiques démographiques et socio-professionnelles des épileptiques

4-1-1 Le sexe

La répartition par sexe au sein de notre population d'épileptiques était équitable alors que la plupart des auteurs ont fait état d'une prédominance masculine. Néanmoins Houinato et al [26] et Debrock et al [49] ont trouvé une prédominance féminine respectivement dans le département de la Donga et dans la commune de Zinvié.

4-1-2 L'âge

Toutes les tranches d'âge étaient incluses dans notre population d'étude mais, 82,9% de nos épileptiques avait moins de 40 ans. Ce résultat est superposable à celui de Andrianseheno et al. [50] qui ont trouvé à Madagascar 389 soit 79,3 % d'épileptiques de moins de 40 ans contre 101 soit 20,6 % de plus de 40 ans.

4-1-3 La religion

Les animistes ne représentaient que 51,8% des épileptiques de notre étude alors qu'au sein de la population générale de DJIDJA les religions traditionnelles (animistes) font 81,3%. Le même constat fut fait en 2004 par Sehoue [51] qui a étudié les épileptiques dans le même cadre que nous mais avec une population trois fois plus petite. Preux et al. [41] dans le département de Mifi au Cameroun n'avaient observé que 33,5% d'animistes dans une population générale majoritairement animiste.

Est- ce l'échec du traitement traditionnel qui amène les épileptiques à abandonner les religions traditionnelles?

4-1-4 La profession

Quatre vingt treize (93) malades sur 135 soit 68,9% avaient une activité génératrice de revenus. Dans leur grande majorité ils exerçaient des travaux champêtres qui étaient très souvent interrompues par la répétition des crises.

Les épileptiques qui bénéficiaient encore de l'assistance des parents passaient cette période sans difficultés majeures. Les patients qui vivaient seul avaient beaucoup de mal à survivre.

Au Cameroun, Dongmo [52] dans une étude en milieu rural relevait que 58,4 % des épileptiques étaient agriculteurs ; ce qui concorde avec la proportion d'agriculteurs (59,3%) retrouvée dans notre étude.

En Mauritanie, Traoré et al. [53] rapportaient dans une étude que seulement 29, 3 % étaient actifs.

L'épilepsie non prise en charge peut être qualifiée de maladie invalidante. L'exclusion des épileptiques du milieu professionnel est classique. Certaines administrations ou entreprises ne recrutent pas d'épileptiques car l'on pense qu'ils ne pourront pas fournir un bon rendement. La prise en charge correcte de ces épileptiques éviterait cette discrimination.

En Equateur, le retentissement le plus important de la maladie se fait sur l'emploi. La mauvaise opinion de la communauté sur les capacités intellectuelles et physiques des patients affecte les patients qui n'ont plus confiance en eux-mêmes. Cette considération diminue leurs possibilités de développement.[39].

Danesi au Nigéria [54] constatait que comparativement à la population générale, les épileptiques ont souvent un faible revenu. Ils gagnaient moins de 1000 Naira par an. Ils étaient rarement dans le groupe moyen au supérieur.

4-1-5 Le statut matrimonial des adultes

58,7% des épileptiques adultes étaient célibataires. La plupart d'entre eux (89,0%) vivaient avec des parents dont ils avaient souvent besoin de l'assistance en cas de crise.

Le contraire a été décrit par Sehoue [51] dans une étude réalisée à DJIDJA en 2004, où 60,7% des épileptiques étaient mariés.

Mais d'une manière générale la littérature fait le même constat que nous ; ainsi :

En République Centrafricaine seulement 20,9 % étaient mariés et 79,1%, célibataires [39].

Au Cameroun 73 % des malades étaient célibataires ; les jeunes femmes épileptiques étaient souvent « mariées » à des hommes âgés mais les rites habituels du mariage ne sont pas requis.[41].

Farnarier et al. [33] dans une étude sur les risques particuliers de l'épilepsie en Afrique constataient que le statut marital des épileptiques s'avère souvent différent de la population générale du fait d'une difficulté à se marier.

Ces épileptiques sont victimes des considérations sociales erronées sur cette affection. Connaissant la place qu'a la famille dans nos sociétés africaines, on peut dire que ces malades sont privés d'un droit essentiel. Le statut marital des patients reflète la discrimination dont ils font l'objet de la part de la société.

4-2 Vécu socio-culturel de l'épilepsie

Plusieurs dénominations étaient utilisées pour désigner cette affection. Cette dénomination est fonction de l'étiologie, des manifestations ou des circonstances de survenue de la maladie.

Dans notre cadre d'étude l'épilepsie est nommée « *adigbé* » ou « *ayidjèzon* » ce qui signifie « la maladie qui fait tomber ».

En Côte d'Ivoire chez les Baoulés l'épilepsie est appelée « *ngbétie* » qui fait allusion au début soudain de la maladie.

En Mauritanie le terme « *iguindi* » signifie toute manifestation clinique incluant les crises convulsives. Ces multiples dénominations témoignent de la connaissance de la maladie au sein de la population. Walker [55] dans une étude sur les nouveaux antiépileptiques dans les PED affirmaient que l'épilepsie était appelée « maladie de brûlure »

Dans l'arrondissement de DJIDJA l'épilepsie est vécue comme une maladie surnaturelle dans la majeure partie de la population ; elle serait due à la sorcellerie et aux envoûtements. L'aspect naturel a été aussi évoqué et cela serait lié à l'hérédité. Pourtant 71,9% des malades croient en l'étiologie naturelle. Nous avons remarqué que l'âge de la première crise influençait les croyances quant à l'origine de la maladie ; ainsi les patients ayant connu la première crise à la puberté ou à l'âge adulte pensaient tous être victime d'un envoûtement. Mais on est aussi en droit de se demander si certains épileptiques n'ont pas choisi l'étiologie naturelle parce qu'ils avaient en face d'eux des médecins dont ils connaissaient l'opinion sur la question.

Une étude menée par Avodé et al [56] pour apprécier les facteurs socio-culturels qui influencent le processus de prise en charge des malades épileptiques s'est déroulée dans le Sud du Bénin. Les résultats sont similaires à ceux obtenus dans notre étude. Ainsi, une interprétation erronée de l'affection a été retrouvée portant sur ses étiologies. Certains facteurs favorisaient la survenue de l'affection tels que l'huile de palme, les sauces gluantes, la transgression des interdits et l'apparition d'une nouvelle lune. La contagiosité, l'envoûtement, l'empoisonnement et l'incurabilité de l'affection ont été notés.

Traore en Mauritanie [53] notait que les causes alimentaires tels que l'excès d'aliments épicés, trop salés, la viande etc... ont été évoquées. Cet aspect n'a pas été ressorti ni de la part épileptiques ni de la part des tradipraticiens dans notre étude. Ces derniers soulignaient que ces aliments associés à l'huile rouge, le haricot rouge et les sauces gluantes diminuaient l'efficacité de leur thérapie d'où leurs interdictions.

Milleto [57] notait une conception familiale chez les Dogons qui croyaient à la transmission familiale de l'épilepsie « comme un souvenir ...c'est la lignée qui souffrait mais de quoi ?, des fautes des parents ?, des tabous violés ?, d'une sanction surnaturelle ? ».

Andrianseho [50] faisait le même constat dans son étude sur les aspects socio-culturels de l'épilepsie chez le Malgache. L'aspect surnaturel évoque l'action des esprits maléfiques, la transgression de tabou ; l'aspect naturel est dû aux carences diverses dans l'alimentation, aux vers intestinaux et autres.

Jaffré et al. et al [58] dans une étude anthropologique sur l'épilepsie au Mali rapportaient que ce sont « les esprits de la brousse » qui donneraient la maladie à ceux qui ne connaissaient pas les rituels protecteurs ni l'origine divine de la maladie ; ou qui transgressaient des interdits culturels (alimentaires, sexuels). Les stigmates physiques de la maladie acquis lors de chutes pendant la crise, telles les brûlures, les cicatrices et traces de fractures étaient parfois considérées comme des signes d'incurabilité.

Millogo [40] dans son étude à Bobo-Dioulasso rapportaient que l'épilepsie était due aux facteurs héréditaires (40 %), aux aliments (20 %) et aux esprits (16 %).

Ainsi les étiologies de l'épilepsie sont multiples et dépendent des croyances dans chaque pays et dans chaque ethnie.

Danesi et Shorvon et al [47, 54] ont noté que dans les PED ce sont plutôt les comportements hostiles du personnel de santé, la négligence de la composante psychologique, l'incompétence technique, l'absence d'assurance sociale et de politique médicamenteuse adaptée au statut économique qui poussent la population à recourir aux guérisseurs.

Tous les épileptiques ont reconnu leur maladie et accepté cette dernière comme partie intégrante de leur existence. Le même constat a été fait par Alison et al [59] en milieu rural en Afrique du Sud. Danesi [38] dans son étude au Nigéria rapportait que 35,9 % de ses patients n'acceptaient pas leur maladie.

La contagiosité était affirmée par deux tradipraticiens dans notre étude. Elle peut se faire à partir de la salive, de l'urine, du sang ou du sperme du malade.

Millogo et al. [40] au cours d'une étude sur l'épilepsie et la médecine traditionnelle rapportaient que la contagiosité par les chats, les lézards et le sang de ses animaux a été évoquée chez les tradipraticiens au Burkina Faso. Au niveau de la population, il y a une acceptation des épileptiques. Les femmes se voyaient interdire l'accomplissement de leurs tâches ménagères comme la cuisine ou autres. Les malades souffrent de cette marginalisation. Ils ont honte de leur maladie et se sentent diminués. Ils cachent alors leur diagnostic aux autres et le remettent en question.

Les relations interpersonnelles avec les épileptiques étaient de deux ordres ; d'une part l'acceptation et d'autre part le rejet. Danesi et al.[38] notait dans son étude que 74% de son échantillon avaient de bonnes relations interpersonnelles contre 25% ayant de mauvaises relations interpersonnelles. Le rejet des épileptiques n'était pas permanent. Ils étaient acceptés lorsqu'il y a une rémission des crises. Le même constat a été fait par Coleman et al [60] dans une étude en Gambie.

Danesi [38] au Nigéria affirmait que la discrimination et la non insertion professionnelle sont les inconvénients majeurs qui développent et entretiennent le « complexe » de l'épileptique. La majorité des épileptiques estimait qu'ils n'étaient pas des handicapés et avaient la même intelligence, la même ambition et les mêmes possibilités d'éducation que les gens sans épilepsie.

4-3 Etude de la prise en charge

4-3-1 Consultation initiale

La majorité des épileptiques identifiés se prenaient en charge dès les premières crises. Cette attitude témoigne de l'importance qu'attache la famille pour la guérison du malade. 55,3 % des patients avaient consulté un

tradipraticien. Ce comportement découle des représentations socio culturelles de cette affection dans nos sociétés africaines.

Le traitement des épilepsies en Afrique subsaharienne est étroitement lié à la représentation socio culturelle de cette pathologie [39].

L'interprétation de l'épilepsie comme manifestation surnaturelle ne peut autoriser d'emblée des méthodes médicales occidentales selon Danesi et al. [38].

4-3-2 Traitement des épileptiques

4-3-2-1 Comparaison entre les différents types de traitements dans quelques pays

Dans notre étude le traitement initial était traditionnel dans 55,3% des cas contre 38,8% pour le traitement moderne. Le traitement mixte connaît une croissance car absent au début du traitement il n'apparaît qu'en cas d'échec. C'est le cas de la thérapeutique par les prières exclusivement qui passe de 3,0% lors des premières crises à 10,6% des traitements en cours au moment de l'étude du fait de l'échec du traitement initial.

Une étude menée dans le département de la Donga au Bénin notait que 61,8 % des patients étaient sous traitement traditionnel ; 29,4% étaient à la fois sous traitement traditionnel et moderne et 8,8% étaient sans traitement. Aucun des patients n'était sous traitement moderne uniquement. [61]

En République Centrafricaine, 35,8% des épileptiques prenaient un traitement moderne, 28,3% un traitement traditionnel et 11,2% étaient sous traitement mixte d'après Preux et al [39].

Dans le Mifi au Cameroun selon le même auteur, 58% des épileptiques ont demandé le traitement médical seul [41]

Coleman et al. [60] dans une étude réalisée en milieu rural en Gambie notaient que tous les patients avaient utilisé un traitement traditionnel ; parmi les 69 patients qui ont une épilepsie active 42 soit 61% ont souhaité recevoir un traitement médical.

Preux et Tienmagni [41] dans une étude réalisée en milieu semi urbain au Cameroun rapportaient que la consultation traditionnelle occupait 91%.

Dongmo et al. [52] ont eu des résultats similaires dans leurs études en milieu rural camerounais (localité de Mbangassina), affirmaient que seulement 25,6% des patients ont eu recours à la médecine traditionnelle.

Andriantseho et al [50] à Antananarivo ont trouvé un résultat contraire aux résultats ci-dessus. 66,2% des patients consultaient chez le médecin et 26,2% allaient chez le tradipraticien ou le religieux. Cette prise de conscience de la part des épileptiques devra être utilisée pour entreprendre des démarches dans le cadre de la promotion des médicaments antiépileptiques.

4-3-2-2 Comparaison entre les traitements traditionnels dans certains pays

a) Les moyens

Dans notre étude le traitement traditionnel consistait en l'administration de potions à base de plantes et d'épices, des interdits alimentaires associés à des sacrifices et à la « désinfection » du lieu de la crise par le feu. Ce traitement variait d'un tradipraticien à un autre. Le chef religieux utilisait exclusivement les prières.

Le recours au traitement traditionnel se retrouve en bonne place dans l'arsenal thérapeutique contre l'épilepsie [38]. Ce traitement est corrélé aux diverses croyances de la maladie dans chaque région.

Les résultats de Millogo et al [40] au Burkina Faso concernant le traitement traditionnel étaient similaires à ceux obtenus dans notre étude. Cette thérapie traditionnelle était fondée sur la tisane, les racines, des infusions, les bains, les incantations, la « purification » du lieu de la crise par le feu. Les plantes utilisées étaient disponibles selon les tradipraticiens.

Selon Preux et al [41] dans le département de Mifi au Cameroun certains patients qui ont consulté les tradipraticiens avaient des poudres végétales

mélangées à de l'huile à avaler ou des potions. Certains patients avouaient inhaler de la fumée obtenue à partir d'un mélange de plantes. Il a été demandé à une femme de boire un liquide obtenu par filtration de l'eau qui avait servi à son bain. Cette eau de bain était obtenue à partir des plantes macérées. Rarement des scarifications sur l'abdomen ont été effectuées. Cette thérapie était toujours accompagnée d'interdits alimentaires comme l'œuf, la patate douce, la cannes à sucre et la viande.

Selon les tradipraticiens dans l'étude de Nkwi et Ndonko [62] chez les bamilékés au Cameroun, ces aliments risqueraient d'augmenter la sécrétion de la bave chez le patient et donc de favoriser la survenue de la crise. Les tradipraticiens pensaient que leur thérapie était la meilleure façon de guérir cette maladie. Aucun de ces tradipraticiens ne pouvait suggérer une formule exacte du traitement.

D'après Preux et al [41] au Cameroun les médecins affirmaient que l'effet placebo des thérapies traditionnelles pouvait avoir un bénéfice surtout dans une société où il y a une croyance surnaturelle de la maladie.

Traoré [53] dans une enquête menée en Mauritanie rapportait que 77,3 % de patients ont recours au traitement. Ces tradipraticiens faisaient des incantations des versets du Coran.

Dans notre étude, la moitié des tradipraticiens hospitalisaient les malades pendant une durée d'un mois à deux ans.

Les études de Millogo et al [40] rapportaient que 65,7% des guérisseurs croyaient qu'un patient épileptique doit être isolé d'une manière ou d'une autre ; 20,8 % pensaient qu'ils pouvaient être intégrés à la société et avoir l'opportunité de prendre des décisions. Cette conduite remédie à l'isolement dont fait l'objet l'épileptique et pourra améliorer son état clinique.

Ce traitement suscite quelques interrogations quant à la composition précise des tisanes, le dosage des différents principes actifs. Les patients ne sont-ils pas exposés à un risque de toxicité pouvant conduire plus tard à une

insuffisance rénale ? Certaines méthodes traditionnelles doivent être évitées car elles sont sources de dommage corporel. Elles portent atteinte à l'intégrité de l'individu (scarifications) ; elles sont sources de malnutrition chronique et de la toxicité de l'organisme par les tisanes. Ce traitement traditionnel mérite pourtant une attention particulière car pouvant contenir des propriétés anticonvulsivantes. Une collaboration s'impose avec les tradipraticiens en vue de déterminer la composition exacte des produits traditionnels.

b) Le Coût et l'efficacité

Le coût du traitement était très variable en fonction des villages et des saisons. Le mode de règlement des frais du traitement était le plus souvent en nature mais un acompte en espèce était toujours demandé. Le prix des produits exigés variait d'un village à un autre et d'une saison à une autre. L'estimation du coût du traitement variait entre trente mille (30.000) et deux cent mille francs CFA (200.000 FCFA).

Preux et al [42] rapportaient dans une étude au Cameroun que le coût du traitement variait de cent mille (100.000) à cent vingt mille (120.000) francs CFA. Seulement 30 % des patients ont révélé que le coût était trop élevé. 24 % de ces patients recommandaient simultanément la thérapie traditionnelle et moderne. Certains tradipraticiens proposaient aux patientes célibataires qui ne pouvaient honorer leurs dettes d'annuler cette dernière en les épousant.

Le résultat de l'étude de Millogo et al. [40] à Bobo Dioulasso notait que le paiement pouvait se faire en nature ou en espèce. En espèce, le prix variait de vingt deux mille à cinquante mille (22.000 à 50 000) francs CFA. En nature le malade peut offrir à volonté un poulet à mille (1000) francs CFA, ou un mouton à quinze mille (15 000) francs CFA ou une chèvre à dix mille (10 000) francs CFA.

Les patients ont consulté plusieurs tradipraticiens. Le coût global de ce traitement ne pouvait être chiffré car les dépenses étaient énormes. Les tradipraticiens reconnaissaient la cherté de leur thérapie.

Très peu de malades étaient satisfaits de leur traitement traditionnel ce qui justifiait son abandon à court et moyen terme.

4-3-2-3 Traitement par les médicaments antiépileptiques

a) Les moyens

Le phénobarbital, découvert en 1920 a révolutionné le traitement de l'épilepsie. Aujourd'hui plus d'une vingtaine d'antiépileptiques existe mais d'accès difficile dans les PED. Une étude effectuée dans 35 PED par la commission des médicaments antiépileptiques [63] de la Ligue Internationale Contre l'Epilepsie a conclu que la distribution et la disponibilité des médicaments antiépileptiques courants n'étaient pas homogènes sur le marché. Les considérations socio-culturelles expliquent l'effectif réduit des épileptiques qui avaient fait la consultation médicale dans cette étude. Ce sont les échecs répétés auprès de plusieurs tradipraticiens qui amenaient les malades à consulter un personnel médical.

Le phénobarbital est pour l'OMS l'antiépileptique de choix dans les PED [64] ; tous les patients de notre étude bénéficiant d'un traitement moderne étaient sous phénobarbital. Cette population n'avait pas accès aux autres antiépileptiques.

Preux et al [41] au Cameroun rapportaient que le phénobarbital 100mg était le plus utilisé.

Selon Diop et al [65] dans une étude sur la filière des soins antiépileptiques en Afrique notaient que le phénobarbital était prescrit dans 57 à 85 % en Afrique intertropicale.

Mani et al [66] en milieu rural indien notait que 50 % des épileptiques était sous phénobarbital.

Shorwon et Farmer [47] dans une étude sur l'épilepsie dans les PED affirmaient que le choix des antiépileptiques disponibles était sévèrement limité.

Dumas affirmait : « boire une eau impure ou non potable peut entraîner la mort, ne pas la boire du tout lorsqu'elle est la seule disponible entraîne obligatoirement la mort » [12]. Mais la place prépondérante donnée au phénobarbital dans la pratique médicale africaine doit être discutée car de l'avis de plusieurs commissions de l'ILAE, la situation du phénobarbital semble conditionnée par des facteurs économiques plutôt que par son efficacité et sa pertinence [63]

Dans d'autres pays comme le Zimbabwe, l'Inde et le Mali, la phénytoïne était le plus prescrit [67]. Le phénobarbital restait le médicament le plus souvent disponible, le plus présent car le moins cher [63]. Selon Traoré [53] en Mauritanie, tous les épileptiques avaient bénéficié d'un traitement de première intention à base du phénobarbital suivi d'autres médicaments comme la carbamazépine, l'acide valproïque et la phénytoïne. Dans notre étude ces derniers étaient prescrits seulement dans le centre confessionnel de DAVOUGON.

Les patients de notre étude n'avaient pas un suivi régulier ; ils ne revenaient pas au contrôle clinique qui pourtant était systématiquement prévu par le personnel soignant. La rémission passagère et le manque de moyens financiers justifiaient quelque fois l'abandon du traitement. C'est la survenue des crises qui motivait une nouvelle consultation. Le déficit thérapeutique entre les PED et les PI ne pourra être comblé que si l'on s'attaque au problème de pauvreté et des inégalités de revenus au niveau local, national et mondial.

b) Le coût et l'efficacité

Le phénobarbital 50 mg était le moins cher dans la zone d'étude, vendu entre cinq (5) et six (6) francs CFA le comprimé, contre dix (10) francs CFA selon Preux et al au Cameroun [41]. On remarque dans notre étude que la phénytoïne très peu prescrit par les soignants et inexistant de la quasi totalité des structures d'approvisionnement coûte pratiquement le même prix que le phénobarbital.

Certains patients observaient une rémission passagère des crises, mais d'autres constataient la persistance de ces dernières malgré une prise régulière des médicaments. Dans le département de Mifi au Cameroun, 72 % des patients affirmaient l'efficacité des antiépileptiques [41].

Danesi [38] rapportait dans une étude au Nigéria que 62,2 % des épileptiques étaient satisfaits du traitement moderne.

Kaiser et al [68] dans une étude sur le traitement antiépileptique en milieu rural africain a noté une rémission progressive. Les pharmaco résistances observées devaient conduire à un changement d'antiépileptique ce qui ne pouvait avoir lieu à cause de l'indisponibilité des antiépileptiques.

4-3-3 Etude dans les structures pharmaceutiques

Les mauvaises conditions de stockage des antiépileptiques pouvaient être à la base de la destruction du principe actif de ces médicaments. Cet état de chose conduit à l'inefficacité du traitement chez certains épileptiques. Il est important de sensibiliser les responsables des structures d'approvisionnement sur les conditions de conservation des médicaments.

Le manque de répartiteur de médicaments dans la zone d'étude explique les ruptures de stock observées. Les employés des structures parcouraient de longues distances avant de s'approvisionner. Il faudra alors une décentralisation des centres d'approvisionnement en médicaments antiépileptiques. Le nombre de boîtes en stock était plus élevé dans le centre confessionnel de

DAVOUGON ; malgré cela, des ruptures de stock y étaient constatées. Cette structure pharmaceutique aidait les plus démunis et parfois les médicaments étaient donnés gratuitement.

D'après l'étude de Preux et al [41] au Cameroun les pharmacies s'approvisionnaient par quinzaine et tous les principes actifs antépileptiques étaient présents sauf le vigabatrin et le progabide. Les malades se procuraient les médicaments antiépileptiques auprès des vendeurs ambulants ce qui n'était pas le cas dans notre cadre d'étude.

4-3-4 Facteurs limitant l'accessibilité aux antiépileptiques

4-3-4-1 Aspects socio-culturels

Les différentes considérations socio-culturelles liées à cette maladie constituent un obstacle majeur à un traitement médical adéquat. Les épileptiques sont marginalisés et privés de certains droits. Certains parents cachaient leur enfant épileptique. Néanmoins certains épileptiques étaient bien intégrés dans la société et n'étaient mis en quarantaine qu'en cas de crise. Le même constat a été fait par Danesi et al [38] dans une étude au Nigeria où 38% des parents cachaient leur enfant épileptique.

4-3-4-2 Aspects socio-économiques

Le bas niveau socio-économique de la zone d'étude fait que même le phénobarbital n'était pas souvent accessible ; cet état de fait se retrouve aussi dans l'étude de Kshiragar [69] qui évaluait entre 20 et 30 dollars US le coût de l'approvisionnement annuel d'un épileptique en phénobarbital ce qui le rendait du coup inaccessible à des populations dont le revenu moyen annuel était estimé à 110 dollars US.

4-3-4-3 *Autres aspects*

Les difficultés d'accès aux centres de santé du fait de l'éloignement des hameaux et de l'état des pistes ont une part importante dans la non compliance des antiépileptiques. La majorité des épileptiques parcouraient plusieurs kilomètres à pied ou à bicyclette avant de s'approvisionner en médicaments antiépileptiques. Thomas et al [70] en milieu rural indien rapportaient qu'une distance d'environ 82 km séparait les lieux de résidences des malades et les structures de santé. Les voies étaient impraticables surtout en saison pluvieuse et constituaient aussi un obstacle à une prise en charge efficace et régulière de leur affection.

La négligence de la composante psychologique par le personnel médical, l'absence d'assurance sociale et de politique médicamenteuse adaptée au statut économique sont les différents éléments qui amènent les malades à recourir aux tradipraticiens.

CONCLUSION

L'épilepsie reste encore un problème de santé publique dans les PED et surtout en Afrique subsaharienne. Au Bénin, l'arrondissement de DJIDJA dans le département du Zou a servi de cadre à une étude prospective sur l'itinéraire thérapeutique des épileptiques réalisée du 10 janvier au 11 février 2005.

Cette étude a permis de connaître le profil de l'épileptique à DJIDJA qui est un sujet de sexe masculin, âgé de 25 ans, agriculteur, d'ethnie fon, célibataire vivant encore avec ses parents.

La prise en charge de la maladie était précoce dès la première crise; les tradipraticiens constituaient le premier recours. Le traitement traditionnel fait de tisanes, prières, désenvoûtements et de restrictions alimentaires était institué par plusieurs tradipraticiens successifs. Quant au traitement médical, il était fait le plus souvent du phénobarbital. Le traitement traditionnel était très cher par rapport au traitement médical pourtant ce dernier était souvent arrêté faute de moyens.

Ces résultats suggèrent que la prise en charge des épileptiques en Afrique nécessite outre le renforcement des ressources humaines et matérielles, un effort visant à éduquer et à influencer positivement le milieu familial et l'environnement social dans son ensemble.

RECOMMANDATIONS

- *A l'endroit des familles et de la communauté*

Veiller à l'intégration des épileptiques dans les différents milieux de la société en évitant leur marginalisation.

- *A l'endroit du personnel de santé*

- Faire la prévention primaire en procédant à l'éducation et à la formation des agents de santé afin d'éliminer certaines causes spécifiques en Afrique ; une prévention secondaire en prenant en charge de façon adéquate ces épileptiques et une prévention tertiaire de la maladie en favorisant leur intégration socio-professionnelle.

- Intégrer le programme de lutte contre l'épilepsie dans les soins de santé primaires ;

- Impliquer les responsables des villages et les tradipraticiens dans cette lutte.

- *A l'endroit des autorités administratives et politiques*

- Doter le Programme National de Lutte contre l'Epilepsie et les Maladies Neurologiques de moyens humains, financiers et matériels afin de lui permettre d'être opérationnel sur le terrain

- Assurer la fourniture gratuite des médicaments antiépileptiques aux malades;

- Réduire les inégalités de revenus et la pauvreté au niveau local et national afin de permettre à ces épileptiques de s'approvisionner en médicaments.

- Adopter une législation spéciale de protection des droits des personnes atteintes de cette maladie.

REFERENCES

- 1 **Organisation Mondiale de la santé.** « Sortir de l'ombre » Campagne mondiale contre l'épilepsie. Faire sortir l'épilepsie de l'ombre en Afrique. Genève, Organisation Mondiale de la Santé, Communiqué de presse, 2000;30:3p.
- 2 **Avodé DG, Bouteille B, Houngbé F, Adjien CK, Adjidé C, Houinato D.** Epilepsy, cysticercosis and neurocysticercosis in Benin. *Eur Neurol* 1998;39:60-1.
- 3 **Dègla DG.** Devenir des épileptiques en milieu rural, cas de la commune de Zinvié. Thèse de doctorat en médecine. Cotonou, 1998;N°801:81p.
- 4 **Houinato D.** Evolution et pronostic des épilepsies. Mémoire bibliographique pour l'obtention du DEA d'épidémiologie et d'intervention en santé publique : Institut d'Epidémiologie Neurologique et de Neurologie Tropicale, Université de Limoges, 1992:24p.
- 5 **Genton P, Rémy C.** L'épilepsie. Paris : Ellipses, 1996:128p.
- 6 **Loiseau P, Jallon P.** Dictionnaire analytique d'épileptologie clinique. Paris : Johnson Libbey Eurotext, 1990:315p.
- 7 **Loiseau P.** Les épilepsies Paris : Masson, 1981:275p.
- 8 **Organisation Mondiale de la Santé.** Historique de l'épilepsie. Aide mémoire 2001;168:4p.
- 9 **Handi TI, Al-Husaini AA, Al-Hadithi F.** The epilepsy : clinicial and epidemiological aspect availability and desirability of services. *Epilepsy* , the 8th International symposium. New-York : Raven press, 1977:393-9.
- 10 **Snow RW, William RE, Roger JE, Man'al VO, Peshu N.** The prevalence of epilepsy among a rural Kenyan population. *Trop Geogr Med* 1994;46:175-9.

- 11 **Pilard M, Brosset C, Junod A.** Les représentations sociales et culturelles de l'épilepsie. *Med Afr Noire* 1992;39:652-7.
- 12 **Jallon P, Dumas M.** L'épilepsie dans les pays en voie de développement. *Epilepsie* 1998;10:101-3
- 13 **Loiseau P.** Epilepsie : Epidémiologie, données économiques. *Neuroradiology* 1983;10:119-21.
- 14 **Preux PM, Druet-Cabanac M, Debrock C, Tapie P, Dumas M,** le comité de recherche sur l'épilepsie de l'Institut d'Epidémiologie Neurologique et de Neurologie Tropicale de Limoges. Questionnaire d'investigation de l'épilepsie dans les pays tropicaux. *Bull Soc Pathol Exot* 2000;93:276-8.
- 15 **Arborio S, Jaffrey, Fanarier G, Doumbo O, Dozon JP.** Etude du kirikimasien (épilepsie) au Mali .Dimensions étiologiques et nosographiques. *Med trop* 1999;59:176-80
- 16 **Avodé DG, Bouteille B, Avimandjè M, Adjien CK.** Epilepsie, hypertension intracrânienne et syndrome confusionnel et cysticerose cutanée : à propos d'un cas observé en milieu hospitalier au Bénin. *Bull Soc Pathol Exot* 1994;87:186-8.
- 17 **Avodé DG.** Epidémiologie de la neurocysticerose en Afrique Noire. *Med Afr Noire* 1996;43:468-71.
- 18 **Avode DG, Houinato D, Adjien C, Tévoedjre DAMM, Adoukonou Th.** Carctéristiques de l'épilepsie en milieu scolaire à Cotonou au Bénin. *Le Bénin médical* 2001;19:31-33.
- 19 **Commission on tropical diseases of the International League Against Epilepsie.** Relation-ship between epilepsy and tropical diseases. 1994;35:89-3.
- 20 **Gbénou HD.** Contribution à l'étude de l'association onchocercose épilepsie. Résultats préliminaires d'une enquête neuroépidémiologique à Agbogbome commune de Paouignan, sous préfecture de Dassa zoumè au Bénin .Thèse de doctorat en médecine. Cotonou, 1995;N°655:104p.
- 21 **Grunitzky KE, Dumas M, Mbella EM, Balogou AM, Hegbe M, Raniandrisoa H.** Les épilepsies au Togo. *Epilepsies* 1996;8:189-231.

- 22 **Kaiser C, Kipp W, Asaba G, Mugiba C, Kabagambe G, Rating D.** The prevalence of epilepsy folones the distribution of onchocercosis in west Ugandan fours. Bull WHO 1996;74:361-7.
- 23 **Preux PM, Melaku Z, Druet-cabanac M, Avodé DG, Grunitzky EK, Bouteille B.** Cysticercosis and neurocysticercosis in Africa :current statuts. Neurological Infections and epidemiology 1996;1:7-12.
- 24 **Sander JWAS, Shorvon SD.** Epidemiology of the epilepsies. Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry 1996;61:433-43.
- 25 **Preux PM, Druet-Cabanac M.** Epidemiology and aetiology of epilepsy in sub-Saharan Africa. Lancet Neurol 2005;4:21-31.
- 26 **Houinato D, Avode DG, Adjien CK, Gnonlonfoun DD, Adoukonou T.** Epidémiologie de l'épilepsie dans le septentrion. Communication orale au Xième Congrès de la PAANS Cotonou 11-13 mars 2004.
- 27 **Houinato D, Makoutodé M, Traoré H, Kayitare MJ, Avodé DG.** Prévalence de l'épilepsie dans les sous préfectures d'Athiémé et de djakotomey (département du Mono). Le Bénin médical 1999;11:87-91.
- 28 **Zohoun S.** Estimation de la prévalence de l'épilepsie à Zinkanme, commune de Djidja : intérêt de l'utilisation de multiples sources d'information. Thèse de doctorat en médecine. Cotonou, 2004;N°1145:80p.
- 29 **Farnarier G, Moukeba –Mounguengui M, Kouna P, Assengone-Zeh Y, Gueye L.** Epilepsie dans les pays tropicaux en voie de développement : une étude de quelques indicateurs de santé. Epilepsies 1996;8:189-213.
- 30 **Aziz H, Ali SN, Frances P, Khan MI, Hasan KZ.** Epilepsy in Pakistan : a population based epidemiological study. Epilepsia 1994;35:950-8.
- 31 **Adamolekun B.** The etiologies of epilepsy in tropical Africa . Trop Georg Med 1995;47:115-7.
- 32 **Lüders H, Acharya J , Baumgartner C, Benbadis S , Bleasel A, Burgess R.** Semiological seizure classification. Epilepsia 1998;39:1006-13.

- 33 **Farnarier G, Guéye L.** Facteurs de risques particuliers des epilepsies en Afrique. *Epilepsies* 1996;10:105-14.
- 34 **Loiseau P.** Génétique et épilepsie. Communication orale présentée au 2ème congrès International de Neurologie tropicale, Limoges, 21-23 septembre 1994
- 35 **Dielh LW.** Socio cultural influences on the wrong behaviour toward the epileptics. *Med Afr Noire* 1990;23:473-6.
- 36 **Commission On Epidémiology and Prognosis, International League against Epilepsy.** Guidelines for epidemiology studies on Epilepsy. *Epilepsia* 1993;34:592-6.
- 37 **Commission on Classification and Terminology on the International League Against Epilepsy.** Proposal for revised classification of Epilepsy and Epileptic Syndromes. *Epilepsia* 1981;30:389-99.
- 38 **Danesi MA, Adetundji JB.** Use of alternative medicine by patients with epilepsy. A survey of 265 epileptic patients. *Epilepsia* 1994;35:344-51.
- 39 **Preux PM.** Contribution à la connaissance épidémiologique de l'épilepsie subsaharienne. Thèse de doctorat en santé publique, Université de Limoges, 2000:395p.
- 40 **Millogo A, Ratsimbazafy V, Nubukpo P, Barro S, Zongo I, Preux PM.** Epilepsy and traditional medicine in Bobo Dioulasso (Burkina - Faso) *Acta Neurol Scand* 2004;109:250-4.
- 41 **Preux PM, Tiemagni F, Fodzol, Ngouagong P, Macharia W, Dongmo L.** Antiepileptic therapies in the Mifi province in Cameroon. *Epilepsia* 2000;41:432-9.
- 42 **Leger JM, Preux PM, Chaouch M, Druet-Cabanac M, Dupont J, Farnarier G.** *Epilepsies*. Paris : Doin, 2003:80p.

- 43 **Commission On Epidémiology and Prognosis ,International League against Epilepsy.** Guidelines for epidemiology studies on Epilepsy. *Epilepsia* 1993;34:592-6.
- 44 **Scoh RA, Lhatoo SD, Sander JWAS.** Le traitement de l'épilepsie dans les pays en développement; quelles pistes pour demain? *Bull OMS* 2001;5:80-86.
- 45 **Organisation Mondiale de la Santé.** Epilepsy : Scientific and medical advances. World Health Organisation Press office 1997;167:3p.
- 46 **Avode DG, Houinato D, Adjien CK, Adoukonou T, Djigbenoudé O.** Plaidoyer pour sortir l'épilepsie de l'ombre au Bénin et pour mieux la combattre. Communication orale, II^{ème} Réunion Consultative pour la mise en œuvre de la campagne mondiale contre l'épilepsie dans les pays francophones de l'OMS/AFRO Lomé (TOGO) 19- 21 mars 2002.
- 47 **Shorvon SD, Farmer J.** Epilepsy in developping countries : a review of epidemiological, socio cultural, and treatment aspects. *Epilepsia* 1998;29(supl. 1):S36-S54.
- 48 **Amani N, Durand G, Delafosse RCJ.** Incidences des données culturelles dans la prise en charge des épileptiques en Afrique noire. *Psychopathol Afr* 1994;26:331-9.
- 49 **Debrock C, Preux PM, Houinato D, Druet-Cabanac M, Kassa F, Adjien CK.** Estimation of the prevalence of epilepsy in the Benin region of Zinvié using Capture-recapture method. *International Journal of Epilepsy.* 2000;29:330-5.
- 50 **Andriantseho LM. , Rakotoariuony MC.** Aspects socioculturels de l'épilepsie chez le Malgache. Enquête C.A.P. faite à Antananarivo. Communication présentée au Troisième Congrès de Neurologie Tropicale, Fort-de-France, Martinique, du 30-1-2 Décembre 1998.
- 51 **Sehoue M.** Itinéraire thérapeutique des épileptiques dans la commune de Djidja. Thèse de doctorat en médecine. Cotonou 2004;N°1144:86p.
- 52 **Dongmo L, Echouffo TJB, Njamnshi A, Kamdem PM, Sini V, Pepouomi MN.** Difficultés de la prise en charge de l'épilepsie en milieu rural camerounais : le cas de la localité de MBANGASSINA, *African Journal of Neurological Sciences* 2003;2:1-7.

- 53 Traore H, Diagana M, Debrock A, Ba A, Algad B, Preux PM.** Approche socio culturelle de l'épilepsie en Mauritanie. *Med Trop* 1998;58:365-8.
- 54 Danesi MA.** Availability and distribution of antiepileptic drugs in developing countries. *Epilepsia* 1965;26:117-21.
- 55 Walker Earl A.** The Current Status of epilepsy in some developping Countries. *Epilepsia (Amst)*, 1972;13:99-106.
- 56 Avode DG, Houinato D.** Facteurs culturels et épilepsie au Bénin. *Rev Neurol* 2000;156:64-6
- 57 Milletto G.** Vues traditionnelles sur l'épilepsie chez les Dogons. *Med Trop* 1981;4:291-6.
- 58 Jaffre Y, Humbert A, Arboris S, Farnarier G.** Etude anthropologique de l'épilepsie au Mali. Présentation générale .*Communication Epilepsies* 2001;13:29-31.
- 59 Alison H, Queen MC, Swartz L.** Reports of the experience of epilepsy in a rural South African Village.*Soc . Sci. Med.* 1995;40:859-65.
- 60 Coleman R, Lopyy L, Walvaren G.** The treatment gap and primary health care for people with epilepsy in rural Gambia. *Bull WHO* 2002;805:378-83.
- 61 Gnonlonfoun DD.** Epilepsie en population générale dans le département de la Donga. Thèse de doctorat en médecine. Cotonou 2003;N°1050:96p.
- 62 Nkwi PN, Ndonko FT.** The epileptic among the bamilékéés of Maham in the division, west province of Cameroon . *Cult Med psychiatry* 1989;13:437-48.
- 63 Commissions (III and IV) on Antiepileptic Drugs of the International League Against Epilepsy.** Availability and distribution of Antiepileptic drugs in Developing Countries. *Epilepsia* 1985;26:117-21.

- 64 De Silva M.** Randomised comparative monotherapy trial of phenobarbitone, phenytoin, carbamazepine or sodium valproate for newly diagnosed childhood epilepsy. *Lancet Neurol* 1996;347:709-13.
- 65 Diop AG, Ndiaye M, Diagne M, Thiam A, Sene Diouf F, Diallo AK.** Filières des soins antiépileptiques en Afrique. *Epilepsie* 1998;10:115-21.
- 66 Mani KS, Rangan G, Srimivas Hv, Soundharan VS, Subbakrihna DK.** Epilepsy control with phenobarbital or phenytoin in rural South India : the yelandur study. *The Lancet Neurol* 2001;357:1316-20.
- 67 Uchoa E, Corin E, Bibeau G, Koumare B.** Représentations culturelles et disqualification sociale. L'épilepsie dans trois groupes ethniques au Mali. *Psychopathol Afr* 1993;25:33-57.
- 68 Kaiser MDC, Asaba G, Mugosa C, Walter Kipp MD, Kasoro S, Rubaale T.** Antiepileptic drug treatment in rural Africa : involving the community. *Tropical doctor* 1998;73-77.
- 69 Kshiragar NA, Shah PU.** Management of epilepsy in developing countries. In: Pedley TA, Meldrum BS. *Recent advances in epilepsy*. Edimbourg (Ecosse), Churchill Livingstone, 1992:124p.
- 70 Thomas SV, Sarma Ps, Alexander M, Pandit L, Shekhar L, Trivedi C.** Epilepsy car in six Indian cities : a multicenter study on management and service. *Journal of the Neurological Sciences* 2001;88:73-77.

ANNEXE N°1

QUESTIONNAIRE—ITINERAIRE THERAPEUTIQUE

I Identification Enquêteur – fiche de données

1) Date de l'enquête :..... 2) Numéro de fiche
:.....

3) Nom de l'enquêteur :
.....

ne rien écrire ici

4) Le sujet répond à l'enquête : (oui = 1 ; non = 2)

5) Si non , préciser la personne qui répond

6) Un traducteur a -t-il été nécessaire ? (*Oui =1 ; Non =2*)

II Etat civil du sujet enquêté

7) Nom (*majuscule*) :.....

8) Prénom :.....

9) Adresse (*tout renseignement permettant de retrouver l' individu*)
.....
.....
.....

10) Age (âge exact) :.....

11) Sexe :.....
(*masculin =1 ; féminin=2*)

12) Ethnie (préciser).....

13) Religion

14) - Ville :.....

15) - Quel est le statut marital du sujet ?.....

(marié=1 ; concubinage=2 ; vit avec ses parents=3 ; vit seul=4 ; autres=5 ; ne sait pas= 9

16) – Quelle est la profession ou l'activité , du sujet enquêté ?.....
(salarié ou fonctionnaire =1, artisan ou commerçant =2, agriculteur = 3 ; étudiant = 4 ;
éleveur = 5 ; travail à domicile =6 ; inactif = 7 ; profession libérale = 8 ; autres = 9)

III Itinéraire thérapeutique

17) Que pensez vous de l'épilepsie :.....
Maladie naturelle = 1 ;Surnaturelle =2

18) Age de la 1^{ère} crise :

19) Avez-vous consulté quelqu'un après la/les 1ères crise?.....
oui =1 ; non = 2

20) si non, pourquoi ?.....
ce n'était pas grave= 1 ; c'est une maladie honteuse= 2 ; problème de transport = 3 ;
problème d'argent pour l'honoraire = 4 ; problème d'argent pour le traitement= 5 ;
autres (préciser) = 6 ; ne sait pas = 7

21) Si oui, aviez-vous consulté rapidement?
oui =1 ; non = 2

22) Qui avez-vous consulté la 1^{ère} fois?.....
le chef du village = 1 ; un sage du village = 2 ; un tradithérapeute = 3 ; un médecin =
4 ;
un pharmacien = 5 ; un infirmier = 6 ; autres (préciser)= 7 ; ne sait pas = 9.

23) Quelle avait été la raison de ce choix?.....
vous aviez confiance en lui = 1 ; on vous l'avait indiqué = 2 ; vous le connaissiez de
réputation = 4;
vous ne saviez pas à qui vous adresser = 5 ; autres (préciser) = 6.

24) Où se trouvait le lieu de consultation ?.....
Dans le village même = 1 ; dans une autre région = 2 ; à l'étranger = 3

25) Que vous avait dit la personne consultée à propos de ce qui vous arrivait?.....
Sur sa gravité :.....
peu grave = 1 ; grave = 2 ; très grave = 3

Sur sa curabilité:.....
facile à guérir = 1 ; guérissable = 2 ; très difficile à guérir = 3
rapidement guérissable = 4 ; long à guérir=5 ; très long à guérir = 6 ; ne sait pas = 7

Sur les moyens d'y parvenir:.....

la prise de certains produits = 1 ; la réalisation de désenvoûtement = 2 ;
la mise en œuvre de prières = 3 ; un régime alimentaire précis = 4 ;
l'observance de règles de vie particulières (préciser) = 5 ; autres (préciser) = 6

Sur le moment de mise en œuvre de ces moyens.....

3 ; tout le temps = 1 ; avant les crises = 2 ; pendant les crises =
après les crises = 4 ; chaque fois que possible = 4 ;
dans des circonstances particulières (préciser) = 5 ; autres
(préciser) = 6

26) Avant la consultation, pensiez-vous qu'il.....
pourrait vous guérir = 1 ; pourrait vous améliorer = 2 ; ne pourrait pas grand chose pour
vous = 3 ;
sans avis = 4 ; autres (préciser) = 5.

27) Avant même de consulter, quels étaient, d'après vous, les moyens qui pouvaient vous
permettre de guérir?.....
des plantes = 1 ; un désenvoûtement = 2 ; des médicaments = 3 ; des prières = 4 ; un régime
alimentaire = 5 ; des règles particulières = 6 ; sans avis = 7 ; autres (préciser) = 8.

28) Avant de consulter, estimiez-vous les moyens nécessaires
probablement.....
très onéreux = 1 ; raisonnables = 2 ; peu chers = 3 ; sans avis = 4 .

29) Quel a été le traitement de la toute première
crise ?.....
Traditionnel = 1 ; Moderne = 2 ; Mixte = 3.

30) Avez-vous consulté d'autres personnes ?.....
Oui = 1 non = 2

31) Si oui : qui était-
ce?.....
un autre chef de village = 1 ; un autre sage du village = 2 ; un autre tradithérapeute =
3 ;
un autre médecin = 4 ; un autre pharmacien = 5 ; un autre infirmier = 6 ;
plusieurs autres personnes (préciser) = 7 ; ne sait pas = 9.

32) Quelle avait été la raison de ce
choix?.....
vous aviez confiance en lui(eux) = 1 ; on vous l'(es) avait indiqué(s) = 2 ; vous le(s)
connaissiez de réputation = 4 ; vous ne saviez pas à qui vous adresser = 5 ; autres (préciser) =
6.

33) Où se trouvait le lieu de consultation
?.....
Dans le village même = 1 ; dans une autre région = 2 ; à l'étranger = 3

34) Que vous avait dit cette(ces) autre(s) personne(s) consultée(s) à propos de ce qui vous arrivait?

Sur sa gravité :.....
peu grave = 1 ; grave = 2 ; très grave = 3

Sur sa curabilité:.....
facile à guérir = 1 ; guérissable = 2 ; très difficile à guérir = 3
rapidement guérissable = 4 ; long à guérir = 5 ; très long à guérir = 6 ; ne sait pas = 7

Sur les moyens d'y parvenir:.....
la prise de certains produits = 1 ; la réalisation de désenvoûtement = 2 ;
la mise en œuvre de prières = 3 ; un régime alimentaire précis = 4 ;
l'observance de règles de vie particulières (préciser) = 5 ; autres (préciser) = 6

Sur le moment de mise en œuvre de ces moyens.....
tout le temps = 1 ; avant les crises = 2 ; pendant les crises = 3 ;
après les crises = 4 ; chaque fois que possible = 4 ;
dans des circonstances particulières (préciser) = 5 ; autres (préciser) = 6

35) Avant la consultation, pensiez-vous que cette(ces) autre(s) personne(s).....
pourraient vous guérir = 1 ; pourraient vous améliorer = 2 ; ne pourraient pas grand chose pour vous = 3 ;
sans avis = 4 ; autres (préciser) = 5.

36) Avant cette(ces) autre(s) consultation(s), quels étaient, d'après vous, les moyens qui pouvaient vous permettre de guérir?.....
des plantes = 1 ; un désenvoûtement = 2 ; des médicaments = 3 ; des prières = 4 ;
un régime alimentaire = 5 ; des règles particulières (préciser) = 6 ; sans avis = 7 ; autres (préciser) = 8.

37) Avant cette(ces) autre(s) consultation(s), estimiez-vous les moyens nécessaires probablement
très onéreux = 1 ; raisonnables = 2 ; peu chers = 3 ; sans avis = 4 .

38) Quel type de traitement vous a (ont) alors prescrit cette(ces) autre(s) personne(s)?.....
Traditionnel = 1 ; Moderne = 2 ; Mixte = 3.

39) Trouvez-vous cette(ces) 2^{ème} (n si plusieurs) itinéraire(s) plus bénéfique(s) que la 1^{ère} ?.....
Oui = 1 non = 2

40) Par la(s)quelle(s) de ces personnes vous faites-vous suivre régulièrement?.....

La 1^{ère} = 1 ; la 2^{ème} = 2 ;la n^{ième} (préciser) = 3 ; ne sait pas = 4

41) Combien avez-vous eu de consultation ces 6 derniers mois?.....

Une = 1 ; deux = 2 ; trois = 3 ; quatre = 4 ; cinq = 5 ; six = 6 ;
n (préciser) = 7 ; ne sait pas = 8

42) A quand remonte la dernière consultation?.....

Il y a moins d'un mois = 1 ; entre 1 et 3 mois = 2 ; entre 3 et 6 mois = 3 ;
Au delà de 6 mois = 4 ; ne sait pas = 5

43) Qui avez-vous alors consulté ?.....

La 1^{ère} = 1 ; la 2^{ème} = 2 ; la n^{ième} (préciser) = 3 ; ne sait pas = 4

44) Quel type de traitement vous a-t-il prescrit à cette dernière consultation?.....

Traditionnel = 1 ; Moderne = 2 ; Mixte = 3

45) Combien cette dernière prise en charge vous a-t-elle coûté ?

Frais de transport, le cas échéant

.....

Frais de restauration, le cas échéant

.....

Frais d'hébergement, le cas échéant

.....

Honoraire du praticien consulté

.....

Coût des traitements acquis

.....

46) Une prochaine consultation a-t-elle été prévue?.....

oui = 1 ; non = 2

47) Si oui, quel intervalle (en nombre de jours) la sépare de la précédente?

.....

48) Les traitement acquis couvrent-ils toute cette période?.....

oui = 1 ; non = 2

49) Si non, combien de jours couvrent-ils

.....

50) Vous avez arrêté un traitement pendant un temps ?.....
Oui = 1 ; Non = 2

51) Si oui pourquoi ?.....
La personne consultée vous l'avait dit = 1 ; Vous n'alliez pas mieux = 2 ;
Vous oubliez trop souvent de les prendre = 3 ; Des effets indésirables étaient apparus = 4

IV ACCESSIBILITE GEOGRAPHIQUE

52) Quelle distance en km avez-vous à parcourir pour vous rendre au lieu de consultation (le plus) habituel :

53) Est-ce que cela constitue un obstacle à la poursuite du traitement ?.....
Oui = 1 ; non = 2

V QUESTIONNAIRES AUX PARENTS DES EPILEPTIQUES

54) Que pensez vous de l'épilepsie :.....
Maladie naturelle = 1 ; Surnaturelle =2

55) Cachez vous votre enfant malade ?.....
Oui = 1 ; Non = 2

31) Si oui ou non pourquoi ?.....
.....
.....
.....
.....
.....

ANNEXE N°2

Questionnaire – Structure

(Structures médicales et/ou pharmaceutiques)

Section I : Identification Enquêteur – Questionnaire

(1) Date de l'enquête :

(2) Numéro du questionnaire :

(3) Nom de l'enquêteur :

Section II : Identification lieu de l'enquête

(4) Nom de la structure :

(5) Localisation (adresse) :

(6) Ville ou village :

(7) Type de structure :

- Hôpital public
- Dispensaire
- Pharmacie
- Cabinet médical
- Clinique privée
- Dépôt de médicament
- Institution religieuse
- Centre sanitaire
- Autres (à préciser) :

Section III : Personne ayant répondu au questionnaire

(8) L'interlocuteur est-il responsable de la structure ? oui non

(9) L'interlocuteur a-t-il une formation de :

- Médecin Tradithérapeute
- Pharmacien Infirmier
- Autres (à préciser) :

(10) L'interlocuteur a-t-il obtenu un diplôme pour cette formation :

- oui non

(11) Dans le cas où l'interlocuteur n'est pas responsable de la structure, quel est son rôle dans cette structure ?.....
.....

(12) Est-ce que l'interlocuteur est habilité :

(12a) à prescrire des traitements oui non

(12b) à délivrer des traitements oui non

Section IV : personne ayant répondu au questionnaire et épilepsie

(13) Est-ce que l'interlocuteur a eu dans sa formation professionnelle, une **formation spécifique** concernant l'épilepsie ? oui non

(14) L'interlocuteur estime que sa connaissance en matière d'épilepsie pour :

(14a) - **détecter** l'épilepsie chez un malade :

suffisant moyennement suffisant insuffisant

ne sais pas

(14b) - **proposer** un traitement avec des antiépileptiques :

suffisant moyennement suffisant insuffisant

ne sais pas

(14c) - **conseiller** les malades pour une bonne prise en charge de l'épilepsie :

suffisant moyennement suffisant insuffisant

ne sais pas

(15) Est-ce que l'interlocuteur a déjà eu à faire à des malades épileptiques ?

oui non

(15a) Si oui, comment a-t-il su que c'est un épileptique ?

par auscultation du patient (examen clinique du patient)

par le récit du patient sur sa maladie (or, le patient ne sait pas qu'il est épileptique)

par affirmation du patient (le patient vous annonce qu'il est épileptique)

autres (préciser).....
.....

(16) Est-ce que l'interlocuteur (cas de personnes pratiquant habituellement la thérapie moderne) a-t-il déjà conseillé à un malade de faire recours à la médecine traditionnelle pour traiter l'épilepsie ?

oui non

(16a) si oui, pour quelles raisons :.....
.....

(16b) si non, pour quelles raisons :.....
.....

Section V : « Médicaments modernes » destinés à combattre l'épilepsie

(17) Est-ce que l'interlocuteur détient des antiépileptiques ?

oui non

(17a) Si non, donner les raisons :.....
.....

(17b) Si oui, lesquels ?

	Habituellement commercialisés	Présents au moment de l'étude	Nombre de marques correspondant
Carbamazépine (Cb)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Phénytoïne (Ph)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ethosuximide (Et)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Phénobarbital (Pb)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acide valproïque (AV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diazépam (Dz)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres :			
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(18) Pour chaque produit présent, demander à voir le médicament afin de pouvoir recueillir les informations pour compléter la « **Fiche produit 1** ».

(19) L'interlocuteur a choisi de mettre à disposition ces antiépileptiques car :

- Ils sont les plus efficaces
- Ils sont les mieux tolérés (moins d'effets indésirables)
- Ils sont les moins coûteux à l'achat
- Ils sont les plus faciles à se procurer
- Leurs délais d'approvisionnement sont courts
- Ils sont les seuls à être proposés par le fournisseur
- Ils sont les plus demandés par les malades
- Autres (à préciser) :

(20) Parmi les produits que l'interlocuteur vient de citer comme **pouvant être présents** chez lui, demander lui de classer ces produits par ordre décroissant du plus au moins fréquemment prescrit ou délivré :

(21) Pour quelles raisons l'interlocuteur pense-t-il que ce classement soit dans cet ordre-là ?

Section VI : Délivrance des « médicaments modernes » destinés à combattre l'épilepsie

(22) L'interlocuteur délivre-t-il des antiépileptiques :

- Sur ordonnance
- Sans ordonnance, à la demande du patient
- Sans ordonnance, à la demande des proches
- En fonction des produits que vous détenez
- Selon son jugement (cas des médecins)

(23) Lorsque l'interlocuteur n'a pas le médicament prescrit, demandé ou souhaité :

- Il ne délivre aucun antiépileptique
- Il délivre un autre médicament dont la molécule active est exactement la même
- Il délivre un autre antiépileptique dont la molécule active est différente

(24) Pour les interlocuteurs (cas des médecins) qui **prescrivent et délivrent** des antiépileptiques, font-ils une ordonnance pour les malades ?

- oui
- non

(25) Pour quelle durée de traitement l'interlocuteur prescrit ou délivre-t-il les antiépileptiques habituellement ?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Pour 1 à 7 jours | <input type="checkbox"/> Pour 15 à 30 jours |
| <input type="checkbox"/> Pour 7 à 15 jours | <input type="checkbox"/> Autres (à préciser) : |

.....

(26) Nombre d'unités de prise correspondant à la réponse précédemment donnée sur la durée du traitement délivré :

.....

(27) L'interlocuteur délivre les médicaments antiépileptiques :

- par type de conditionnement en entier (exemple : par boîte entière ou par plaquette entière)
- en fonction du nombre d'unités de prise que demande le malade
- en fonction du nombre d'unités de prise que l'interlocuteur juge nécessaire (cas des personnes qui prescrivent = médecins)

(28) L'interlocuteur pense que les traitements qu'il prescrit ou délivre sont :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Très efficaces | <input type="checkbox"/> Efficaces |
| <input type="checkbox"/> Peu efficaces | <input type="checkbox"/> Il n'a aucune idée |

(29) L'interlocuteur pense que les traitements qu'il prescrit ou délivre sont :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> De très bonne qualité | <input type="checkbox"/> De qualité satisfaisante |
| <input type="checkbox"/> De qualité douteuse | <input type="checkbox"/> Il n'a aucune idée |

(30) L'interlocuteur estime que les coûts des médicaments qu'il prescrit ou délivre sont :

- | | |
|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Onéreux | <input type="checkbox"/> Pas onéreux |
| <input type="checkbox"/> Acceptables | <input type="checkbox"/> Il n'a aucune idée |

(31) Avec le coût des médicaments antiépileptiques que l'interlocuteur pratique habituellement, à quel type de population de malades atteints de l'épilepsie pense-t-il adresser ?

- Malades avec beaucoup de moyens
- Malades de la classe moyenne
- Malades avec très peu de moyens
- Il n'a aucune idée

Section VII : Approvisionnement pour toutes les structures

(32) Combien de fournisseurs en médicament l'interlocuteur a-t-il en général ?

- 0 1 2 3
- Plus (préciser) :

(33) Combien de fournisseurs en antiépileptique l'interlocuteur a-t-il en général ?

- 0 1 2 3
- Plus (préciser) :

(34) Nature du fournisseur : Grossiste-répartiteur

Laboratoire fabricant

Autres (préciser) :

(35) L'approvisionnement se fait de façon :

Journalière Hebdomadaire Mensuelle

Autres (préciser) :

(36) Généralement, quelle est la quantité de chaque antiépileptique livré à chaque fois :

1 boîte 2 boîtes 3 boîtes Autres (préciser) :

(37) En cas de rupture de stock, quel est le délai moyen de réapprovisionnement en jours ?

1 à 7 jours 7 à 15 jours 15 à 30 jours

Autres (préciser) :

(38) Quel mode de paiement l'interlocuteur utilise-t-il ?.....
.....

Section VIII : Condition de stockage de toutes les structures

(39) L'interlocuteur stocke les médicaments :

- dans des meubles, nature du meuble :.....
- poser sur des meubles :.....

Fiche produit 1

Noms commerciaux "et dosage"	Forme "galénique"	Pays origine ou Nom laboratoire ou Nom Producteur	N° de lot sur le conditionnement	Péréemption	Stock détenu en nombre de boîtes	Nombre d'unités de prise par de boîtes	Prix à l'unité de prise
Nom du produit :							
1 -	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	.....	.....	.....
Nom du produit :							
2 -	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	.....	.....	.....
Nom du produit :							
3 -	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	.....	.....	.....
Nom du produit :							
4 -	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	.....	.....	.....
Nom du produit :							
5 -	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	.....	.....	.....
Nom du produit :							
6 -	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	.....	.....	.....
Nom du produit :							
7 -	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	.....	.....	.....
Remarques :							

ANNEXE N°3



Photo N°1 : L'entrée du CCS de DJIDJA, lieu de la collecte des données

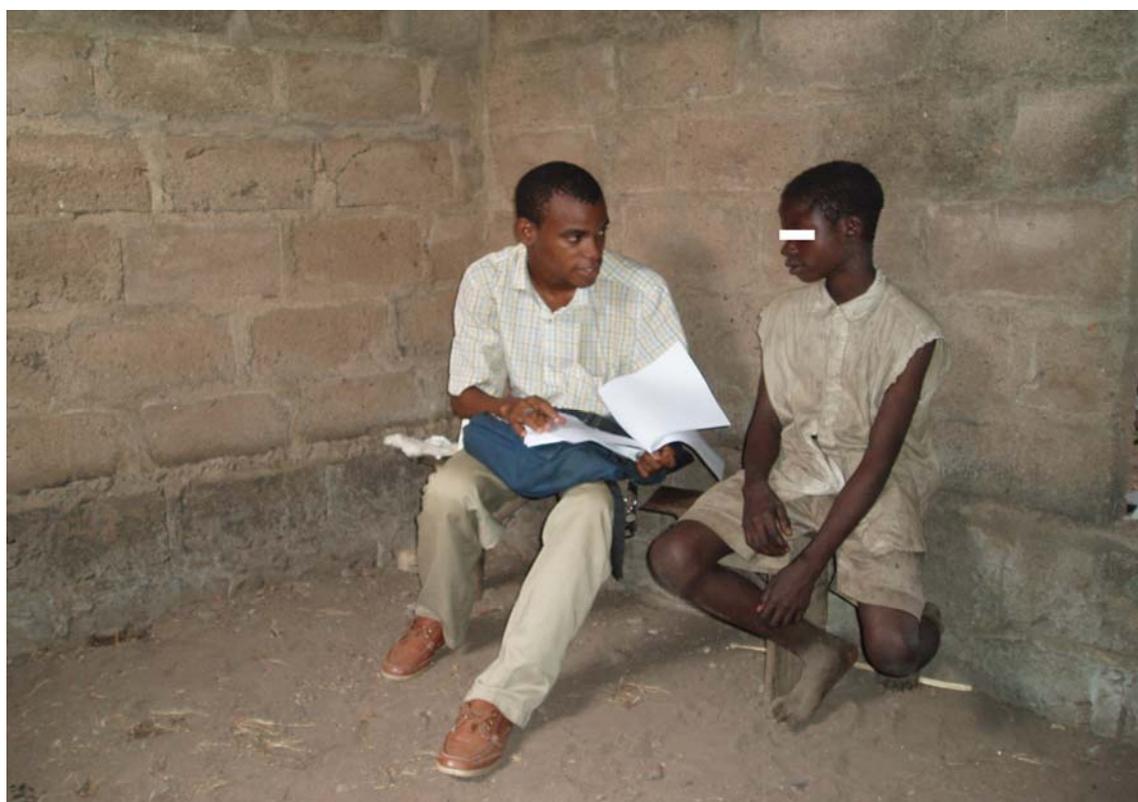


Photo N°2 : Entretien avec un malade



Photo N°3 : Difficultés rencontrées ; pistes de desserte rurale impraticables



Photo N°4 : Un épileptique en crise pendant la collecte des données

LISTE DES ABREVIATIONS

- CAME** : Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels
- CCS** : Centre Communal de Santé
- CHD** : Centre Hospitalier Départemental
- CSE** : Classification Syndromique des Epilepsies
- DCI** : Dénomination Commune Internationale
- EEG** : Electroencéphalogramme
- GABA** : Acide Gamma Amino Butyrique
- IBCG** : Industrie Béninoise des Corps Gras
- IBE** : International Bureau of Epilepsy
- ILAE**: International League Against Epilepsy
- INSAE**: Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique
- IENT** : Institut d'Epidémiologie Neurologique et de Neurologie Tropicale
- IRM** : Imagerie par Résonance Magnétique
- LNB** : Loterie Nationale du Bénin
- MAE** : Médicament Antiépileptique
- NMDA** : N Méthyl D-Aspartate
- OMS** : Organisation Mondiale de la Santé
- PAC** : Port Autonome de Cotonou
- PED** : Pays En Développement
- PI** : Pays Industrialisés
- SITEX** : Société des Industries Textiles
- SOBEMAP** : Société Béninoise de Manutentions Portuaires
- TDM** : Tomodensitométrie
- TEMP** : Tomographie d'Emission Monophotonique
- TEP** : Tomographie à Emission de Positons
- UER** : Unité d'Enseignement et de Recherche

RESUME

L'épilepsie est une affection chronique, universelle mais sûrement inégalitaire d'étiologie et de pronostics variés. Cette affection est encore chargée de mythes dans la majeure partie de la population. L'accessibilité aux antiépileptiques n'est pas facile et une forte proportion de ces épileptiques se retrouve sans traitement.

Une enquête transversale à visée descriptive s'est déroulée du 10 Janvier au 11 février 2005 dans le but d'identifier l'itinéraire thérapeutique des épileptiques dans l'arrondissement de DJIDJA, département du ZOU.

Il ressort de cette que :

- Dès la première crise, 76,3% des malades avaient recours aux soins
- 55,3% des patients avaient recours aux tradipraticiens pour la consultation initiale
- Le traitement traditionnel était fait de potions à prendre tout le temps mais aussi d'interdits alimentaire et de désenvoûtement selon le cas.
- Le phénobarbital était le seul antiépileptique disponible dans la zone d'étude ; il coûtait 5 FCFA le comprimé de 50mg.
- Le faible niveau socio-économique des épileptiques dont 59,3% étaient agriculteurs et 22,2% inactifs, constituait un facteur limitant l'accessibilité aux soins antiépileptiques.

Ces résultats suggèrent que l'épilepsie est de plus en plus considérée comme une maladie naturelle pourtant ce sont les tradipraticiens qui sont les plus consultés. Le traitement médical est ainsi relégué au second plan. Il est urgent de renforcer la sensibilisation de la population et de promouvoir l'usage des médicaments antiépileptiques. Ceci afin d'améliorer la prise en charge des malades dans nos villages.

Mots clés : Epilepsie – Itinéraire thérapeutique – Accessibilité – Djidja - Bénin

ABSTRACT

Epilepsy is a universal and chronical disease but unequally from various causes. This disease has also some mystical causes which are misunderstanding by people.

Thus, the access to antiepileptic drugs is difficult so that people suffering of this disease do not treat it.

In order to identify therapeutic way a transversal investigation has been done from January 10th through February 11th 2005 at DJIDJA, ZOU department.

The results are:

- At the first seizure, 76.3% take care early of that disease.
- 55.3% have seen the traditional healer.
- The traditional treatment has many components such as: by medicine and some spices, have their meals without certain food.
- About antiepileptic drugs, only Phenobarbital 50mg was accessible in the drugs stores, which worker.
- The weak on the socioeconomic level, the socio cultural aspects of the disease and the far distance between the village and the hospital are the limits of the use of antiepileptic drugs.

The results suggest that epilepsy is considered as natural disease; but people to recover by traditional healer most of the time. So the medical treatment comes secondarily. Then it's urgent to make sensibilisation in order to promote use of antiepileptic drug. This will help enormously epilepsy treatment in villages

Key words: Epilepsy – Therapeutic way – Accessible – Djidja - Bénin

➤ **Je dédie ce travail à**

ma fille Néfertiti Francesca et à sa mère Elodie