

Profil épidémiologique et prise en charge socioéconomique des patients vivant avec l'épilepsie à Dakar, Sénégal

Epidemiological and socio-economic support patients living with epilepsy in dakar, senegal

Fall Maouly¹, Touré Kamadore³, Seck Lala Bouna², Ndiaye Moustapha², Diop Amadou Gallo², Ndiaye Mouhamadou Mansour²

¹ :Service de médecine interne , CHN de Pikine - 2 :Service de Neurologie, Centre Hospitalier Universitaire de Fann, Dakar-Sénégal 3 : Service de Médecine Préventive et Santé Publique, Faculté de Médecine, Pharmacie et Odontostomatologie, Université HFaCheikh Anta Diop, Dakar-Sénégal

R É S U M É

Prérequis : L'épilepsie demeure un problème majeur de santé publique surtout dans les pays en voie de développement où l'accès à de nouvelles thérapies reste limité.

Objectif : Le but du travail était d'étudier le profil sociodémographique des patients vivant avec l'épilepsie à Dakar et leur prise en charge.

Méthodes : Nous avons mené une étude transversale réalisée sur une période de 8 mois de Novembre 2009 à Juin 2010 au Centre Hospitalo-Universitaire de Fann et au centre de santé de Pikine dans le cadre d'une recherche sur l'observance thérapeutique.

Résultats : L'étude concernait les patients vivant avec l'épilepsie âgés de plus 15 ans, diagnostiqués épileptiques cliniquement et/ou confirmée par un électroencéphalogramme et mis sous médicament antiépileptique depuis plus de 3 mois. Nous avons recruté 411 patients âgés de 15 à 74 ans avec une moyenne d'âge de 28,93 ans. La tranche d'âge de 15-24 ans était majoritaire avec 44,6 %. Le sexe masculin était prédominant avec 52,3 % et le sex-ratio était de 1,09. Les célibataires étaient plus nombreux avec 64,7 %. Le niveau d'étude le plus représentatif était le secondaire avec 29,4 %, les patients sans profession étaient de 35,5 %. La plus part des patients venaient du milieu semi-urbain avec 47,7 %. Les crises généralisées étaient plus fréquentes avec environ 70 %. La plus part des patients était pris en charge soit par leur famille soit par eux même.

Conclusion : La prise en charge doit être plurisectorielle pour sortir l'épilepsie des ténèbres.

M o t s - c l é s

Epidémiologie-prise en charge-épilepsie.

S U M M A R Y

Background: Epilepsy remains a major public health problem especially in developing countries where access to new therapies remains limited.

Objective: The aim of this work was to study the socio-demographic profile of patients living with epilepsy in Dakar and supported.

Methods: We conducted a cross-sectional study over a period of eight months from November 2009 to June 2010 at Fann University Hospital and Health Center Pikine through research on adherence.

Results: The study involved patients living with epilepsy aged over 15 years, diagnosed clinically with epilepsy and/or confirmed by an electroencephalogram and put under antiepileptic drug for more than 3 months. We recruited 411 patients aged 15-74 years with a mean age of 28.93 years. The age range was 15-24 years with 44.6 % majority. The male sex predominated with 52.3 % and the sex ratio was 1.09. Singles outnumbered with 64.7 %. The level of education was the most representative secondary with 29.4 % and patients without profession were 35.5 %. Most of the patients was from semi-urban areas with 47.7 %. Generalized seizures were more frequent with about 70 %. Most of the patients was supported either by their family or by themselves.

Conclusion: The management should be multisectoral for epilepsy out of darkness.

Key - words

Epidemiology-Management-Epilepsy

Les crises d'épilepsie revêtent des aspects cliniques très divers et sont définies comme : « la survenue transitoire de signes et/ou de symptômes dus à une activité neuronale cérébrale excessive ou anormalement synchrones » [Fisher, 2005 (1)].

Les données épidémiologiques permettent d'affirmer que l'épilepsie est un problème de santé publique. Elle affecte environ 50 millions de personnes dans le monde dont 80 à 85% dans les pays en voie de développement [Diop et al. (2, 3, 4, 5, 6), Sabaté et al. 2003 (7)].

Les conséquences de cette maladie sont graves car elle entraîne chez les patients des handicaps physiques, mentaux et comportementaux, mais aussi un poids socio-économique important.

En plus, l'épilepsie pose un sérieux problème de prise en charge surtout dans les pays à ressources limitées. Environ 80 à 90% des patients épileptiques en Afrique ne reçoivent pas de traitement de façon adéquate. [Mbuba et al, 2008 (8) ; Meinardi et al, 2001 (9); Sabaté et al. 2003 (7) ; Diop et al. (2, 3, 4, 5, 6)].

Dans le cadre d'une étude concernant l'observance du traitement antiépileptique menée à Dakar et sa banlieue, nous avons entrepris d'étudier le profil sociodémographique des patients vivant avec l'épilepsie et à leur prise en charge.

METHODES

Il s'agit d'une étude transversale réalisée sur période de 8 mois de novembre 2003 à juin 2010 au centre de santé de Pikine situé à 12 km de Dakar choisi depuis 2002 par la ligue sénégalaise contre l'épilepsie pour abriter des consultations d'épileptologie et à la clinique de neurologie du CHUN de Fann qui l'unique structure de neurologie au Sénégal. Était inclus dans cette étude tout patient âgé d'au moins 15 ans, diagnostiqué épileptique cliniquement et/ou confirmé par un électroencéphalogramme et mis sous médicament antiépileptique depuis plus de 3 mois. Nous avons recueilli par interrogatoire direct et examen clinique des patients leurs caractéristiques sociodémographiques, leur type de crise, leur prise en charge et l'observance du traitement. L'analyse statistique des données s'est faite grâce au logiciel SPSS 16.0 en étudiant les fréquences et les moyennes.

RESULTATS

Quatre cent un patients dont 329 à l'hôpital de Fann et 82 au centre de santé de Pikine ont été colligés. Les âges variaient de 15 à 74 ans, la moyenne d'âge est de 28,93 ans. La population comprenait 215 hommes (52,3 %) et 196 femmes (47,7 %) avec une sex-ratio de 1,09. Deux cent soixante-six patients étaient célibataires (64,7 %), 122 patients étaient mariés (29,7 %), 21 patients étaient divorcés (5,1 %), 2 patients étaient veufs. Soixante-huit patients étaient non scolarisés (16,5 %), 71 patients étaient scolarisés en langues nationales (17,3 %), 115 patients étaient scolarisés avec un niveau primaire (28 %), 121 patients étaient scolarisés avec un niveau secondaire (29,4 %), 36 patients avaient un niveau d'étude supérieur (8,8 %). Cent quarante-six patients étaient sans profession (35,5 %), 57 patients étaient élèves ou étudiants (13,9 %), 55 patients travaillaient dans le secteur primaire, 42 patients travaillaient dans le secteur secondaire (10,2 %), 106 patients travaillaient dans le secteur tertiaire (25,8 %), 5 patients étaient retraités (1,2 %). Cent quatre-vingt-seize patients habitaient en

milieu semi urbain (47,7 %), 159 patients habitaient en milieu urbain (38,7 %) et 56 patients habitaient en milieu rural (13,6 %). Deux cent soixante-dix-neuf patients faisaient une crise généralisée (67,9 %), 19 patients faisaient une crise partielle simple (4,6 %), 34 patients faisaient une crise partielle complexe (8,3 %), 79 patients faisaient une crise partielle secondairement généralisée (19,2 %).

Les familles propres assuraient la prise en charge chez 248 patients (60,3 %) et 145 patients (35,3 %) se prenaient en charge eux même, 9 patients (2,2 %) avaient une assurance maladie, 8 patients (1,9 %) étaient pris en charge par un ami et un seul patient était indigène. L'achat des médicaments était assuré par la famille pour 256 patients (62,5 %), 143 patients (34,8 %) achetaient les médicaments eux même, 9 patients (2,2 %) avaient une assurance maladie, 3 patients (0,5 %) étaient indigènes pour l'achat des médicaments. La perception de la maladie par les proches était telle qu'un désordre électrique chez 303 patients (74 %), telle qu'une folie chez 22 patients (5,3 %), telle qu'une maladie mystique chez 86 patients (20,7 %).

La famille rappelait la prise des médicaments, en cas d'oubli, chez 288 patients (70,1 %) et pas du tout chez 123 patients (29,9 %). Il y avait une relation de confiance établie avec le médecin chez 380 patients (92,4 %), d'indifférence chez 18 patients (4,4 %) et de méfiance chez 13 patients (3,2 %).

DISCUSSION

La prise en charge de l'épilepsie, dans toutes ses formes, doit demeurer un impératif pour toutes les communautés. Cela doit concerner aussi bien les patients que leurs familles, les pouvoirs publics et les gouvernants afin de limiter les conséquences et de sortir l'épilepsie de l'ombre. Dans notre étude les sujets âgés de 15 à 24 ans et de 25 à 34 ans étaient plus représentatifs avec respectivement 44,6 % et 29,5 %. En Inde un pic d'âge de 21 à 30 ans était plus représentatif [Thomas SV et al. (10)]. Cette prédominance juvénile pourrait s'expliquer par la multiplicité des facteurs de risque tels que les traumatismes crâniens et les infections du système nerveux central. On retrouvait une légère prédominance masculine avec 52,3 % alors que Thomas SV et al. (10) retrouvaient 54,3 % de femme dans une étude indienne.

Les célibataires étaient prédominants avec 64,7 % ce qui pourrait s'expliquer par la majorité des jeunes dans cette population d'étude. Le même constat était fait par Deeth S. et al, (11). Comme chez Sabité et al, (7), la majeure partie de nos patients était scolarisée avec 28 % à un niveau primaire et 29,4 % à un niveau secondaire. Dans notre étude le taux de chômage était de 35,5 %, un taux assez élevé qui pourrait s'expliquer par le contexte socioéconomique défavorable dans les pays en voie de développement. Contrairement à ce que l'on retrouvait dans la littérature avec un taux de chômage relativement faible (1, 12, 7). Les crises généralisées prédominaient avec 70 % suivies des crises partielles secondairement généralisées tandis qu'en Inde une étude multicentrique a révélé 49,1 % de crises généralisées et 49,9 % de crises partielles (10).

La plupart des patients se prenaient en charge soit par leurs propres moyens soit par leur famille avec respectivement 35,30 % et 60,30 % pour les honoraires de consultation et pour l'achat des médicaments 34,8 % et 62,5 %. Le rôle de la famille dans le rappel de la prise des médicaments était déterminant dans 70,1 %.

Ceci a été démontré par Cramer et al, (13) dans le rôle de l'entourage dans l'observance du traitement antiépileptique et par Sabaté et al, (7) dans ses travaux relatifs au coût des médicaments et au rôle de la famille dans l'observance du traitement antiépileptique. Pour la majeure partie des patients vivant avec l'épilepsie (74 %), l'entourage comprend, à peu près, la genèse de la maladie. Ce qui n'est pas toujours le cas surtout en Afrique, s'il s'agit d'épilepsie. D'où l'éternel problème d'insertion sociale des patients vivant avec l'épilepsie. Beaucoup de malade (92,4 %) entretiennent une relation de confiance avec leur médecin ce qui peut contribuer à lutter contre la stigmatisation et le rejet social.

CONCLUSION

L'épilepsie demeure un problème majeur de santé publique surtout dans les pays en voie de développement où l'accès à de nouvelles thérapies reste limité. C'est une affection fréquente avec des conséquences qui peuvent être graves : physiques, mentales, comportementales et socioéconomiques. La prise en charge revêt plusieurs aspects notamment sur le plan socioéconomique. Il faudrait une prise en charge globale intégrant les familles, les pouvoirs publics et les gouvernants afin de pouvoir sortir l'épilepsie des ténèbres.

Références

1. Fisher RS, van Emde Boas W, Blume W, Elger C, Genton P, Lee P, Engel J Jr. Epileptic seizures and epilepsy. Definitions proposed by the International League against Epilepsy (ILAE) and the International Bureau for Epilepsy (IBE). *Epilepsia* 2005; 46: 470-472.
2. Diop AG et al. Developed versus undeveloped conditions in the management of epilepsy: advantages and disadvantages. *Epilepsia*, 2001; 42(3): 439-440.
3. Diop AG et al. The treatment gap. In: *Epilepsy care in the world Atlas*. WHO Geneva. 2005a: 42-45.
4. Diop AG, De Boer HM, Mandlhate C, Prilipko L, Meinardi H. The global campaign against epilepsy in Africa. *Acta Trop* 2003; 87:149-159.
5. Diop AG, Hesdorffer DC, Logroscino G, Hauser WA. Epilepsy and mortality in Africa: a review of the literature *Epilepsia* 2005 b; 46(1): 33-35
6. Diop AG, Ndiaye M, Diagne M, Thiam A, Diouf FS. Filières des soins anti-épileptiques en Afrique. *Epilepsies* 1998; 10 :115-121.
7. Sabaté E et al. Adherence to Long term Therapies: Evidence for Action. World Health Organization. Geneva, 2003: 212 pp.
8. Mbuba CK, Ngugi AK, Newton CR, Carter JA. The epilepsy treatment gap in developing countries: A systematic review of the magnitude, causes, and intervention strategies. *Epilepsia*, 2008; 49(9): 1491-1503.
9. Meinardi H, Scott RA, Reis R, Sander JW. Commission on the Developing World. The treatment gap in epilepsy: the current situation and ways forward. *Epilepsia* 2001; 42: 136-149.
10. Thomas SV and al. Epilepsy care in six Indian cities: a multicenter study on management and service: *Journal of the Neurological Sciences* 188 (2001) 73-77.
11. Deetha S et al. Women with onset of Epilepsy prior to marriage: disclose or conceal? *Epilepsia*, 2007; 48 (5): 1007-1010.
12. Nimaga K, Desplats D, Doumbo O, Famarier G. Treatment with phenobarbital and monitoring of epileptic patients in rural Mali. *Bull World Health Org* 2002; 80: 532-537.
13. Cramer J, Vachon L, Desforge C, et al. Dose frequency and dose interval compliance with multiple antiepileptic medications during a controlled clinical trial. *Epilepsia* 1995; 36: 1111-1117.