



Réunion de la Société de Pathologie Exotique Institut de Neurologie Tropicale – Limoges – 23 avril 2010

**Démences en zone tropicale
Epilepsie en zone tropicale**

RESUMES



**REUNION DE LA SOCIETE DE PATHOLOGIE EXOTIQUE
23 AVRIL 2010 – LIMOGES**

Président de la Société de Pathologie Exotique	Professeur Pierre AMBROISE-THOMAS
Vice Présidents	Professeur Yves BUISSON Professeur Jean DELMONT
Secrétaire Général	Professeur Sixte BLANCHY
Membre de droit	Professeur Pierre SALIOU
Responsable administrative	Madame Murielle HAMON

LIEU DE LA REUNION

Faculté de Médecine de Limoges – Amphithéâtre F
2 rue du Docteur Marcland – 87025 LIMOGES cedex

COMITE LOCAL D'ORGANISATION

Institut d'Epidémiologie Neurologique et de Neurologie Tropicale (IENT) – EA3174
Faculté de Médecine de Limoges
2 rue du Docteur Marcland – 87025 LIMOGES Cedex (France)
Tél 33 (0)5 55 43 58 20 – Fax 33 (0)5 55 43 58 21 – Email : <ient@unilim.fr>

Pr Michel DUMAS	Dr Philippe NUBUKPO	Melle Florentina RAFAEL
Pr Pierre-Marie PREUX	Dr Edgard NGOUNGOU	Mme Pascale RAVEAU
Pr Gilles DREYFUSS	Dr Benoît MARIN	Mme Nicole LEONARD
Pr Michel DRUET-CABANAC	Dr Devender BHALLA	Melle Elisabeth GRELIER
Pr Marie-Laure DARDÉ	Dr Zhou ZHOU	
Dr Bernard BOUTEILLE	Melle Maëlénn GUERCHET	

Présidence : Professeur Pierre AMBROISE-THOMAS

Vendredi 23 Avril 2010 Amphi F – Faculté de Médecine

9h30 – 10h00 **Séance d'ouverture**

Pierre AMBROISE-THOMAS, Président de la Société de Pathologie Exotique
Jacques FONTANILLE, Président de l'Université de Limoges
Denis VALLEIX, Doyen de la Faculté de Médecine de Limoges
Gilles CALMES, Directeur Général Adjoint, représentant Monsieur Hamid SIAHMED,
Directeur Général du CHU de Limoges
Pierre-Marie PREUX, Directeur de l'Institut de Neurologie

DEMENCES

Modérateurs *Sixte BLANCHY (Secrétaire Général, Société de Pathologie Exotique)
Philippe NUBUKPO (Limoges)*

10h00 – 10h30 **Conférence introductive**

Aspects transculturels de la démence et de l'épilepsie
Taieb FERRADJI (Psychiatrie, CHU Bobigny)

10h30 – 12h00 **Communications sur le thème**
(chacune : 10' + 5' discussion)

Echelles d'évaluation au cours des démences : quelles possibilités d'application en zone tropicale ?
Philippe NUBUKPO (Psychiatrie, Limoges), M. GUERCHET, F. RAFAEL, C.-M. DUBREUIL, P.-M. PREUX, J.-P. CLÉMENT

Prévalence et facteurs de risque au Bénin
Maëlénn GUERCHET (IENT, Limoges), N.-M. PARAISSO (Cotonou, Bénin)

Prévalence et facteurs de risque en Afrique Centrale (RCA, République du Congo)
Pascal MBELESSO (Neurologie, Bangui, RCA), M. GUERCHET (IENT, Limoges)

Vécu et représentations des démences en Afrique Centrale (RCA, République du Congo)
Angélique FAURE (IENT, Limoges), A. MOUANGA (Psychiatrie, Brazzaville, Congo)

Partie visible et partie cachée de l'iceberg démentiel en Afrique
Amadou Gallo DIOP (Neurologie, Dakar, Sénégal)

12h00 – 14h30 **Déjeuner**

Taïeb FERRADJI

Psychiatre -praticien hospitalier, Docteur en psychologie
Service de psychopathologie CHU Avicenne (AP-HP) 129 rue de Stalingrad 93009 Bobigny
Laboratoire de psychogénèse, Faculté de Bobigny 174 rue Marcel Cachin 93017 Bobigny.
E-mail : taieb.ferradji@avc.ap-hop-paris.fr

Du projet migratoire aux premières expériences en exil se construit un parcours métissé où les représentations culturelles tiennent une place centrale quant à la gestion des aléas du parcours migratoire. La clinique transculturelle, dans une référence au différent, permet de comprendre combien, en opposition ou en rupture, celle-ci s'exprime de façon prévalente par la souffrance humaine.

Nous interrogerons des pathologies comme l'épilepsie chez l'enfant ou les troubles démentiels chez les personnes âgées à travers l'utilisation d'une médiation dans un dispositif groupal permet de faire advenir la famille comme partenaire actif de la prise en charge. La narration et le récit concourent à la reconstruction de liens souvent effacés par l'exil, à travail de deuil, à la construction d'une alliance thérapeutique et un travail de prévention.

Mots clés : Migration, transculturel, groupe, représentations, identité, somatique

Philippe NUBUKPO (1)(2)(3), Maëlenn GUERCHET (1), Florentina RAFAËL (1), Catherine-Marie DUBREUIL (1), Pierre-Marie PREUX (1), Jean-Pierre CLEMENT (1)(3).

- (1) - Université de Limoges ; IFR 145 GEIST ; Institut de Neurologie Tropicale ; EA 3174 NeuroEpidémiologie Tropicale et Comparée, Limoges, F-87025, France
(2)- Centre Hospitalier La Valette. Pôle 23G01. Saint-Vaury, France
(3) Pôle Universitaire de Psychiatrie d'adulte, CH Esquirol, 15 rue du Dr Marcland 87025 LIMOGES, France

Les études réalisées sur les démences en situation transculturelle ont utilisé de nombreux outils, soit de dépistage, soit de diagnostic : version traduite du MMSE, du CAMDEX-section B, des critères du DSM III - R et de la C.I.M 10, critères DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994), test d'évaluation cognitive des sujets âgés dans les pays en développement « ECAQ », critères de la NINCDS-ADRDA pour le diagnostic de la MA, CCCE ou « Cross Cultural Cognitive Examination » ... Des auteurs ont préconisé l'usage en Afrique d'un test associant les 5 mots de Dubois (5M) et du test d'Isaacs (STI) alors que d'autres ont proposé des tests supposés plus spécifiques comme « le test du Sénégal ». Ce catalogue non exhaustif montre la disparité des méthodologies rendant difficile toute comparaison.

Chandra et al (1994) ont défini les critères idéaux des tests cognitifs pour les recherches transculturelles : bon outil de dépistage ainsi que de diagnostic, bonne sensibilité et bonne spécificité, adapté à la population étudiée, devant conserver sa valeur psychométrique et faciliter les comparaisons entre les différentes populations testées...

L'échelle CSI-D (Community Screening Interview for Dementia) déjà largement utilisée par le Groupe de Recherche des 10/66, dans différents pays, paraît être un outil pertinent. Toutefois dans notre pratique de ce test chez les Hmong en Guyane Française, en milieu urbain au Bénin, au Congo et en Centrafrique, nous avons constaté qu'il était nécessaire de faire des adaptations pour certains items notamment ceux qui concernaient les croyances religieuses, l'orientation temporo-spatiale, les praxies graphiques, le calcul et les activités de la vie quotidienne recueillies auprès d'un informant proche.

Le diagnostic des troubles dépressifs est aussi très important à un stade précoce des démences afin de distinguer les vrais déficits cognitifs légers des authentiques épisodes dépressifs caractérisés (EDM). L'expression sensiblement différente des EDM en Afrique noire doit faire insister sur la prise en compte de certains items spécifiques tels les idées et le délire de persécution, et les plaintes somatiques. Lorsque des tests occidentaux sont utilisés, certains items du noyau dépressif classique nécessitent d'être recherchés à travers des métaphores spécifiques (humeur triste, idées suicidaires...).

L'analyse des travaux effectués par l'IENT (EA3174) et le réseau de neurologues partenaires a montré que l'échelle de dépression de Goldberg peut être utilisée dans le contexte africain comme outil de dépistage chez l'adulte. Cependant, dans le contexte de la démence, il peut être recommandé l'utilisation de la Mini Geriatric depression Scale (Mini GDS) pour le dépistage et celle du CES-D ou encore celle de l'échelle de Cornell pour le diagnostic de la sévérité de la dépression.

En ce qui concerne les troubles psycho-comportementaux qui correspondent souvent à un stade tardif du diagnostic de la démence, les items du Neuropsychiatric Interview (NPI) pourraient être pertinents en zone tropicale.

Mots clés : Démences, zone tropicale, transculturel, diagnostic, échelles

Maëlénn GUERCHET¹, Moussiliou Noël PARAISSO^{1,2}, Dismand HOUINATO³,
Pascale COWPPLI-BONY⁴, Jean-François DARTIGUES⁴, Pierre-Marie PREUX¹,
Jean-Pierre CLEMENT¹, Philippe NUBUKPO¹

- 1 - Institut d'Epidémiologie Neurologique et de Neurologie Tropicale (EA3174), Faculté de Médecine, 2 rue du Dr Marcland, 87025 Limoges (France) - Email <maelenn.guerchet@unilim.fr>
- 2 - Institut Régional de Santé Publique - Ouidah, 01BP 918 Cotonou (Bénin)
- 3 - Université d'Abomey Calavi, Faculté des Sciences de la Santé, Unité d'Enseignement et de Recherche de Neurologie, 04BP76 Cotonou (Bénin)
- 4 - Université Victor Segalen Bordeaux II, INSERM U897, 33076 Bordeaux (France)

Introduction : Suite au vieillissement de la population mondiale, les démences et syndromes apparentés sont en passe de devenir des problèmes prioritaires de santé publique dans les pays en développement.

Objectifs

- Déterminer la prévalence des démences et des troubles cognitifs chez les personnes âgées vivant au Bénin : zone rurale de Djidja (Zou) et zone urbaine de Cotonou
- Etudier les différents facteurs associés aux démences et troubles cognitifs.

Méthodes : Deux enquêtes transversales en population générale ont été menées auprès des personnes âgées de plus de 65 ans résidant à Djidja & à Cotonou, Bénin.

Différents tests de dépistage ont été utilisés: le Community Screening Instrument for Dementia (CSI-D) et le test des 5 mots. Les sujets obtenant une performance faible aux tests cognitifs : CSI-D (<25,5/30) ou test des 5 mots (<10/10) ont été cliniquement évalués par un neurologue et ont réalisé des tests psychométriques supplémentaires.

Résultats : A Djidja, 502 personnes âgées ont été interrogées, 52 présentaient des troubles cognitifs et 13 ont été confirmés démentes. La prévalence des démences était de 2,6% (IC 95% [1,1-3,8]) et celle des troubles cognitifs de 10,4% (IC95% [7,7-13,1]).

Trois variables étaient significativement associées aux troubles cognitifs dans cette population rurale :

- l'âge (+ de 80 ans / 65-79 ans) (OR=3,0, IC95% [1,6-5,8]),
- les troubles dépressifs au moment de l'étude (OR=3,3, IC95% [1,6-7,1]),
- la présence d'au moins un allèle ApoE ε2 (OR=0,100, IC95% [0,016-0,886]).

A Cotonou, 1139 personnes âgées ont été interrogées, 154 présentaient des troubles cognitifs et 40 ont été confirmés démentes. La prévalence des démences était de 3,7% (IC95% [2,6-4,8]) et celle des troubles cognitifs de 13,4% (IC95% [11,6-15,6]).

Ajusté à l'âge et au sexe, les variables suivantes étaient significativement associées aux démences dans cette population urbaine:

- le statut marital (vivre seul / marié) (OR=7,1, IC95% [1,3-37,2]),
- l'IMC (dénutrition / autres) (OR=4,5, IC95% [1,6-12,7]),
- les troubles dépressifs au moment de l'étude (OR=3,8, IC95% [1,3-11,0]),

Conclusion : Les prévalences des démences observées au Bénin sont faibles, mais elle est plus élevée en milieu urbain qu'en milieu rural. Le milieu de vie pourrait donc, indirectement ou non, influencer sur la prévalence des démences au Bénin.

Mots clés : Démences, prévalence, facteurs de risque, personnes âgées, Bénin.

Pascal M'BELESSO^a, André TABO^b, Maëlienn GUERCHET^c, Alain Maxime MOUANGA^d,
Bébène BANDZOUZI^e, Dismand HOUINATO^f, Moussiliou Noël PARAISSO^g,
Pascale COWPPLI-BONY^g, Victor ABOYANS^{g,h}, Pierre-Marie PREUX^{c,i},
Jean-François DARTIGUES^g, Jean-Pierre CLEMENT^{c,i}, Philippe NUBUKPO^{c,i}

^aService de Neurologie, Hôpital de l'Amitié, BP 3183 Bangui, République Centrafricaine, email <pmbelesso@yahoo.com> ;

^bService de Psychiatrie, Centre National Hospitalier Universitaire de Bangui, BP 911 Bangui, République Centrafricaine ;

^cUniversité de Limoges, IFR 145 GEIST ; Institut d'Epidémiologie Neurologique et de Neurologie Tropicale ; EA3174

NeuroEpidémiologie Tropicale et Comparée, Faculté de Médecine - 2 rue du Dr Marcland, 87025 Limoges, France ; ^dService

de Psychiatrie, CHU de Brazzaville, BP32 Brazzaville, Congo ; ^eService de Neurologie, CHU de Brazzaville, BP 32

Brazzaville, Congo ; ^fUniversité d'Abomey Calavi ; Faculté des Sciences de la Santé ; Unité d'Enseignement et de Recherche

de Neurologie, 04BP76 Cotonou, Benin ; ^gUniversité Victor Segalen Bordeaux II, INSERM U897, Bordeaux, F-33076 France ;

^hCHU Limoges ; Service de Chirurgie Thoracique cardiovasculaire et angiologie, 2 avenue Martin Luther King, 87042

Limoges, France ; ⁱCHU Limoges ; CH Esquirol ; Centre Mémoire de Ressources et de Recherche, 15 rue du Dr Marcland,

87025 Limoges, France ; ^jCHU Limoges ; Service de l'Information Médicale et de l'Evaluation ; Unité Fonctionnelle de

Recherche Clinique et Biostatistique, 2 Avenue Martin Luther King, 87042 Limoges, France

Introduction : L'amélioration progressive des conditions de vie dans les pays en voie de développement a pour corollaire le vieillissement de la population dans ces zones. Les démences et syndromes apparentés deviennent de plus en plus des problèmes préoccupants dans ces contrées. A ce jour, peu de recherches en population générale ont été menées en Afrique où les données sont rares en comparaison avec les pays développés.

Objectif : Aider à une meilleure connaissance des facteurs de risque des démences chez les personnes âgées vivant à Bangui et à Brazzaville.

Méthode : C'est une étude transversale menée en population générale dans ces deux villes d'Afrique centrale. Cette enquête de type porte à porte dans deux quartiers de Bangui et de Brazzaville a été réalisée auprès des personnes âgées de plus de 65 ans. Les participants étaient interrogés sur leurs antécédents médicaux, les données sociodémographiques, les facteurs psychosociaux et les troubles dépressifs ; ils passaient les tests cognitifs du CSI-D et le test des 5 mots. Les sujets ayant une mauvaise performance aux tests cognitifs du CSI-D (<25,5/30) ou moins de 10 au test des 5 mots ont été cliniquement évalués par des neurologues. Les critères du DSM-IV et du NINCDS-ADRDA étaient utilisés pour la démence et la maladie d'Alzheimer. Des tests psychométriques supplémentaires étaient passés : Free and Cued Selective Reminding Test, Set Test d'Isaacs, barrage de Zazzo.

Résultats : A Bangui, 496 personnes ont participé à l'enquête parmi lesquelles 188 sujets (37,9%) présentaient des troubles cognitifs. Après examen neuropsychologique approfondi 40 ont été diagnostiquées comme étant démentes, soit une prévalence de 8,1% (IC95%=[5,7 -10,5]). Il existe un risque important de développer la démence pour une augmentation de l'âge de 10 ans (OR = 2,6 ; IC95% [1,5-4,5]). 70,0% des déments présentaient un état de dénutrition (IMC ≤ 18,5 kg.m²), significativement associé aux démences (OR=3,3 ; IC95% [1,5-7,3]). Pour 67,5% des déments, la tension artérielle était élevée ; elle était significativement et indépendamment associée aux démences (OR = 2,4 ; IC95% [1,1-5,4]). Une baisse récente du statut financier était un facteur significativement associé aux démences (OR = 6,4 ; IC95% [1,8-22,5]).

A Brazzaville, 520 personnes ont été interrogées parmi lesquelles 148 (28,5%) présentaient des troubles cognitifs. L'examen neuropsychologique a permis de diagnostiquer 35 sujets déments, correspondant à une prévalence de 6,7% (IC95%=[4,5-8,8]). Deux variables étaient significativement et indépendamment associées aux démences : l'augmentation de l'âge par tranche de 10 ans (OR = 2,6 ; IC95% [1,6-4,4]) et l'existence des troubles dépressifs au moment de l'étude (OR = 3,6 ; IC95% [1,5-8,6]).

Ajusté sur l'âge et le sexe, la non scolarisation était un facteur associé à la présence des troubles cognitifs chez les personnes âgées vivant à Bangui (p=0,001) et à Brazzaville (p<0,001).

Conclusion : Ces résultats confortent l'existence des démences dans les pays sous-développés et s'ajoutent au peu de données disponibles sur l'Afrique subsaharienne. La comparaison avec les résultats d'autres études, en particulier dans les pays développés, pourra conduire à des nouvelles hypothèses physiopathologiques.

Angélique FAURE¹, Pascal MBELESSO², Alain Maxime MOUANGA³, François DALMAY¹, Catherine-Marie DUBREUIL¹, Pierre-Marie PREUX¹, Jean-Pierre CLEMENT^{1,4}, Philippe NUBUKPO^{1,4}

1- Université de Limoges, IFR 145 GEIST ; Institut d'Epidémiologie Neurologique et de Neurologie Tropicales ; EA 3174 NeuroEpidémiologie Tropicale Comparée, Limoges, F-87025, France.

Contact : angelique_faure_af@yahoo.fr

2- Service de Neurologie de l'hôpital de l'Amitié ; BP 3183 ; Bangui, République Centrafricaine.

3- Service de Psychiatrie ; CHU de Brazzaville ; BP32 ; Brazzaville, Congo.

4- CHU Limoges ; CH Esquirol ; Centre Mémoire de Ressources et de Recherche, Limoges, France.

Introduction : Les critères de définition des démences du DSM IV sont ceux auxquels les professionnels de santé se réfèrent le plus. Pourtant, ils sont issus de la culture occidentale, et marqués de l'empreinte médicale. La réalité des démences peut être pensée différemment, notamment par les populations des sociétés dites traditionnelles. Peu d'études s'intéressent aux représentations socioculturelles associées aux démences. Pourtant, les professions soignantes pourraient en retirer un apprentissage certain, et ainsi proposer des aides plus adéquates.

Méthode : Deux enquêtes de terrain ont été menées dans des quartiers de deux grandes villes d'Afrique Centrale : Bangui (RCA) et Brazzaville (République du Congo). Elles se sont déroulées dans le cadre d'un projet d'enquête de dépistage en porte-à-porte (étude EDAC), avant la phase de confirmation des cas. 230 personnes âgées présentant des troubles cognitifs et 256 de leurs proches ont été interrogés. Leurs représentations et leurs vécus au sujet des démences ont été recueillis à l'aide de l'EMIC (Explanatory Model Interview Catalogue, Weiss, 1992), questionnaire semi-directif, permettant l'obtention de données qualitatives (récits) et quantitatives (cotations numériques).

Résultats : 70,9% de l'ensemble des sujets déclarent avoir déjà rencontré des personnes âgées démentes. Les conséquences perçues comme étant les plus troublantes, aux dires des personnes âgées, correspondent aux sentiments de tristesse ou d'inquiétude (44,2%) ou à des problèmes financiers (24,0%). Quant aux causes perçues, c'est surtout le vieillissement (27,6% des personnes âgées), mais aussi le stress mental (25,0% des proches), ainsi que le destin, Dieu ou les esprits (33,0% des personnes âgées) qui sont retenus. Le score moyen d'attitudes stigmatisantes atteint $13,5 \pm 7,2$ (sur 45). 60,6% des proches répondent positivement à l'idée d'apporter un soutien aux personnes âgées démentes. Quant à l'aide à rechercher pour des soins, c'est principalement celles relevant de la médecine moderne qui sont données (69,4%), bien que les ressources magico-religieuses restent très présentes (18,3%).

Conclusion : En Afrique Centrale, les démences ne sont pas véritablement reconnues comme des maladies. Les problèmes qui en découlent sont davantage perçus comme faisant partie de l'évolution naturelle de la vie. Cela s'inscrit aussi dans une certaine compréhension du monde maintenue encore aujourd'hui par le peuple Bantou. Les valeurs traditionnelles et religieuses sont profondément ancrées dans les mentalités. Néanmoins, cela n'est pas sans entraîner aussi certaines attitudes négatives vis-à-vis des personnes démentes. Des réponses adaptées nécessitent d'être recherchées et proposées pour l'amélioration du quotidien de ces personnes.

Mots-clés : Démences –représentations sociales – stigmatisation – Afrique centrale – EMIC.

Amadou Gallo DIOP

Clinique Neurologique, CHU Fann, Dakar, Sénégal ; Email <agallodiop@gmail.com>

En 2000, le nombre de cas de démences était estimé à 25,5 millions de personnes dont 80% vivaient dans les pays en développement. Des enquêtes menées dans des populations de plus de 65 ans montrent une prévalence de 8,6% en Afrique du Sud, 6,6% au Sénégal, 6,6% et 2,21 % au Nigéria, 4,5% en Égypte, 2,6% au Bénin. Ces résultats suggèrent que la prévalence de la démence est faible en Afrique comparée à celle observée en Europe ou en Amérique du Nord. Mais ces chiffres ne reflètent pas la réalité en Afrique sub-saharienne car obtenus à partir de données hospitalières. Quoi qu'il en soit, la démence est bien présente en Afrique. Malgré une mortalité générale fortement liée aux infections, à la malnutrition, à la pauvreté, aux conflits et accidents, la démence va y augmenter en nombre. Il est prévu qu'en 2020, il y aura un million de déments en Afrique sub-saharienne et près du double vingt ans plus tard. L'augmentation attendue de l'espérance de vie des populations africaines y contribuera. A coté des facteurs classiques de démences, d'autres semblent devoir être pris en compte en Afrique : le faible niveau d'instruction, la vie en milieu rural, la cirrhose du foie et des infections touchant le système nerveux central, dominé actuellement par le VIH/SIDA. Un nombre croissant de complications démentielles est noté aussi, lié à une toxicomanie avec des substances agressives et peu chères. Cette réalité impose d'avoir une approche originale des démences en Afrique et de ne pas se limiter aux seules causes neurodégénératives. La démence a un impact considérable sur le système de santé, l'économie mais aussi le système social à cause de son incidence forte dans une population relativement jeune. Le développement de tests neuropsychologiques adaptés, comme le *test du Sénégal*, contribue à cette nécessaire mutation pour le diagnostic et la prise en charge du patient africain atteint de démence. Les difficultés rencontrées proviennent de la méconnaissance de la maladie par la famille, des considérations socio-culturelles, de l'absence de structures spécialisées et de personnel qualifié et la non-disponibilité de médicaments efficaces et accessibles financièrement.

EPILEPSIE

- 14h30 – 15h00 **Conférence introductive**
Epilepsie en zone tropicale : épidémiologie et perspectives de recherche
Pierre-Marie PREUX, M. DRUET-CABANAC (IENT Limoges)
- Modérateurs *Guy FARNARIER (Marseille)*
Michel DUMAS (IENT, Limoges)
- 15h00 – 16h00 **Communications sur le thème**
(chacune : 10' + 5' discussion)
- Paludisme cérébral et épilepsie
Edgard NGOUNGOU (Neuroépidémiologie, Libreville, Gabon), M. DRUET-CABANAC (IENT, Limoges)
- Onchocercose et épilepsie
S. PION, **Michel BOUSSINESQ** (Parasitologie, IRD, Montpellier)
- Système d'Information Géographique (SIG), cysticercose et épilepsie
Farid BOUMEDIENE (Geolab, Limoges), **Fabrice QUET** (IENT, Limoges), **Jean-Philippe LELEU** (Geolab, Limoges)
- Nutrition et épilepsie
Sabrina CREPIN (IENT, Limoges), J-C. DESPORT (Nutrition, CHU Limoges)
- 16h00 – 16h15 *Pause*
- Modérateurs *Amadou Gallo DIOP (Dakar)*
Michel DRUET-CABANAC (Limoges)
- 16h15 – 17h30 **Suite des communications sur le thème**
(chacune : 10' + 5' discussion)
- Stigma et épilepsie
Florentina RAFAEL (IENT, Limoges), P. NUBUKPO (Psychiatrie, Limoges)
- Quelles ressources humaines pour prendre en charge l'épilepsie dans les PED ?
Guy FARNARIER (Neurophysiologie, Marseille)
- Explorations neurophysiologiques et épilepsie en milieu tropical : exemple du Sénégal
Lamine GUEYE (Neurophysiologie, Dakar, Sénégal)
- Epilepsie au Bénin
Dismand HOUINATO (Neurologie, Cotonou, Bénin)
- Epilepsy in Kenya – Kenya Association for the Welfare of people with Epilepsy (KAWWE) experience
Osman MIYANJI (Neurologie, Nairobi, Kenya)
- 17h30 – 18h00 **Conférence**
Implication de Sanofi-Aventis dans la lutte contre l'épilepsie dans les PED
Robert SEBBAG (Vice Président Accès au Médicament, Sanofi-aventis Groupe, Paris)
- 18h00 – 18h30 **Cérémonie de Clôture**
Pierre AMBROISE-THOMAS

Pierre-Marie PREUX, Michel DRUET-CABANAC

Institut d'Epidémiologie Neurologique et de Neurologie Tropicale (EA3174), Faculté de Médecine,
2 rue du Dr Marcland, 87025 Limoges (France)
Email <preux@unilim.fr>

L'épilepsie est une affection ubiquitaire qui a toujours frappé l'imagination des peuples. La soudaineté de ses manifestations, non prévisibles et impressionnantes, a depuis l'antiquité fait considérer que les sujets atteints de tels troubles étaient sous la dépendance des esprits soit maléfiques, soit divins. Il en résulte le plus fréquemment une stigmatisation et un rejet des patients, avec mise à l'écart du groupe social. Dans de nombreux pays tropicaux, cette attitude, même si elle a évolué dans le sens d'une meilleure compréhension, persiste encore, et ceci d'autant plus que les thérapeutiques traditionnelles toujours largement utilisées et souvent en première intention, ont une efficacité inexistante ou très réduite.

Le résultat de ce vécu culturel et de ces interprétations est souvent soit un désintérêt pour cette affection conduisant à une véritable absence de prise en charge des patients, soit un intérêt réduit de la part des décideurs plus enclins à privilégier d'autres affections, négligeant ainsi un véritable problème de santé publique. De plus, contrairement aux grandes endémies transmissibles telles que le SIDA, le paludisme ou la tuberculose, la lutte contre l'épilepsie n'est pratiquement pas soutenue par des programmes de recherche, et ceci même si les trois affections citées peuvent se compliquer d'épilepsie.

Ainsi, l'étude de l'épilepsie revêt un intérêt majeur et ceci pour de multiples raisons :

- elle est particulièrement fréquente dans les zones tropicales, survenant chez 15 et parfois même 60 individus pour 1 000, contre 5 dans les pays tempérés ;
- elle est plus d'une fois sur deux la conséquence de causes parfaitement identifiées qui peuvent être prévenues ou traitées ;
- la thérapeutique est actuellement parfaitement codifiée ; plus de sept fois sur dix, elle est efficace avec l'emploi d'un seul traitement ayant un coût réduit ; cependant, les trois quarts des épileptiques n'ont pas de traitement ;
- en l'absence de traitement, elle est responsable d'un handicap écartant les patients de la vie active, scolaire, sociale étant ainsi préjudiciable au développement des pays, et en particulier elle est une des multiples causes d'un sous-développement durable.

De nombreuses inconnues concernant l'épidémiologie, la clinique, l'histoire naturelle, les étiologies de l'épilepsie devraient faire l'objet d'études coordonnées et comparatives à l'échelon des sous-régions tropicales. Des recherches sur les aspects économiques et sociaux devront contribuer à dédramatiser cette maladie en améliorant sa prévention et la prise en charge des malades.

Edgard Brice NGOUNGOU^{1,2}, Michel DRUET-CABANAC¹, Euloge IBINGA², Maryvonne KOMBILA², Ogobara DOUMBO³, Olivier DULAC⁴, Pierre-Marie PREUX¹

- 1- Institut de Neurologie Tropicale, EA 3174 Neuroépidémiologie Tropicale et Comparée, IFR 145 GEIST, Faculté de Médecine, Université de Limoges, Limoges, France
- 2- Département de Parasitologie-Mycologie et Médecine Tropicale, Faculté de Médecine, Université de Sciences de la Santé, Libreville, Gabon - Email <ngoungou2001@yahoo.fr>
- 3- Département d'Épidémiologie des Affections Parasitaires/Malaria Research and Training Center, Faculté de Médecine, Université de Bamako, Bamako, Mali.
- 4- Département de Neuropédiatrie, Hôpital Necker, APHP, Inserm U663, Université René Descartes ; Paris, France.

Le paludisme, l'une des maladies parasitaires les plus courantes dans le monde, est responsable de plus de 800 000 décès d'enfants en Afrique subsaharienne chaque année. Sa forme neurologique ou paludisme cérébral (PC) est une cause potentielle de séquelles neurologiques chez les survivants. Le rôle du PC dans la survenue d'une épilepsie séquellaire a été récemment démontré à travers trois études épidémiologiques. Ces travaux avec des approches épidémiologiques différentes mais complémentaires ont été réalisées en Afrique subsaharienne (Kenya, Mali, Gabon).

L'Equipe de l'Institut d'Épidémiologie Neurologique et de Neurologie Tropicale de Limoges, en collaboration avec les Equipes du Département du Malaria Research and Training Center de Bamako (Mali) et de Parasitologie-Mycologie de Libreville (Gabon) ont réalisés deux de ces études.

Elles ont permis au Mali, d'estimer l'incidence de l'épilepsie dans une cohorte de 323 enfants âgés de 6 mois à 15 ans et suivis au décours d'un paludisme cérébral (PC) ou d'un paludisme non cérébral (PNC). L'incidence annuelle d'épilepsie était de 17 nouveaux cas pour 1000 enfants dans le groupe PC *versus* 1,8 nouveau cas pour 1000 enfants dans le groupe PNC, et le risque de développer une épilepsie était 9,4 fois plus élevé chez les enfants ayant eu un PC. Les crises étaient de type convulsions généralisées (20% toniques ; 40% tonico-cloniques) et partielles (40% partielles secondairement généralisées).

La deuxième, réalisée en partenariat avec l'Equipe de Parasitologie-Mycologie de Libreville (Gabon), était une étude rétrospective, cas-témoins appariés sur l'âge et l'année d'hospitalisation. Elle a été réalisée chez 592 patients (296 cas atteints d'épilepsie et 296 témoins non épileptiques) âgés de 6 mois et 25 ans, dans 3 hôpitaux de Libreville. Un antécédent de PC était retrouvé chez 36 patients dont 26 cas et 10 témoins. Un risque élevé de 3,9 de développer une épilepsie au décours d'un PC a été retrouvé. L'épilepsie était généralisée chez 213 (72 %) et focale chez 83 (28 %).

Ces travaux varient sur leur méthodologie (enquêtes : rétrospective et longitudinale) et dans les estimations ponctuelles du risque d'épilepsie associé à un PC. Ils ont permis de quantifier ce lien et de suggérer une association forte, très probablement causale, entre ces deux pathologies. Cependant, d'autres études restent nécessaires afin de préciser les bases physiopathologiques. De plus, les interactions avec le rôle des crises symptomatiques aiguës et convulsions fébriles du paludisme méritent d'être clarifiées.

Mots-clés : Convulsions, épilepsie séquellaire, épidémiologie, paludisme cérébral

Sébastien D. PION, Michel BOUSSINESQ

UMR-145 Institut de Recherche pour le Développement (IRD) et Université Montpellier 1, 911 avenue Agropolis, BP 64501, 34394 Montpellier Cedex 5, France
Email : michel.boussinesq@ird.fr

L'existence d'une association entre onchocercose et épilepsie, évoquée dès les années 1930, a longtemps été débattue. Une méta-analyse des données épidémiologiques recueillies dans huit pays africains a montré que cette relation existait bien et qu'en moyenne, dans une population, la prévalence de l'épilepsie s'accroît de 0,4% quand celle de l'onchocercose (évaluée par la présence d'une microfilarodermie) augmente de 10% (1). Par ailleurs, une étude réalisée au Cameroun a montré que la densité microfilarienne dermique observée chez les personnes souffrant d'épilepsie était deux à trois fois plus élevée que celle relevée chez des témoins appariés sur le sexe, l'âge et le village de résidence (2). Toutefois, la relation de causalité entre onchocercose et épilepsie n'est pas encore établie. Plusieurs mécanismes pourraient expliquer l'association entre les deux maladies, le plus plausible étant la présence de parasites dans le tissu cérébral (3). Les adultes d'*Onchocerca volvulus* n'ont jamais été observés dans le système nerveux central (SNC) mais les microfilaires, retrouvées dans le sang en cas de forte infestation, pourraient y pénétrer. Un suivi de l'incidence de l'épilepsie dans les populations traitées annuellement par ivermectine dans le cadre des programmes de lutte contre l'onchocercose pourrait apporter des informations sur le sujet. Une baisse de cette incidence constituerait un argument en faveur d'un lien de causalité et, par ailleurs, le délai au bout duquel cette baisse intervient pourrait indiquer si l'épilepsie est causée par la présence de parasites vivants dans le CNS ou par celle de cicatrices laissées par les microfilaires. La démonstration définitive d'un lien de causalité devrait conduire à une réévaluation du poids médical, démographique et social de l'onchocercose. En effet, le poids actuellement estimé, qui est de 1,49 millions d'années de vie ajustées sur l'incapacité (*Disability-adjusted life years* – DALYs) perdues chaque année, ne prend en compte que les manifestations cutanées et oculaires de la maladie.

Mots-clés : Onchocercose, épilepsie

Références

1. PION SDS, KAISER C, BOUTROS-TONI F, COURNIL A, TAYLOR MM *et al.* – Epilepsy in onchocerciasis endemic areas: systematic review and meta-analysis of population-based surveys. *PLoS Negl Trop Dis*, 2009, **3**, e461.
2. BOUSSINESQ M, PION SDS, DEMANGA-NGANGUE, KAMGNO J – Relationship between onchocerciasis and epilepsy: a matched case-control study in the Mbam Valley, Republic of Cameroon. *Trans R Soc Trop Med Hyg*, 2002, **96**, 537-541.
3. MARIN B, BOUSSINESQ M, DRUET-CABANAC M, KAMGNO J, BOUTEILLE B *et al.* – Onchocerciasis-related epilepsy ? Prospects at a time of uncertainty. *Trends Parasitol*, 2006, **22**, 17-20.

Interprétation de la distribution des pathologies neurologiques au sein d'une communauté indienne Mexicaine, au moyen des technologies d'information géographique.

NOTES

Fabrice QUET¹, Farid BOUMEDIENNE², Jean-Philippe LELEU², Ruben RAMIREZ³, Agnès FLEURY⁴, Mirna HUERTA⁵, Pierre-Marie PREUX¹

1: Université de Limoges; IFR 145 GEIST ; Institut d'Epidémiologie Neurologique et de Neurologie Tropicale, EA 3174 NeuroEpidémiologie Tropicale et Comparée, Limoges, F-87025, France. Email <fabrice.quet@unilim.fr>

2: Université de Limoges; IR SHS ; Laboratoire GEOLAB ; UMR CNRS 6042, Limoges, F-87025, France.

3: Instituto de Investigación de Biomédicas, Universidad Nacional Autónoma de México, México DF, México.

4: Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, México DF, México.

5: Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, Facultad de Medicina, Puebla, México.

Introduction

Une enquête neuro-épidémiologique a été réalisée au sein d'une communauté rurale indienne Mexicaine de 6203 personnes où la Cysticercose était considérée comme endémique. Des mesures d'exposition environnementale ainsi que des indicateurs sociodémographiques de la population ont été collectés. Toutes ces informations ont été géo-localisées.

Méthodes

Le dépistage des pathologies neurologiques a été réalisé par une étude porte à porte en population générale, utilisant le questionnaire OMS de dépistage des pathologies neurologiques. La confirmation des atteintes neurologiques était réalisée par des neurologues. Quatre pathologies neurologiques pouvant être en relation avec des facteurs environnementaux ont été retenus, l'épilepsie, les céphalées, les AVC et les encéphalopathies. La Neurocysticercose a été évaluée chez l'homme, par la mesure d'anticorps sériques (ELISA) et la réalisation de scanners cérébraux. L'exposition a été évaluée dans les élevages de porc et dans des échantillons de terre et d'eau potable à la recherche d'œufs de ténia. Des agrégats spatiaux ont été recherchés selon la technique de Kulldorf. L'association entre facteurs environnementaux, sociodémographiques, et pathologies neurologiques a été évaluée au moyen de régressions de Poisson.

Résultats

Parmi les 5195 individus interrogés (83%), 150 présentaient une pathologie neurologique (28,9‰ IC₉₅ :24,6-33,9). Les prévalences étaient de 16,7‰ (IC₉₅ :13,5-20,7) pour les céphalées, de 1,5‰ (IC₉₅ :2,1-5,6) pour les épilepsies, de 1,2‰ (IC₉₅ :0,5-2,6) pour les AVC et de 0,4‰ (IC₉₅ :0,1-1,6) pour les encéphalopathies. La Neurocysticercose a été mise en évidence chez 13 sujets (2,5‰ IC₉₅ :1,4-4,4).

Conclusion

Les informations traitées ont permis d'étudier les associations entre différents facteurs « écologiques » et les pathologies neurologiques à l'échelle d'une communauté. Il s'agit d'informations clés pour l'aménagement du territoire et la politique de santé publique.

Mots clés: Système d'information géographique, neuroépidémiologie, cysticercose, Mexique.

Sabrina CREPIN¹, Bertrand GODET², Jean-Claude DESPORT^{3,4}, Pierre-Marie PREUX⁴

¹Service de Pharmacologie, Toxicologie et Pharmacovigilance, CHU de Limoges

²Service de Neurologie, CHU de Limoges

³Unité de nutrition, Service d'Hépatogastroentérologie, CHU de Limoges

⁴Institut d'épidémiologie et de neurologie tropicale, EA 3174, faculté de médecine, Limoges
Email <sabrina.crepin@chu-limoges.fr>

L'épilepsie est une affection neurologique qui touche environ 50 millions de personnes dans le monde. Un peu moins de un milliard de personnes dans le monde sont dénutris. Un lien entre la malnutrition et l'épilepsie est suspecté depuis longtemps. De nombreuses études menées chez l'animal ou chez l'homme tendent à démontrer le rôle de la nutrition et de l'état nutritionnel dans la survenue de l'épilepsie ou de crises d'épilepsie, par des mécanismes qui restent souvent mal connus. La dénutrition proteino-énergétique semble jouer un rôle important et ce dès le plus jeune âge. Des carences en sels minéraux, vitamines ou oligoéléments sont aussi impliqués. Les conséquences sont diverses : altérations structurelles du cerveau, modification de la synthèse de neuromédiateurs, diminution du seuil épileptogène. De plus, un déficit immunitaire lié à une dénutrition peut rendre plus vulnérable aux infections notamment à celles connues comme facteurs de risque de survenue d'épilepsie (cysticercose...). À l'inverse, le rôle de l'épilepsie dans la survenue d'une dénutrition a été proposé chez l'homme. C'est ainsi que le poids des interdits alimentaires, les exclusions sociales vis-à-vis des patients épileptiques vivant notamment en Afrique peuvent jouer. Il est également possible que les épilepsies pharmacorésistantes soient particulièrement à risque de dénutrition, et que les régimes et que certains traitements antiépileptiques allopathiques ou traditionnels soient impliqués dans la survenue d'une altération nutritionnelle. Les liens entre la dénutrition et l'épilepsie sont complexes. Il existe deux hypothèses, qui peuvent être associées et fonctionner en cercle vicieux : la malnutrition favoriserait la survenue d'une épilepsie ou de crises d'épilepsie ou l'épilepsie serait un facteur favorisant la malnutrition.

Mots clés : Epilepsie, dénutrition, carence nutritionnelle, interdits alimentaires

Florentina RAFAEL¹, Catherine-Marie DUBREUIL¹, Mitchell G. WEISS³, Dismand HOUINATO²,
Pierre-Marie PREUX¹, Philippe NUBUKPO^{1,4}.

¹ Université de Limoges ; IFR 145 GEIST ; Institut de Neurologie Tropicale ; EA 3174
NeuroEpidémiologie Tropicale et Comparée, Limoges, F-87025, France - E-mail:
<florentina.rafael@hotmail.fr>

² Département de Neurologie, CNHU Cotonou, Benin

³ Département de Santé Publique & Epidémiologie, Swiss Tropical Institute, Bâle, Suisse

⁴ Service de psychiatrie, Pôle 23G01, 23320 Saint Vaury, France

Introduction

L'épilepsie est un problème de santé majeur par ses conséquences médico-sociales et économiques. Ceci est particulièrement vrai dans de nombreux pays du sud, où elle reste une maladie négligée et sous-traitée. Le stigma associé à l'épilepsie a été identifié comme un fardeau supplémentaire. Peu d'études portent sur la perception de stigma chez les personnes souffrant d'épilepsie (PSE) en Afrique sub-saharienne (ASS). Pourtant, elle peut altérer la qualité de vie des malades, contribuer à la détérioration de leur état clinique et réduire l'accès aux facteurs de protections et au traitement.

Nos études ont pour but d'une part, d'évaluer la perception de stigma chez les PSE, et d'autre part, d'analyser les facteurs socioculturels susceptibles de contribuer ou d'aggraver ce stigma.

Matériel et méthode

Nos études s'inspirent de la méthodologie de l'épidémiologie culturelle et croisent des données quantitatives et qualitatives, permettant ainsi de tenir compte des références culturelles et du vécu propre des sujets. Les entretiens semi-directifs auprès des PSE, sont effectués grâce à l'EMIC interview, un instrument spécialement développé pour les études interculturelles. Sa structure nous permet de rechercher des informations concernant le vécu du patient, le sens qu'il donne à ce qui lui arrive, le stigma qui est associé à sa condition ainsi que son comportement de recherche d'aide.

Résultats

Une étude menée au Bénin avec cette méthodologie a permis de montrer que la prévalence du stigma perçu était aussi importante que dans les pays industrialisés (68,7%). Les préoccupations les plus fréquemment rapportées sur la perception de stigma étaient un sentiment de honte (80,0%), d'être évité par les autres (53,7%) et d'être moins considéré (50,0%). Le stigma était fortement associé à des problèmes conjugaux ($p < 0.01$), à la présence de troubles anxieux ($p < 0.01$) ainsi qu'à une expérience d'isolation sociale ($p < 0.001$).

Peu de PSE étaient traitées par des médicaments antiépileptiques et 11,8% ne reconnaissaient pas avoir une épilepsie malgré le diagnostic posé par le neurologue.

Conclusion

La perception de stigma associée à l'épilepsie est un problème important au Bénin. Dans nos études, les facteurs psycho-sociaux semblent être plus influents que les représentations sociales. D'autres études sont nécessaires, dans d'autres pays d'ASS, pour clarifier les aspects culturels liés au stigma et déterminer sa nature dans l'épilepsie. Ces études permettront ainsi, la mise en place de programmes pertinents de lutte contre le stigma, en vue d'améliorer le traitement et le contrôle de l'épilepsie.

Mots clés : Epilepsie, épidémiologie interculturelle, stigma, EMIC interview

Guy FARNARIER

Service de Neurophysiologie Clinique, CHU Hôpital Nord, Marseille
Courriel : <guy.farnarier@ap-hm.fr>

Il existe bien évidemment une très grande disparité des situations dans les PED non seulement d'un pays à l'autre, mais aussi entre zones rurales et zones urbaines.

Le cas de l'épilepsie est à placer dans le cadre global des maladies chroniques dont la prise en charge en contexte non suffisamment médicalisé pose le triple problème de disposer de compétences médicales, d'obtenir l'acceptation et la possibilité pour les patients d'un traitement continu et d'avoir accès aux soins et au médicament.

Résoudre ces problèmes nécessite l'existence de ressources humaines en santé appropriées pouvant fournir des soins de qualité : compétentes dans les domaines du diagnostic, du traitement, de la prise en charge et du suivi, toutes conditions nécessaires à l'obtention d'une bonne observance reposant sur une bonne relation soignant-soigné.

L'épilepsie maladie socialement lourde dans toutes les sociétés, particulièrement dans les PED, particulièrement en zones rurales, est une maladie d'exclusion posant un véritable problème de santé publique.

80% des patients épileptiques vivent dans les PED et 80% de ces patients ne reçoivent aucun traitement (*treatment gap*), par manque d'accès à la connaissance pour les professionnels et manque d'accès au diagnostic et au traitement pour les patients.

Les ressources humaines en santé compétentes en épileptologie vont principalement être localisées en milieu institutionnel. Les médecins spécialistes et les indispensables équipements d'explorations neurologiques (imagerie neuroradiologique et EEG) sont présents au niveau de la troisième référence, souvent dans un cadre hospitalo-universitaire. Le niveau des équipements dépend de choix politiques, des priorités retenues, de l'importance du développement de la spécialité neurologique.

Développer des infrastructures très spécialisées au niveau des institutions sanitaires régionales est un choix de politique de santé.

En milieu rural une efficacité des soins de base pour l'épilepsie implique :

- des réseaux de professionnels formés à l'épileptologie,
- le management d'un projet clinique et le suivi par des équipes spécifiques,
- l'accès à long-terme à des médicaments de bonne qualité.

La médicalisation des zones rurales dans les PED est un préalable à l'accès à des soins de qualité, avec l'existence en première ligne d'une médecine diagnostique, à la fois curative et préventive, associant médecine de famille et soins de santé primaire. Des réseaux de prise en charge des maladies chroniques peuvent se monter au sein de groupes de médecins généralistes volontaires ayant bénéficié de formations.

Quelles que soient les possibilités et les moyens disponibles, le défi principal est bien d'obtenir la meilleure mise en adéquation possible entre ce qu'il faudrait faire et ce qu'il est possible de faire en fonction des réalités de terrain.

Mots clés : Epilepsie ; maladies chroniques ; PED ; ressources humaines en santé ; accès aux soins

Lamine GUEYE*, Mouhamadou Mansour NDIAYE*, Guy FARNARIER**

*Unité de Neurophysiologie Clinique, Service de Neurologie, CHU-Hôpital de Fann, BP 5035, Dakar, SENEGAL, Email <lamineg@gmail.com>

** Service de Neurophysiologie Clinique, CHU-Hôpital Nord, 13915 Marseille cedex 20, France

L'épilepsie est le principal motif de demande d'exploration neurophysiologique au Sénégal. Comme dans les autres pays africains, au Sénégal, la prévalence de l'épilepsie est élevée, et son diagnostic est souvent tardif. Les préjugés et les croyances retardent souvent le diagnostic, l'EEG et la prise en charge médicale. L'EEG demeure l'outil diagnostique de prédilection en épileptologie. L'approche diagnostique reste essentiellement clinique. Lorsque les possibilités économiques sont limitées, et les besoins sanitaires importants, le matériel d'exploration neurophysiologique n'est pas prioritaire, mais le rapport entre le coût d'investissement et d'utilisation doit être mis en balance avec le coût d'une pathologie non explorée. Les examens doivent cependant être financièrement accessibles aux patients.

La fiabilité des explorations neurophysiologiques dépend de la qualité de l'enregistrement et de l'interprétation, ce qui implique une bonne formation à la manipulation du matériel et à la sémiologie de l'EEG corrélée à la clinique. Des formations complémentaires aux cursus médicaux et paramédicaux sont nécessaires telles que des formations de formateurs.

Le manque de spécialistes implique la formation des médecins généralistes à la prise en charge des patients épileptiques. Des formations spécifiques pour les manipulateurs en électroencéphalographie sont souhaitables.

Dans les grands hôpitaux africains l'épilepsie représente au moins 50 % des indications de l'EEG. La pathologie tropicale, en particulier les affections parasitaires, peut se traduire par des anomalies électroencéphalographiques, parfois spécifiques. Les crises psychogènes non épileptiques sont souvent prises pour d'authentiques crises d'épilepsie.

Différentes stratégies ont été adoptées pour la prise en charge de l'épilepsie en zone rurale: consultations de spécialistes se déplaçant en région, consultations itinérantes. La mise en place de réseaux de médecins généralistes formés au management de l'épilepsie et à l'accès aux médicaments a montré son efficacité.

Le niveau des équipements dépend des choix politiques, et des priorités retenues, mais le défi principal est d'obtenir la meilleure mise en adéquation entre ce qu'il faudrait faire et ce qu'il est possible de faire en fonction des réalités de terrain.

Mots-clés : Epilepsie, neurophysiologie clinique ; EEG ; pays en développement ; tropical

Epilepsy in Kenya
Kenya Association for the Welfare of people with Epilepsy (KAWE) experience

NOTES

Dr. Osman MIYANJI

Neuropaediatrician
Chairman, KAWE Board of Directors
Email <omiyangi@yahoo.com>

Epilepsy is the most common chronic neurological disorder in Kenya.

A study done by Kamugusha and Feksi (1988) in a semi-urban area in Nakuru found a prevalence of 18.2 per 1000 population.

Majority of patients live in the rural and urban slum areas.

KAWE was founded in 1982 as a Non Governmental Organisation. Its mission is to develop a comprehensive and integrated national programme that is affordable and accessible to all the People With Epilepsy.

To achieve its goal KAWE has developed three major programmes:

- A. Education, Awareness Creation and Training.
- B. Medical Treatment and Clinic Support.
- C. Lobbying and Advocacy.

Over the last 8 years (2002-2009) KAWE has been able to train 2315 Community Health Workers, and 1053 Medical Personnel of different cadres.

Some of our educational material has been recognised internationally.

KAWE managed to establish 12 clinics countrywide with over 35000 patients registered. 9 of these clinics were eventually integrated into public and mission health facilities.

Currently, we have 3 functioning clinics within Nairobi City. 11,116 patients are registered in these clinics, but about 4000 attend regularly. 504 new patients were registered in 2009.

Regards Awareness Creation, we have reached thousands of people through our trainees, mass media, educational material etc.

KAWE is also active in Lobbying and Advocacy together with other partners.

KAWE has played an important role in improving the knowledge, reducing the fear and stigma about Epilepsy and narrowing the Treatment Gap.

Robert SEBBAG

Vice Président Accès au Médicament, Sanofi-aventis
Email : <robert.sebbag@sanofi-aventis.com>

Dans le cadre de son département Accès au Médicament Sanofi-aventis développe une politique destinée à favoriser l'accès aux traitements des patients les plus défavorisés, dans des domaines où la santé publique est en jeu et où le groupe possède une expertise forte. Cet engagement s'applique non seulement aux grandes pandémies (paludisme et tuberculose) et aux maladies négligées (leishmanioses et maladie du sommeil) mais aussi aux maladies chroniques (psychoses et épilepsie) dont la charge relative de morbi-mortalité ne cesse de s'accroître dans les pays émergents et en développement.

L'épilepsie concerne 40 millions de patients dans les pays du Sud. Des croyances inappropriées sur l'origine de la maladie et sa supposée contagiosité sont à l'origine d'une exclusion sociale voire familiale des patients.

Au-delà de cette stigmatisation un nombre insuffisant de professionnels de santé formés à la prise en charge de l'épilepsie et des médicaments antiépileptiques, souvent inaccessibles, concourent à un « treatment gap » démesuré. Ainsi, bien que l'efficacité des antiépileptiques soit largement établie, jusqu'à 90 % des patients épileptiques vivant dans les pays en développement n'ont pas accès au traitement.

Le programme Impact Epilepsy associe :

- une information des populations ;
- une formation des professionnels de santé, exerçant en soins de santé primaire ;
- une amélioration de l'accès au traitement.

A travers ce programme Sanofi-aventis s'engage par :

- la mise à disposition de supports d'Information-Education-Communication ;
- un apport d'expertise ;
- l'approvisionnement en antiépileptiques (phénobarbital et valproate de sodium) du Groupe vendus à prix préférentiel ;
- l'attribution d'un soutien financier pour le lancement de l'initiative.

Sept partenariats ont été développés avec diverses structures en s'appuyant sur des experts locaux et internationaux et des projets sont en cours en Afrique et en Asie du Sud-Est :

- au Mali et à Madagascar avec l'ONG Santé Sud,
- au Kenya avec la KAWA (Kenya Association for Welfare of people with Epilepsy),
- au Cameroun avec le Ministère de la santé,
- au Ghana avec L'International League Against Epilepsy,
- au Cambodge avec l'Institut de Neurologie Tropicale (Limoges), l'Association cambodgienne contre l'épilepsie (ACLE), et l'Université des Sciences de la Santé (USS),
- au Laos avec l'Institut de la Francophonie pour la Médecine Tropicale (IFMT).

Ces exemples soulignent que seule une mobilisation de tous les acteurs, issus des secteurs public, privé et associatif est à même de permettre le développement d'un accès pérenne aux soins dans les maladies chroniques comme l'épilepsie. Ils indiquent aussi l'ampleur du chemin qui reste à parcourir pour répondre aux besoins de santé des patients des pays en développement.

Mots clés : Accès au médicament, pays en développement, maladies chroniques