

Réunion de la société de pathologie exotique – Institut de neurologie tropicale, Limoges, 23 avril 2010. Démences en zone tropicale. Épilepsie en zone tropicale

Meeting of the Société de pathologie exotique – Limoges Institute of Tropical Neurology,
23rd April 2010. Dementia in the tropics. Epilepsy in the tropics

P. Ambroise-Thomas

Reçu le 29 avril 2010 ; accepté le 3 mai 2010
© Société de pathologie exotique et Springer-Verlag France 2010

Présentation

D. Jean

*Service de néonatalogie, CHU de Grenoble, BP217,
38043 Grenoble cedex 09
Correspondance : djean@chu-grenoble.fr*

Cette réunion était organisée par les professeurs Michel Dumas et Pierre-Marie Preux à l'Institut d'épidémiologie neurologique et de neurologie tropicale (IENT).

Une forte participation africaine à cette réunion a permis l'exposé de données concernant un large éventail de pays : Sénégal, Bénin, Mali, République centrafricaine, Congo, Gabon, Kenya.

Démences

Les rares enquêtes réalisées dans divers pays africains suggèrent une prévalence de la démence plus faible que dans les pays développés. Est-ce une réalité ou une sous-estimation liée à divers biais ? Entre autres : enquêtes uniquement hospitalières, prévalence corrélée au nombre de neurologues exerçant dans le pays, démence non reconnue comme une maladie, mais souvent perçue par les populations comme une évolution normale du vieillissement. Quoi qu'il en soit, avec l'augmentation de l'espérance de vie et le vieillissement des populations, les démences vont devenir rapidement un problème de santé publique en Afrique subsaharienne.

Étudier les démences en Afrique pose d'abord le problème de la validité des outils de dépistage et de diagnostic élaborés pour des populations occidentales. Les études présentées par les équipes de l'institut et les neurologues partenaires ont utilisé le CSI-D (Community Screening Interview for Dementia) associé au test des cinq mots pour le dépistage, suivi d'autres tests psychométriques pour le diagnostic. Le CSI-D comporte un test cognitif, utilisable chez les illettrés, et un questionnaire pour un proche du malade sur les activités de la vie quotidienne. Il nécessite des adaptations culturelles pour certains items. Le diagnostic des troubles dépressifs est très important dans ce contexte, et les outils de dépistage nécessitent également des adaptations aux spécificités africaines : fréquence des plaintes somatiques et des délires de persécution, rareté des idées de culpabilité.

Les étiologies classiques de démence, vasculaires et dégénératives, sont prédominantes comme dans les pays occidentaux, mais d'autres causes sont fréquentes en Afrique, dont certaines peuvent être curables : infectieuses (VIH et infections opportunistes, syphilis, herpès, PASS), traumatismes crâniens, carences nutritionnelles chez les migrants ruraux vers les villes, toxiques divers (alcool traditionnel, pesticides, toxicomanie du pauvre avec des substances agressives et bon marché) et causes neurochirurgicales souvent méconnues en l'absence de scanner (hydrocéphalie à pression normale, hématorne sous-dural chronique, tumeurs).

Deux enquêtes transversales en population générale ont été menées au Bénin chez les personnes âgées de plus de 65 ans, en zone rurale et à Cotonou. La prévalence des démences était faible, de 2,6 % en zone rurale et 3,7 % en zone urbaine. La même méthodologie utilisée à Bangui et à Brazzaville a montré des prévalences plus élevées, proches de celles des pays occidentaux : 8,1 % à Bangui et 6,7 % à Brazzaville. Diverses variables sont associées aux démences : la dénutrition, les troubles dépressifs, la baisse récente du statut financier.

P. Ambroise-Thomas (✉)
Société de pathologie exotique, 20, rue Ernest-Renan,
F-75015 Paris, France
e-mail : socpatex@pasteur.fr

Épilepsie

L'épilepsie concerne 50 millions de personnes dans le monde, dont 40 dans les pays en développement (PED). La prévalence moyenne est de 8 %, mais elle est très variable selon les continents et les pays : 10 à 70 pour mille en Afrique subsaharienne, avec une médiane à 15 %, contre 5 % dans les pays occidentaux. En Afrique, plus de 90 % des cas sont des épilepsies actives, les crises étant liées le plus souvent à l'absence de traitement. Outre les épilepsies essentielles, les causes spécifiques sont fréquentes et responsables de ces prévalences élevées : asphyxie périnatale (10 à 15 % des cas), traumatismes crâniens, toxiques (toxicomanie, alcool, pesticides) et surtout causes infectieuses : méningites et encéphalites, parasitoses (cysticercose responsable de 50 % des cas dans certains pays, paludisme, onchocercose, trypanosomose, schistosomose, paragonimose). La prévention des maladies infectieuses serait le moyen le plus efficace de lutter contre l'épilepsie.

Trois études épidémiologiques réalisées au Mali, au Kenya et au Gabon ont montré le rôle du paludisme cérébral dans la survenue d'une épilepsie séquellaire.

Une équipe de l'IRD s'intéresse au lien entre onchocercose et épilepsie : la prévalence de l'épilepsie augmente avec celle de l'onchocercose dans huit pays africains. Au Cameroun, la densité microfilarienne dermique est plus élevée chez les sujets épileptiques que chez les témoins. Le lien de causalité n'est pas établi, mais une baisse de l'incidence de l'épilepsie avec les traitements de masse à l'ivermectine serait en faveur (étude en cours en Ouganda). Le mécanisme pourrait être un passage des microfilaries dans le système nerveux central en cas d'infestation massive. L'onchocercose étant en forte régression, l'intérêt de ces études est surtout de remotiver les bailleurs de fonds pour les traitements à l'ivermectine, le poids estimé de la maladie en termes de DALYs (*disability-adjusted life years*) devenant plus élevé si l'épilepsie est prise en compte.

Épilepsie et dénutrition

Les carences protéiques en sels minéraux, vitamines, oligo-éléments peuvent favoriser l'épilepsie par différents mécanismes. Inversement, l'épilepsie conduit souvent à la dénutrition du fait de la stigmatisation et de l'exclusion sociale, des interdits alimentaires très fréquents en Afrique, du caractère anorexigène de certains antiépileptiques, de traitements traditionnels émétisants ou purgatifs. Pour relativiser un peu le poids des traditions africaines, si plus de 40 % des personnes interrogées en Afrique rapportent des tabous alimentaires concernant les épileptiques, elles sont de 55 % en Iran et tout de même de 19 % en Limousin et de 6 % aux États-Unis.

Prise en charge de l'épilepsie dans les PED

Elle pose un triple problème, surtout en zone rurale : compétences médicales pour le diagnostic, le traitement et le suivi ; accès aux soins et au traitement pour le malade ; acceptation et observance d'un traitement continu. De ce fait, plus de 80 % des patients ne sont pas traités. EEG et imagerie ne sont généralement présents qu'au CHU, dans la capitale.

Au Sénégal, huit médecins sont compétents en EEG et sont tous à Dakar. La numérisation des tracés et des vidéos EEG ont permis d'améliorer la qualité des diagnostics et de développer la formation. Le coût d'un EEG est de 10 €. La Ligue sénégalaise contre l'épilepsie organise des caravanes pour l'épilepsie, avec consultations itinérantes et formation des médecins généralistes, avec le soutien financier de Sanofi-Aventis.

Au Mali, l'ONG Santé-Sud (Marseille) a formé 38 médecins généralistes communautaires. En trois ans, ils ont pris en charge 1 500 patients, dont 60 à 70 % sont actuellement bien contrôlés. Ces médecins se sont organisés en réseau et les contacts permettent de maintenir la motivation.

Au Kenya, KAWA (Kenya Association for the Welfare of people with Epilepsy) est une ONG créée en 1982, très active dans la prise en charge et le suivi des patients dans les quartiers défavorisés de Nairobi, et assurant la formation de personnels médicaux et agents de santé communautaires exerçant dans l'ensemble du pays.

Les médicaments les plus utilisés dans les PED sont le phénobarbital et le valproate de sodium. Le premier est bon marché (coût du traitement : 5 USD/an), mais parfois indisponible : par exemple, au Laos, il est considéré comme un stupéfiant et la plupart des pharmacies n'en ont pas. Le deuxième est plus cher (25 USD/an) et de ce fait souvent contrefait.

Le programme Impact Epilepsy de Sanofi-Aventis associe information, formation, accès au médicament, en partenariat avec des acteurs locaux, dans plusieurs pays d'Afrique et d'Asie.

Phénobarbital et valproate de sodium sont vendus à prix préférentiel selon le principe *no profit, no loss*, avec des circuits d'importation et de distribution spécifiques pour assurer la sécurité de l'approvisionnement.

Aspects transculturels de la démence et de l'épilepsie

T. Ferradji

Service de psychopathologie, CHU Avicenne (AP-HP), 129, rue de Stalingrad F-93009 Bobigny, France.

Laboratoire de psychogénèse, faculté de Bobigny, 174, rue Marcel-Cachin F-93017 Bobigny, France.

Correspondance : 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 qui 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, au travail de deuil, à la construction d'une alliance thérapeutique et à un travail de prévention.

Échelles d'évaluation au cours des démences : quelles possibilités d'application en zone tropicale ?

P. Nubukpo^{1,2,3}, M. Guerchet¹, F. Rafaël¹, C.-M. Dubreuil¹, P.-M. Preux¹, J.-P. Clément^{1,3}

1. Institut de neurologie tropicale, EA 3174, neuroépidémiologie tropicale et comparée, IFR 145 GEIST, université de Limoges, F-87025 Limoges, France

2. Centre hospitalier La Valette, Pôle 23G01, Saint-Vaury, France

3. Pôle universitaire de psychiatrie d'adulte, CH Esquirol, 15, rue du Docteur-Marcland, F-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 CIM 10, critères DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994), test d'évaluation cognitive des sujets âgés dans les PED « ECAQ », critères de la NINCDS-ADRDA pour le diagnostic de la MA, CCCE (Cross Cultural Cognitive Examination)... Des auteurs ont préconisé l'usage en Afrique d'un test associant les cinq 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 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, etc.).

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 psychocomportementaux qui correspondent souvent à un stade tardif du diagnostic de la démence, les items du Neuropsychiatric Interview (NPI) pourraient être pertinents en zone tropicale.

Prévalence et facteurs de risque des démences au Bénin (Afrique de l'Ouest)

M. Guerchet¹, M.N. Paraiso^{1,2}, D. Houinato³, P. Cowppl-Bony⁴, J.-F. Dartigues⁴, P.-M. Preux¹, J.-P. Clément¹, P. Nubukpo¹

1. Institut d'épidémiologie neurologique et de neurologie tropicale (EA 3174), faculté de médecine, 2, rue du Docteur-Marcland, F-87025 Limoges, France

Correspondance : maeleenn.guerchet@unilim.fr

2. Institut régional de santé publique, Ouidah, 01 BP 918, Cotonou, Bénin

3. Université d'Abomey-Calavi, faculté des sciences de la santé, unité d'enseignement et de recherche de neurologie, 04 BP 76, Cotonou, Bénin

4. Inserm U897, université Victor-Segalen, Bordeaux II, F-33076 Bordeaux, France

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 PED.

L'objectif de cette étude est :

- de 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 ;
- d'étudier les différents facteurs associés aux démences et troubles cognitifs.

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

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

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

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

- l'âge (+ de 80 ans [65–79] ; OR = 3,0, IC 95 % [1,6–5,8]) ;
- les troubles dépressifs au moment de l'étude (OR = 3,3, IC 95 % [1,6–7,1]) ;
- la présence d'au moins un allèle ApoE ε2 (OR = 0,100, IC 95 % [0,016–0,886]).

À Cotonou, 1 139 personnes âgées ont été interrogées, 154 présentaient des troubles cognitifs et 40 ont été confirmées démentes. La prévalence des démences était de 3,7 % (IC 95 % [2,6–4,8]) et celle des troubles cognitifs de 13,4 % (IC 95 % [11,6–15,6]).

Ajustées 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, IC 95 % [1,3–37,2] ;
- l'IMC (dénutrition/autres), OR = 4,5, IC 95 % [1,6–12,7] ;
- les troubles dépressifs au moment de l'étude (OR = 3,8, IC 95 % [1,3–11,0]).

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

Prévalence et facteurs de risque des démences en Afrique centrale

P. M'Belesso¹, A. Tabo², M. Guerchet³, A.M. Mouanga⁴, B. Bandzouzi⁵, D. Houinato⁶, M.N. Paraiso³, P. Cowpli-Bony⁷, V. Aboyans^{3,8}, P.-M. Preux^{3,9}, J.-F. Dartigues⁷, J.-P. Clement^{3,10}, P. Nubukpo^{3,10}

1. Service de neurologie, hôpital de l'Amitié, BP 3183, Bangui, République centrafricaine

Correspondance : pmbelless@yahoo.com

2. Service de psychiatrie, centre national hospitalier universitaire de Bangui, BP 911, Bangui, République centrafricaine

3. Institut d'épidémiologie neurologique et de neurologie tropicale EA 3174 neuroépidémiologie tropicale et comparée, faculté de médecine, IFR 145 GEIST, université de Limoges, 2, rue du Docteur-Marcland, F-87025 Limoges, France

4. Service de psychiatrie, CHU de Brazzaville, BP 32 Brazzaville, Congo

5. Service de neurologie, CHU de Brazzaville, BP 32 Brazzaville, Brazzaville, Congo

6. Faculté des sciences de la santé, unité d'enseignement et de recherche de neurologie, université d'Abomey-Calavi, 04 BP 76 Cotonou, Bénin

7. Inserm U897, université Victor-Segalen Bordeaux II, F-33076 Bordeaux, France

8. Service de chirurgie thoracique cardiovasculaire et angiologie, CHU de Limoges, 2, avenue Martin-Luther-King, F-87042 Limoges, France

9. Service de l'information médicale et de l'évaluation, unité fonctionnelle de recherche clinique et biostatistique, CHU de Limoges, 2, avenue Martin-Luther-King, F-87042 Limoges, France

10. Centre mémoire de ressources et de recherche, CHU de Limoges, centre hospitalier Esquirol, 15, rue du Docteur-Marcland, F-87025 Limoges, France

L'amélioration progressive des conditions de vie dans les PED 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. À ce jour, peu de recherches en population générale ont été menées en Afrique, où les données sont rares en comparaison avec les pays développés.

L'objectif de cette étude est d'aider à une meilleure connaissance des facteurs de risque des démences chez les personnes âgées vivant à Bangui et à Brazzaville.

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 cinq mots. Les sujets ayant une mauvaise performance aux tests cognitifs du CSI-D (< 25,5/30) ou moins de 10 au test des cinq 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.

À Bangui, 496 personnes ont participé à l'enquête, parmi lesquelles 188 (37,9 %) présentaient des troubles cognitifs. Après examen neuropsychologique approfondi, 40 ont été diagnostiquées comme étant démentes, soit une prévalence de 8,1 % (IC 95 % = [5,7–10,5]). Il existe un risque important de développer la démence pour une augmentation de l'âge de dix ans (OR = 2,6 ; IC 95 % [1,5–4,5]). Parmi les déments, 70 % présentaient un état de dénutrition (IMC \leq 18,5 kg/m²), significativement associé aux démences (OR = 3,3 ; IC 95 % [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 ; IC 95 % [1,1–5,4]). Une baisse récente du statut financier était un facteur significativement associé aux démences (OR = 6,4 ; IC 95 % [1,8–22,5]).

À 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 % (IC 95 % = [4,5–8,8]). Deux variables étaient significativement et indépendamment associées aux démences : l'augmentation de l'âge par tranche de dix ans (OR = 2,6 ; IC 95 % [1,6–4,4]) et l'existence des troubles dépressifs au moment de l'étude (OR = 3,6 ; IC 95 % [1,5–8,6]).

Ajustée 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 ($p < 0,001$).

Ces résultats confirment 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 de nouvelles hypothèses physiopathologiques.

Vécu et représentations des démences en Afrique centrale (République centrafricaine, République du Congo)

A. Faure¹, P. Mbelesso², A.M. Mouanga³, F. Dalmay¹, C.-M. Dubreuil¹, P.-M. Preux¹, J.-P. Clément^{1,4}, P. Nubukpo^{1,4}

1. Institut d'épidémiologie neurologique et de neurologie tropicale, EA 3174 neuroépidémiologie tropicale et comparée, université de Limoges, IFR 145 Geist, F-87025 Limoges, France

2. Service de neurologie de l'hôpital de l'Amitié, BP 3183, Bangui, République centrafricaine

3. Service de psychiatrie, CHU de Brazzaville, BP 32, Brazzaville, Congo

4. Centre mémoire de ressources et de recherche, centre hospitalier Esquirol, CHU de Limoges, F-87025 Limoges, France.

Correspondance : angelique_faure_af@yahoo.fr

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.

Deux enquêtes de terrain ont été menées dans des quartiers de deux grandes villes d'Afrique centrale : Bangui (République centrafricaine) 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. Deux cents personnes âgées présentant des troubles cognitifs et 256 de leurs proches ont été interrogées. 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).

Parmi l'ensemble des sujets, 70,9 % 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 %). Quant aux causes perçues, c'est surtout le vieillissement (27,6 % des personnes âgées), mais aussi le stress mental (25 % des proches) ainsi que le destin, Dieu ou les esprits (33 % des personnes âgées) qui sont retenus. Le score moyen d'attitudes stigmatisantes atteint $13,5 \pm 7,2$ (sur 45). Parmi les proches, 60,6 % 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 %).

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.

Partie visible et partie cachée de l'iceberg démentiel en Afrique

A.-G. Diop

Clinique neurologique, CHU de Fann, Dakar, Sénégal
Correspondance : 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 subsaharienne, 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 subsaharienne et près du double 20 ans plus tard. L'augmentation attendue de l'espérance de vie des populations africaines y contribuera. À côté 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, mais aussi sur 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 considé-

rations socioculturelles, de l'absence de structures spécialisées et de personnel qualifié et la non-disponibilité de médicaments efficaces et accessibles financièrement.

Épilepsie en zone tropicale : épidémiologie et perspectives de recherche

P.-M. Preux, M. Druet-Cabanac

Institut d'épidémiologie neurologique et de neurologie tropicale (EA3174), faculté de médecine, 2, rue du Docteur-Marcland, F-87025 Limoges, France
Correspondance : 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 cela 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 cela même si les trois affections citées peuvent se compliquer d'épilepsie.

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

- elle est particulièrement fréquente dans les zones tropicales, survenant chez 15 et parfois même 60 individus pour 1 000, contre cinq 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.

Paludisme cérébral et épilepsie séquellaire

E.-B. Ngoungou^{1,2}, M. Druet-Cabanac¹, E. Ibinga², M. Kombila², O. Doumbo³, O. Dulac⁴, P.-M. Preux¹

1. Institut de neurologie tropicale, EA F-3174 neuroépidémiologie tropicale et comparée, IFR 145 GEIST, faculté de médecine, université de Limoges, F-87025 Limoges, France

2. Département de parasitologie-mycologie et médecine tropicale, faculté de médecine, université de sciences de la santé, Libreville, Gabon

Correspondance : 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, AP-HP, 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 réalisés en Afrique subsaharienne (Kenya, Mali, Gabon).

L'équipe de l'institut d'épidémiologie neurologique et de neurologie tropicale de Limoges, en collaboration avec les équipes du département du Malaria Research and Training Center de Bamako (Mali) et de parasitologie-mycologie de Libreville (Gabon), a réalisé 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 PC ou d'un paludisme non cérébral (PNC). L'incidence annuelle d'épilepsie était de 17 nouveaux cas pour 1 000 enfants dans le groupe PC versus 1,8 nouveau cas pour 1 000 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 % tonicocloniques) et partielles (40 % partielles secondairement généralisées).

La deuxième, réalisée en partenariat avec l'équipe 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 six mois à 25 ans dans trois hôpitaux de Libreville. Un antécédent de PC était retrouvé chez 36 patients, dont 26 cas et dix 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.

Onchocercose et épilepsie

S.-D. Pion, M. Boussinesq

UMR-145, Institut de recherche pour le développement (IRD) et université Montpellier-I, 911, avenue Agropolis, BP 64501, F-34394 Montpellier cedex 05, France

Correspondance : 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 SNC 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 million d'années de vie ajustées sur l'incapacité (*disability-adjusted life years* [DALYs]) perdu chaque année, ne prend en compte que les manifestations cutanées et oculaires de la maladie.

Références

1. Pion SD, Kaiser C, Boutros-Toni F, et al (2009) Epilepsy in onchocerciasis endemic areas: systematic review and meta-analysis of population-based surveys. *PLoS Negl Trop Dis* 16;3(6):e461
2. Boussinesq M, Pion SD, Demanga-Ngangue, Kamgno J (2002) Relationship between onchocerciasis and epilepsy: a matched case-control study in the Mbam Valley, Republic of Cameroon. *Trans R Soc Trop Med Hyg* 96(5):537-41
3. Marin B, Boussinesq M, Druet-Cabanac M, et al (2006) Onchocerciasis-related epilepsy? Prospects at a time of uncertainty. *Trends Parasitol* 22(1):17-20

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

F. Quet¹, F. Boumediene², J.-P. Leleu², R. Ramirez³, A. Fleury⁴, M. Huerta⁵, P.-M. Preux¹

1. IFR 145 GEIST, institut d'épidémiologie neurologique et de neurologie tropicale, EA 3174 neuroépidémiologie tropicale et comparée, université de Limoges, F-87025 Limoges, France
 2. IR SHS, laboratoire GEOLAB, UMR CNRS 6042, université de Limoges, F-87025 Limoges, France
 3. Instituto de Investigación de Biomédicas, Universidad Nacional Autónoma de México, México DF, Mexico
 4. Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, México DF, Mexico
 5. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, Facultad de Medicina, Puebla, Mexico
- Correspondance : fabrice.quet@unilim.fr

Une enquête neuroépidémiologique a été réalisée au sein d'une communauté rurale indienne mexicaine de 6 203 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 géolocalisées.

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 retenues : 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 porcs 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.

Parmi les 5 195 individus interrogés (83 %), 150 présentaient une pathologie neurologique (28,9 %, IC 95 : 24,6-33,9). Les prévalences étaient de 16,7 % (IC 95 : 13,5-20,7) pour les céphalées, de 1,5 % (IC 95 : 2,1-5,6) pour les épilepsies, de 1,2 % (IC 95 : 0,5-2,6) pour les AVC et de 0,4 % (IC 95 : 0,1-1,6) pour les encéphalopathies. La neurocysticercose a été mise en évidence chez 13 sujets (2,5 %, IC 95 : 1,4-4,4).

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.

Liens entre l'épilepsie et la dénutrition

S. Crépin¹, B. Godet², J.-C. Desport^{3,4}, P.-M. Preux⁴

1. Service de pharmacologie, toxicologie et pharmacovigilance, CHU de Limoges, Limoges, France
 2. Service de neurologie, CHU de Limoges, Limoges, France
 3. Service d'hépatogastroentérologie, unité de nutrition, CHU de Limoges, Limoges, France
 4. Institut d'épidémiologie et de neurologie tropicale, EA 3174, faculté de médecine, Limoges, Limoges, France
- Correspondance : sabrina.crepin@chu-limoges.fr

L'épilepsie est une affection neurologique qui touche environ 50 millions de personnes dans le monde. Un peu moins d'un milliard de personnes dans le monde sont dénutries. 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 protéinoénergétique semble jouer un rôle important, et ce, dès le plus jeune âge. Des carences en sels minéraux, en vitamines ou en oligoéléments

sont aussi impliquées. 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 (cysticerose...). 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 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 où l'épilepsie serait un facteur favorisant la malnutrition.

Stigmatisation associée à l'épilepsie

F. Rafael¹, C.-M. Dubreuil¹, M.-G. Weiss², D. Houinato³, P.-M. Preux¹, P. Nubukpo^{1,4}

1. IFR 145 GEIST, institut de neurologie tropicale, EA 3174 neuroépidémiologie tropicale et comparée, université de Limoges, F-87025 Limoges, France

2. Département de santé publique et épidémiologie, Swiss Tropical Institute, Bâle, Suisse

3. Département de neurologie, CNHU de Cotonou, Bénin

4. Service de psychiatrie, pôle 23G01, F-23320 Saint-Vaury, France

Correspondance : florentina.rafael@hotmail.fr

L'épilepsie est un problème de santé majeur par ses conséquences médicosociales et économiques. Cela 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 subsaharienne (ASS). Pourtant, il 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.

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.

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.

La perception de stigma associée à l'épilepsie est un problème important au Bénin. Dans nos études, les facteurs psychosociaux 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.

Quelles ressources humaines pour prendre en charge l'épilepsie dans les PED ?

G. Farnarier

Service de neurophysiologie clinique, CHU-hôpital Nord, Marseille, France

Correspondance : guy.farnarier@ap-hm.fr

Il existe bien évidemment une très grande disparité des situations dans les pays en voie de développement (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 aux médicaments.

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 et particulièrement en zones rurales, est une maladie d'exclusion posant un véritable problème de santé publique.

Quatre-vingts pour cent 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 neuro-radiologique 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.

Quels 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.

Explorations neurophysiologiques et épilepsie en milieu tropical : cas du Sénégal

L. Gueye¹, M.-M. Ndiaye¹, G. Farnarier²

1. Unité de neurophysiologie clinique, service de neurologie, CHU-hôpital de Fann, BP 5035, Dakar, Sénégal

Correspondance : lamineg@gmail.com

2. Service de neurophysiologie clinique, CHU-hôpital Nord, F-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.

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

O. Miyajji

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

Correspondance : omiyajji@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 1,000 population.

Majority of patients live in the rural and urban slum areas. Kenya association for the welfare of people with epilepsy (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:

- Education, Awareness Creation and Training;
- Medical Treatment and Clinic Support;
- Lobbying and Advocacy.

Over the last eight years (2002–2009) KAWE has been able to train 2,315 Community Health Workers, and 1,053 Medical Personnel of different cadres.

Some of our educational material have been recognized internationally.

KAWE managed to establish 12 clinics countrywide with over 35,000 patients registered. Nine of these clinics were eventually integrated into public and mission health facilities.

Currently, we have three functioning clinics within Nairobi City. 11,116 patients are registered in these clinics, but about 4,000 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.

Implication de Sanofi-Aventis dans la lutte contre l'épilepsie dans les pays en développement

R. Sebbag

Accès au médicament, Sanofi-Aventis, 174, avenue de France, F-75635 Paris cedex 13, France

Correspondance : 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 (leishma-

nioses et maladie du sommeil), mais aussi aux maladies chroniques (psychoses et épilepsie) dont la charge relative de morbidité 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.

À travers ce programme Sanofi-Aventis s'engage par :

- la mise à disposition de supports d'information-éducation-communication ;
- un apport d'expertise ;
- l'approvisionnement en antiépileptiques (phénobarbital et valproate de sodium), 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 KAWE (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.