REPUBLIQUE DU BENIN
******
MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE
******
UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI
******
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE
******
UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE EN MEDECINE
******

Année 2021 **N° 2453**

FACTEURS DE NON-ADHESION AUX TRAITEMENTS ANTI-EPILEPTIQUES CHEZ LES EPILEPTIQUES SUIVIS AU CNHU EN 2021

THESE

Présentée et soutenue publiquement pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

DIPLOME D'ETAT

Par

Dègnon Franel KPEDOTOSSI

Né le 17 août 1995 à Cotonou (Rép du Bénin)

Directeur de thèse

Dr Constant K. ADJIEN

Professeur titulaire de neurologie

Co-Directeur de thèse

Dr Richard HOUEZE

Assistant en neurologie

Président du Jury

Pr Anatole LALEYE

Membres du jury

Pr Constant K. ADJIEN

Pr Dieudonné GNONLONFOUN

MCA Loconon Y. Achille YEMOA

REPUBLIQUE DU BENIN
*****
UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI

FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE
****

UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

DOYEN : Professeur MEHINTO Delphin K.

VICE-DOYENNE U.F.R Médecine : Professeur ZOUMENOU Eugène

VICE-DOYENNE U.F.R Pharmacie : Maître de Conférences Agrégé YEMOA Loconon Y. Achille

VICE-DOYEN /ECOLES : Professeur EZIN-HOUNGBE Josiane

Année : 2020-2021 (version décembre 2020)

PROFESSEURS TITULAIRES

1.	Dr EZIN-HOUNGBE Josiane.....	Psychiatrie Adulte
2.	Dr HOUINATO Dismand Stéphan.....	Neurologie
3.	Dr ADJIBABI Wassi.....	ORL-ChirurgieCervicoFaciale
4.	Dr KINDE GAZARD Dorothée Akoko.....	Parasitologie Mycologie
5.	Dr MEHINTO Delphin Kuassi.....	Chirurgie Viscérale
6.	Dr VIGNIKIN -YEHOUESSI Bernadette	ORL-Chirurgie- Cervico- Faciale
7.	Dr GANGBO Flore	Histologie- Embryologie-Cytogénétique
8.	Dr HOUNNOU-TCHABI Sidonie	Ophtalmologie
9.	Dr LALEYE Anatole O. A	Histologie-Embryologie-Cytogénétique
10.	Dr AMOUSSOU-GUENOU Marcellin Kuassi.	Biophysique, Médecine Nucléaire
11.	Dr FIOGBE Michel Armand.....	Chirurgie Pédiatrique
12.	Dr HOUENASSI D. Martin	Cardiologie
13.	Dr HANS-MOEVI Aristote	Orthopédie -Traumatologie
14.	Dr KPADONOU Toussaint Godonou.....	Médecine Physique – Réadaptation
15.	Dr SOUNOUNOU Ignace.....	Ophtalmologie
16.	Dr BIAOU Olivier	Imagerie Médicale
17.	Dr ODOULAMI-YEHOUESSI Lisette.....	Ophtalmologie
18.	Dr ZANNOU D. Marcel	Médecine Interne
19.	Dr ZOUMENOU Eugène.....	Anesthésie-Réanimation
20.	Dr DENAKPO Justin Lewis	Gynécologie Obstétrique
21.	Dr DOSSOU Francis Moïse	Chirurgie Générale
22.	Dr ADEGBIDI Hugues Daniel Gbadébo	Dermatologie Vénérologie
23.	Dr AFFOLABI Dissou.....	Bactériologie-Virologie
24.	Dr ALAO Modjere Ola Maroufou Jules.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
25.	Dr ATADOKPEDE Agbomènou Félix.....	Dermatologie- Vénérologie
26.	Dr AWEDE Bonaventure Lucien Sévérin.....	Physiologie
27.	Dr FIOSSI-KPADONOU Emilie.....	Pédopsychiatrie
28.	Dr HOUNNOU d'ALMEIDA Marcelline Edith S	Pédiatrie et Génétique Médicale
29.	Dr TONATO-BAGNAN Josiane Angéline A.	Gynécologie-Obstétrique
30.	Dr ADJIEN Kodjo Constant	Neurologie

Université d'Abomey-Calavi • FACULTÉ DES SCIENCES DE LA SANTÉ • LE DOYEN

31. Dr OGOUYEMI-HOUNTO Aurore Bertille.	Parasitologie
32. Dr SAGBO Gratien.....	Pédiatrie
33. Dr SEHONOU Jean	Hépato-Gastro-Entérologie
34. Dr AGODOKPESSI Gildas	Pneumo-Phtisiologie
35. ALAMOU Soulé.....	Ophtalmologie
36. Dr ALLABI Aurel Constant Eustache.....	Pharmacologie Clinique
37. Dr AVAKOUDJO Josué D. Georges	Urologie-Andrologie
38. Dr AYELO Ahounmènou Paul	Médecine du Travail
39. Dr GANSOU Grégoire Magloire	Psychiatrie
40. Dr GNONLONFOUN Dieudonné	Neurologie
41. Dr HOUNKPATIN Benjamin I. Bodounrin.....	Gynécologie Obstétrique
42. Dr TSHABU AGUEMON Christiane	Gynécologie Obstétrique
43. Dr ZOMALHETO Zavier Cossi	Rhumatologie

MAÎTRES DE CONFERENCES AGREGES

1. Dr ASSOUTO A. Pamphile.	Anesthésie –Réanimation
2. Dr AVAKOUDJO François	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
3. Dr GBENOU Antoine Séraphin	Chirurgie Pédiatrique
4. Dr HOUNKPE Pierre Claver	Anesthésie-Réanimation
5. Dr LAWSON AFOUDA Sonia.....	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
6. Dr YEKPE AHOUANSOU Patricia Frida.....	Imagerie Médicale
7. Dr AGUEMON Badirou Din.....	Santé Publique
8. Dr ALAGNIDE Hountondji Etienne	Médecine Physique et de Réadaptation
9. Dr AZON KOUANOU Angèle	Médecine Interne
10. Dr GBESSI Dansou Gaspard	Chirurgie Générale
11. Dr HINSON Vikkey Antoine	Médecine du Travail
12. Dr LALYA Francis Honorat.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
13. Dr SISSINTO SAVI DE TOVE Yolande.....	Parasitologie-Mycologie
14. Dr VIGAN Jacques	Néphrologie
15. Dr YEMOA Loconon Y. Achille.	Chimie Analytique-Bromatologie
16. Dr AGBODANDE Kouessi Anthelme	Médecine Interne

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

17. Dr ALIHONOU Thierry	Neurochirurgie
18. Dr BAGNAN TOSSA Léhila.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
19. Dr GANFON Habib M. Yoel.	Pharmacognosie
20. Dr KEREKOU Célestine Annelie.	Endocrinologie
21. Dr VODOUHE Ulrich B.	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
22. Dr WANVOEGBE Armand.....	Médecine Interne

MAITRES ASSISTANTS

1. Dr BIO-TCHANE Imrane.....	Chirurgie Maxillo-Faciale
2. Dr GANDAHO Hugues Jean-Thierry	Neurochirurgie
3. Dr AGBOTON Bruno Léopold	Néphrologie
4. Dr ALIHONOU Florence	Pédiatrie et Génétique Médicale
5. Dr ABOUKI Chakiratou Olaïdé Adoukê.....	Ophtalmologie
6. Dr AKPADJAN Gbèmawonmédè Fabrice.....	Dermatologie-Vénérologie
7. Dr CHIGBLO Sègla Pascal Eric.....	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
8. Dr DEGBOE Kaï Bérénice Esthelle	Dermatologie-Vénérologie
9. Dr DJOSSOU Médéssè David (Demande de mise à disponibilité).....	Odontologie Pédiatrique
10. Dr HODONOU Détondji Fred Jean-Martin...	Urologie-Andrologie
11. Dr LAWANI Ismaïla.....	Chirurgie Viscérale
12. Dr OGOUDJOBI Ogourindé Mathieu.....	Gynécologie-Obstétrique
13. Dr ZOHOUN-GUIDIGBI Lutécia Myria A.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
14. Dr ABOUBACAR Moufalilou	Gynécologie-Obstétrique
15. Dr ADJADOHOUN Sonia B. M. Gwladys....	Radiologie
16. Dr ADJAGBA D. Philippe M	Cardiologie
17. Dr AMOSSOU L. François.....	Traumatologie-Orthopédie
18. Dr ATTOLOU Sètondji	Chirurgie Générale
19. Dr AZONBAKIN Azandégbé Simon	Histologie-Embryologie-Cytogénétique
20. Dr BADOU Agnès Sylvie.....	Ethnologie
21. Dr GNANGNON Freddy Houehanou R.....	Cancérologie Chirurgicale
22. Dr GNINKOUN Comlan Jules.....	Endocrinologie Métabolisme et Nutrition
23. Dr IMOROU SOUAÏBOU Yacoubou.....	Chirurgie Générale
24. Dr KPOSSOU Aboudou Raïmi	Gastroentérologie et Hépathologie
25. Dr LOKOSSOU M. Symphorose.....	Gynécologie-Obstétrique
26. Dr PADONOU Abiodoun Djossè.....	Traumatologie-Orthopédie
27. Dr PADONOU Sètondji Géraud Roméo.....	Santé Publique

Université d'Abomey - Calavi
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE
LE DOYEN

28. Dr SEIDOU Falilatou	Anatomie Pathologique
29. Dr SONOU Djidjoho Joël A.....	Cardiologie
30. Dr TOGNIFODE M. Véronique.....	Gynécologie-Obstétrique
31. Dr TOKOUDAGBA Kossi Jean-Marie Dénis...	Chimie Organique et Chimie des Substances Naturelles
32. Dr WACHINOU Ablo Prudence.....	Pneumo-Phtisiologie
33. Dr YEVI Dodji Magloire Inès.....	Urologie Andrologie
34. Dr ADJOBIMEY Mênonli	Santé au Travail
35. Dr AKODJENOU Joseph	Anesthésie Réanimation
36. Dr ANAGONOU Lary Lucrèce.....	Pédopsychiatrie
37. Dr BIGOT Cédric Egnonwa Parfait	Médecine Légale
38. Dr BOGNON Gilles M.....	Pédiatrie
39. Dr BANCOLE POGNON Sylvie Arlette A.....	Chirurgie Buccale
40. Dr KLIKPO Elvire	Psychiatrie Adulte
41. Dr MIKPONHOUE Rose Christelle	Médecine du Travail
42. Dr PADONOU Caroline	Pédiatrie
43. Dr ZOHOUN Comlan Gildas Alban	Hématologie

ASSISTANTS

1. Dr VIGNON Cyprien K. (Procédure d'appel en cours pour service abandonné).....	Chirurgie Générale
2. Dr LANKPEKO-AFFOLABI Clémence M.	Pédiatrie et Génétique Médicale
3. Dr HOUNKPONOU Eliane K. Murielle	Cardiologie
4. Dr YAKOUBOU YOBO Annatou	Pédiatrie et Génétique Médicale
5. Dr SOSSA Jean	Urologie
6. Dr VIGNON Koffi Rodolphe	Hépato-Gastroentérologie
7. Dr AMONLES Yves D.	Psychiatrie
8. Dr LAWSON Roland F (Situation non connue)	Pharmacologie
9. Dr AHOUNOU Ernest Stéphane.....	Anesthésie-Réanimation
10. Dr HOUESSOU ENIANLOKO Nicole Zinhoué épse TCHIAKPE.....	Pédiatrie
11. Dr DANGBEMEY Djima Patrice.....	Gynécologie-Odstrétique
12. Dr HOUNDETOUNGAN David Gilles.....	Biophysique
13. Dr MIZEHOUN Gbèdécon Carmelle.....	Nutrition et Diététique
14. Dr LALEYE Christel Marie Fortunat Olatumbossum B.I.	Anatomie

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

15. Dr AÏGBE Nestor	Ophtalmologie
16. Dr AZA-GNANDJI Guy-Gérard	Psychiatrie
17. Dr DADJO Kinski Aumar	Traumatologie Orthopédie
18. Dr Alexis Do SANTOS ZOUNON	OTO-Rhino Laryngologie et Chirurgie Cervico-Faciale
19. Dr GOUKODADJA Oswald	Traumatologie Orthopédie
20. Dr ASSANHOU Assogba Gabin	Pharmacie Galénique
21. Dr BAGLO Dédé Priscillia Tatiana	Hématologie Biologie

EMERITES

1- Dr BASSABI Souleymane

2- Dr AHYI Réné A. Galbert

3- Dr PADONOU Nazaire

4- Dr HOUNKPE Célestin

5- Dr Do ANGO-PADONOU Florencia

6- Dr GNINAFON Martin

7- Dr ALIHONOU Eusèbe Magloire

Université d'Abo... LE DOYEN FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

MBK

COLLABORATEURS

A- COLLABORATEURS EXTERIEURS

1- Dr LECLERCQ Joëlle.....	Professeur de Pharmacognosie à l'Université Catholique de Louvain (UCL)
2 - Dr CREPPY Edmond.....	Professeur de Toxicologie- Université de Bordeaux 2
3 - Dr ATINDEHOU Eugène.....	Professeur de Chimie Analytique à l'Université Félix HOUPHOUËT BOIGNY
4 - Dr GRISLAIN Luc.....	Professeur de Galénique à l'Université Bordeaux 2
5 - Dr POUPAERT Jacques.....	Professeur de Chimie Pharmaceutique à l'UCL (Belgique)
6 - Dr EVRARD Brigitte.....	Professeur de Galénique à l'Université de Liège
7-Dr ROBERT Jean-Michel	Professeur de Chimie Thérapeutique/UFR Pharmacie Université de Nantes
8-Dr ZIME DIAWARA H. Hermine	Maître-Assistant en Sciences Pharmaceutiques : Option Pharmacie Galénique.-Burkina Faso
9-Dr OUATTARA Mahama.....	Professeur de Chimie Médicale à l'Université Félix HOUPHOUËT BOIGNY
10-Dr SANGARE Béatrice.....	Professeur de Toxicologie à l'Université Félix HOUPHOUËT BOIGNY

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

B- COLLABORATEURS NATIONAUX

1- Dr LOKO Frédéric Simplice	Professeur Titulaire de Biochimie à l'Ecole Polytechnique de l'UAC
2–Dr AHISSOU Hyacinthe.....	Professeur Titulaire de Biochimie à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
3–Dr GBENOU Joachim	Professeur Titulaire de Chimie Organique à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
4- Dr OUENDO Marie-Edgard Dona.....	Professeur Titulaire en Santé Publique, Epidémiologie, Nutrition

MAK

5- Dr KPATCHAVI Adolphe.....	Professeur en Sociologie Anthropologie
6- Dr AGUEH Victoire.....	Professeur Titulaire en Santé Publique (IRSP)
7–Dr JOSSE Roger Gérard	Professeur Titulaire de Chimie Analytique à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
8–Dr GBAGUIDI Fernand	Professeur Titulaire de Chimie Organique à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
9–Dr WOTTO Valentin	Professeur Titulaire de Chimie Physique à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
10- Mr ATOHOUN Guy	Professeur Titulaire de Chimie Minérale
11- Dr EZIN Eugène.....	Professeur Titulaire en Informatique à l'Institut de Mathématiques et de Sciences Physiques de l'UAC
12– Dr OGOUYANDJOU Simplice.....	Maître de Conférences en Mathématiques
13- Dr KPOVIESSI Salomé	Professeur Titulaire en Chimie Organique à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
14- Dr DJEGO Gaudens	Professeur Titulaire en Ecologie/Botanique
15- Mr AGBANI Benoît	Maître Assistant de Physique à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
16- Dr MEDEGAN FAGLA Sèdami Romarique.....	Maître-Assistant en Chimie Organique.

C- AUTRES ENSEIGNANTS ASSOCIES

1 - Mr JADIN Olivier	Kinésithérapie
2 - Mr YEHOUESSI Jacques	Soins infirmiers
3 - Mme QUENUM Marie	Soins Infirmiers
4 - Mr AFANUH Matthew.....	Anglais
5- Dr HENADOU Martin	Législation Pharmaceutique
6 - Dr AHLONSOU Prosper	Législation Pharmaceutique
7 - Mr ANANI Yves.....	Techniques de kinésithérapie passive
8 - Mr ASSOGBA Franck.....	Techniques de kinésithérapie active

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

9 - Mr GNIMASSOU Karol.....	Techniques de kinésithérapie respiratoire
10- Mme DJIVOH Yolande.....	Périnéologie
11- Mr AHO Audrey	Electrothérapie
12 - Dr HOUNGBEDJI Germain	Analyse du mouvement, Biomatériaux et Thérapie Manuelle Orthopédique
13 - Mr SOGBOSSI Emmanuel.....	Anatomie palpatoire
14 - Mme ZOUNON Diane.....	Analyse du mouvement
15 - Mr OLOUKA Jean.....	Techniques de kinésithérapie en neurologie adulte
16 - Mme BABI Josiane.....	Techniques de kinésithérapie en neurologie-pédiatrie
17 - Mr ACAKPO Alfred.....	Nutrition
18- Mr KADI Christophe.....	Anglais
20 - Mr DJOSSOU A. K. Alfred.....	Anglais
21 - Mr SOUMANOU Mohamed.....	Technologie alimentaire
22 - Mr ABOU Adam.....	Technologie alimentaire
23 - Mme CAPO-CHICHI Callinice.....	Biologie moléculaire
24 - Mr SANNI Ambaliou.....	Biologie moléculaire
25 - Dr ALASSANI Adébayo.....	Médecine interne/Nutrition
26 - Mr MIKODE Denis.....	Nutrition
27 - Mme LOKOSSOU Céline.....	Nutrition
28 - Mme HOUNGBO Hermance.....	Nutrition
29 - Mr ADOMAHOU David.....	Nutrition
30 -Mme DOSSOU-SINTONDJI Reine.....	Nutrition
31- Dr SOSSA Charles.....	Nutrition
32 - Mr HESSOU Joseph.....	Nutrition
33 - Mme MELOME Marie Constance	Communication

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

34 - Mme COSSI Reine.....	Méthodologie
35 – Dr MOROU Karim	Nutrition
36– Dr AZANDJEME Colette	Nutrition
39-Mme Napporn Clarisse.....	Psychologie Sociale, (Maître-assistant à la FLASH)
40 - Mr AÏHOU Mamère.....	Finances Publiques
41 -Mr AMOUSSOU YEYE Denis	Psychologie générale, Psychologie du couple
42- Dr BODEA Gilbert	Méthodologie de la recherche, Sociologie de la famille
43 - Mr ZANNOU Jules.....	Droit Administratif et Constitutionnel
44 - Mr KEKE Jean-Claude.....	Economie
45 - Mr AVOCE Viagamou.....	Economie
46- Mr EKPINSE Emile.....	Rédaction administrative
47 - Mme SAGBOHAN Mireille.....	Economie Familiale, Economie Sociale
48- Mr HOUEDJISSIN Benoit.....	Déviance et délinquance juvénile
49 - Mme AKINHOLA Valérie.....	Méthodologie d'intervention, intervention sociale d'aide à la personne
50 - Mme IDOSSOU Valérie.....	Introduction à la politique sociale, politique de protection des personnes âgées, cadre théorique, service social de groupe
51- Mr ADJAÏ Olivier.....	Politique de protection sociale de l'enfant
52 - Mr TONI Mathias.....	Politique de la jeunesse, Politique de protection sociale des personnes handicapées
53- Mr COMAHOUE Franck	Politique de protection sociale de l'enfant, TD devoir médico-social (Méthodologie d'intervention)
54- Mme SESSOU Fidélia	TD Devoir social (Méthodologie d'intervention)
55- Dr de SOUZA Pélagie Léchidia.....	Socio-Anthropologie Générale
56 - Mr SOSSOU Janvier	Technique d'animation
57 - Mr HOUNTONDJI Albert	Droit du travail

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

58 - Mr HOUNTONDJI Jules	Service social communautaire
59- Mr ALADATIN Prévert	Droit Pénal Général, Procédure Pénal
60 - Dr IBIKUNLE Charles	Introduction au Droit, Droit civil
61 - Mme TCHIBOZO Pauline	Intervention d'aide à la personne
62- Mr ATODJINOU Candide	Statistique
63- Mr AKOCHAYE Nicolas	Démographie
64 - Dr VISSOH Séraphin.....	Méthodologie de la Recherche
65 – Mr GBEHINTO Bruno	Gestion de projet
66- Mr NANSI Célestin	Sécurité Sociale
67- Mr AGBOGBE Nestor	RBC et Pédiatrie Sociale
68- Mme DARBOUX Marie Antoinette Brigitte.	Littérature Anglaise et Américaine

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

25/02/21

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

Professeur Delphin K. MEHINTO

DEDICACES

❖ ***A Dieu le père tout puissant,***

Sans Toi rien n'aurait été, merci pour ta grâce qui m'accompagne au quotidien.

❖ ***A ma mère Céline HOUINSOU,***

Autant de phrases aussi expressives soient-elles ne sauraient montrer le degré d'amour et d'affection que j'éprouve pour toi. Tu m'as comblé avec ta tendresse et ton affection tout au long de mon parcours. Tu n'as cessé de me soutenir et de m'encourager durant toutes les années de mes études, tu as toujours été présente à mes côtés pour me consoler quand il fallait. En ce jour mémorable, pour moi ainsi que pour toi, reçoit ce travail en signe de ma vive reconnaissance et ma profonde estime. Puisse le tout puissant te donner santé, bonheur et longue vie afin que je puisse te combler à mon tour.

❖ ***A mon père François KPEDOTOSSI,***

Tu as toujours été pour moi un exemple du père respectueux, honnête, de la personne méticuleuse, je tiens à honorer l'homme que tu es. Grâce à toi papa, j'ai appris le sens du travail, de la responsabilité et surtout de la générosité ainsi que de l'amour. Je voudrais te remercier pour ton amour, ta compréhension... Ton soutien fut une lumière dans tout mon parcours. Aucune dédicace ne saurait exprimer l'amour et le respect que j'ai toujours eu pour toi.

Ce modeste travail est le fruit de tous les sacrifices que tu as déployés pour mon éducation et ma formation. Je t'aime papa et j'implore le tout-puissant pour qu'il t'accorde une bonne santé et une vie longue et heureuse.

- ***A mes frères (Rolince, Sylvano, Delanique) et sœurs (Christelle, Silvina)*** ***Vous*** avez, chacun à sa manière et parfois même au détriment de vos propres occupations su être présent durant tout mon parcours. Infiniment MERCI et puisse l'Eternel aider chacun de vous à s'accomplir pour la fierté des parents. Je vous aime.

- ***A Bébé Horina,***

  Merci pour la joie au quotidien. Puisses-tu grandir dans la paix et la joie sous la protection divine.

- ***A Sydney, affectueusement « le père »***

  Ta présence et ton soutien inconditionnel tel le grand frère que j'aurais voulu avoir depuis mon bas âge m'a été d'une grande aide durant mon parcours. Que Dieu ne cesse de déverser sa grâce dans ta vie.

- ***A JEK,***

  Merci d'être. Dieu te bénisse.

- ***A Sylvanus C, affectueusement « Bae U »***

  Merci pour la personne que tu es.

- ***A mes compagnons de travail (Les immortels) Part-Dieu SEMASSA, Stéphane DJIGBE, Ophé-Luc QUENUM, Freeman de-SOUZA***

  Nous venons de très loin et nous irons loin. Le chemin était parsemé de nombreuses embûches. Malgré nos péripéties et nos incompréhensions, nous avons toujours été ensemble, dans les bons comme les mauvais moments. Des

leaders nés. Puisse le Seigneur assister chacun de nous dans son accomplissement. Amen !

- ***A Amira ADJIBABI, Jeff OGOUBIYI, Vilishka FANDOHAN, Faridath ABOUDOU, Carine PEDRO, Samira ADJIBABI, Emmanuel ZANFONHOUEDE, David KINS, Lucette AHOUANGAN***

  Merci pour votre présence durant toutes ces années d'étude. Que Dieu veille sur chacun de vous.

- ***A Mme Chérifatou BELLO et Mme FANDOHAN Douceline***

  Merci pour le soutien durant toutes ces années d'études.

- ***A Salim DJAOUGA, « tout un DES de neurologie »,***

  Infiniment merci pour ta simplicité et ta disponibilité. Que Dieu te bénisse

- ***A mes amis Johanna GANSOU, Ange KOUNOUDJI, Destiny PADONOU, Greg DELE, Melkior KIKI, Prince GBEKE***

  Les débuts de ce cursus furent un réel plaisir grâce à vous. Merci

- ***A tous les membres du groupe de danse de la FSS,***

  Merci pour les bons moments partagés

- ***A la 43è promotion ; en particulier les membres de mon groupe de stage interné Géovania DAMASSOH, Stéphane DJIGBE, François AKOTEGNON, Part-Dieu SEMASSA, Maxime DOSSOU, Chrispeace BOKO, Ophé-Luc QUENUM, Pascaline FASSINOU, Adrielle ATONDE, Yessirath BOUSSARI, Lysias AZONHAI, Robert HOUNGNANDAN,***

Widade OKIKIOLA, Auréa HOUNGUIA, Mystère DJENONTIN, Alégria VIEGBE, Folakê ADEGBIDI, Emile HOUNKONNOU, Fleury AYI

Ce fut une belle expérience d'avoir passé ma sixième année de médecine avec vous. Que le Seigneur puisse éclairer chacun de nous dans ses choix ! Brillante carrière !

REMERCIEMENTS

- ***A Salim DJAOUGA,***

  Merci pour ton accompagnement tout au long de ce travail.

- ***A mon épidémiologiste,***

  Merci pour le travail.

- ***A la secrétaire du service de neurologie,***

  Merci pour l'aide et la disponibilité.

- ***A Amira ADJIBABI, Carine PEDRO***

  Merci pour la sollicitude.

- ***A Stéphane DJIGBE, SEMASSA Damase, Doris KAKPO***

  Merci pour votre aide.

- ***A tous les patients qui ont participé à mon travail,***

  Que Dieu vous assiste et vous accorde la bonne santé. Prompte guérison à vous.

- ***A tous ceux qui ont participé de loin ou de près à la réalisation de cette thèse,*** Sincères remerciements.

- ***A ceux dont l'oubli du nom n'est pas celui du cœur qui m'ont soutenu d'une façon ou d'une autre,*** Profonde gratitude.

HOMMAGES

A notre Maître et Directeur de thèse,

Cher maître, nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous avez fait en acceptant de diriger cette thèse. Vous nous avez toujours réservé le meilleur accueil, malgré vos obligations professionnelles. Vos encouragements inlassables et votre amabilité méritent toute notre admiration. Recevez cher professeur et maître, mes hommages respectueux.

A notre co-directeur de thèse

Vous avez accepté de nous accompagner et de nous guider dans ce travail malgré vos occupations. Vos encouragements inlassables, votre amabilité, votre gentillesse méritent notre profonde gratitude.

A tous mes maîtres de la Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou,

Chers Maîtres, par votre rigueur scientifique et votre disponibilité, vous avez fait de cette faculté une référence dans la sous-région. Tout au long de notre parcours, vous nous avez appris le sens du devoir et de l'abnégation. Nous veillerons, partout où nous servirons, à vous faire honneur en appliquant vos précieux enseignements.
Veuillez accepter mes remerciements les plus sincères.

A son excellence Monsieur le Président du Jury

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury malgré vos lourdes responsabilités. Vos critiques et observations contribueront sans aucun doute à l'améliorer. Permettez-nous de vous exprimer ici, Monsieur le président, le témoignage de notre profond respect.

A nos maîtres, les honorables membres du Jury

Nous vous remercions vivement pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger notre thèse. Vos précieuses recommandations seront prises en compte pour améliorer la qualité de celui-ci. Veuillez recevoir l'expression de notre profond respect. Hommages respectueux.

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

AVC : Accident vasculaire cérébral

CNHU-HKM : Centre National Hospitalo-Universitaire Hubert Koutoukou MAGA

CUAU : Clinique Universitaire d'Accueil des Urgences

EEG : Electroencéphalogramme

EMG : Electromyogramme

IC : Intervalle de Confiance

IRM : Imagerie par Résonnance Magnétique

MAE : Médicament Antiépileptique

OMS : Organisation mondiale de la Santé

PED : Pays en Développement

PSE : Personne souffrante d'Epilepsie

SNC : Système Nerveux Central

SPAR : Service Polyvalent d'Anesthésie et de Réanimation

TAE : Traitement antiépileptique

RR : Rapport de Risque

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Liste des médicaments utilisés dans le traitement de l'épilepsie, mécanisme d'action, indication, effets indésirables. 18

Tableau II : Echelle de Morisky.....30

Tableau III : Variables socio-démographiques 32

Tableau IV : Répartition des patients par tranche d'âge, Cotonou 2022 35

Tableau V: Répartition des patients en fonction de leur occupation socio-professionnelle, Cotonou 2022 36

Tableau VI **:** Répartition des patients en fonction de leur connaissance sur le traitement, Cotonou 2022.....37

Tableau VII : Répartition des patients en fonction du schéma thérapeutique, Cotonou 2022.....39

Tableau VIII: Répartition des patients en fonction de leur adhésion au traitement, Cotonou 2022. 41

Tableau IX: Répartition des patients en fonction de leur perception de la maladie (N=70), Cotonou 2022. 41

Tableau X : Croisement du statut de non adhésion avec les facteurs cliniques, Cotonou 2022. 42

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Schéma illustrant la définition de l'adhésion[10] 5

Figure 2 : Carte du Bénin montrant les prévalences connues de l'épilepsie en population générale selon les régions. Les prévalences sont exprimées en ‰. [19].9

Figure 3 : Classification des syndromes épileptiques, ILAE 2017 13

Figure 4: Diagramme de flux de l'échantillonnage.....29

Figure 5 : Répartition des patients en fonction des difficultés liées à l'approvisionnement des MAE (N=38), Cotonou 2022 38

Figure 6 : Présentation des patients en fonction de type des MAE, Cotonou 2022 39

Figure 7 : Présentation des patients en fonction des types de crises épileptiques, Cotonou 2022.....40

Par délibération, la Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou a arrêté que les opinions émises dans cette thèse n'engagent que leur auteur.

INTRODUCTION

Introduction

L'épilepsie est l'une des affections neurologiques les plus fréquentes du monde. Elle constitue un problème de santé publique surtout dans les Pays En Développement (PED). Ceux-ci sont faiblement équipés pour être confrontés au grand défi médical, social et économique posé par l'épilepsie[1]. Selon l'Organisation mondiale de la Santé, environ 50 millions de personnes vivent actuellement avec l'épilepsie dans le monde et 80% de celles-ci résident dans les pays en développement où l'accès aux soins est encore très problématique quel que soit le continent concerné [1,2].

L'épilepsie a un impact clinique et psychosocial important à la fois pour les individus et les familles. En Afrique, les fausses croyances (maladie contagieuse ou la marque de la possession d'un esprit) occasionnent une grande discrimination et stigmatisation des épileptiques[3]. L'épilepsie est donc une maladie dévastatrice, même si elle est relativement simple à diagnostiquer et qu'il existe des médicaments peu coûteux disponibles pour la traiter [4,5]. Elle peut être traitée et même guérie grâce aux médicaments antiépileptiques (MAE); 70% des personnes vivant avec une épilepsie peuvent avoir une vie normale si elles reçoivent un traitement approprié [2]. Bien qu'environ un tiers des patients souffrant d'épilepsie dans les pays occidentaux continue d'avoir des crises malgré la prescription des MAE à des doses appropriées, une mauvaise adhésion au traitement peut être la cause d'une récidive des crises et donc d'une épilepsie mal contrôlée [6]. En 2013, **Adjien et al** ont mené une étude sur le suivi thérapeutique des personnes souffrant d'épilepsie (PSE) par le dosage plasmatique des MAE au Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoukou Maga (CNHU-HKM) de Cotonou (Bénin). Cette étude a retrouvé un taux de non observance du traitement qui était de 20% liée en majeur partie à

l'indisponibilité des médicaments (28,6%), le manque de moyens financiers (14,3%),les effets indésirables des MAE (21,4%) et les raisons personnelles (35,7%) [7]. Au Bénin, peu d'études à ce jour ont porté sur l'adhésion au traitement; toutefois, la non-adhésion au traitement, répandue pour les maladies chroniques, est rapportée dans la littérature comme élevée pour les antiépileptiques et est associée à une prévalence plus élevée des crises (21-45%) chez ceux qui n'ont pas adhéré à leur MAE[6]. En outre, une mauvaise adhésion aux MAE a été rapportée comme augmentant la morbidité et la mortalité [8].

La non-adhésion au traitement antiépileptique qui représente un des éléments capitaux de la mauvaise réponse thérapeutique peut être liée à plusieurs facteurs. Pour contribuer à la politique sanitaire adaptée aux enjeux sur l'épilepsie, nous nous sommes assignés comme objectifs :

- **Objectif général :** d'étudier les facteurs de non-adhésion au traitement antiépileptique chez les patients suivis pour épilepsie dans le service de Neurologie du CNHU-HKM Cotonou en 2021.
- **Objectifs spécifiques :**
  - Calculer la fréquence de non-adhésion au traitement chez les patients épileptiques suivis en neurologie au CNHU-HKM.
  - Déterminer les facteurs associés à la non-adhésion au traitement chez les patients épileptiques suivis en neurologie au CNHU-HKM.

1- GENERALITES

1. Généralités

1.1. Définition de concepts [3]

1.1.1.Adhésion

Selon les termes de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'adhésion est « la manière selon laquelle le comportement du patient (prendre un traitement, suivre un régime, et/ou modifier ses habitudes de vie), s'accorde avec les recommandations émanant d'une autorité de santé compétente » [9].

L'adhésion est définie comme la mesure dans laquelle les personnes suivent les instructions qui leur sont données pour les traitements prescrits; elle implique le choix du consommateur et se veut sans jugement, contrairement à la conformité, qui renforce la passivité et le blâme du patient [2].

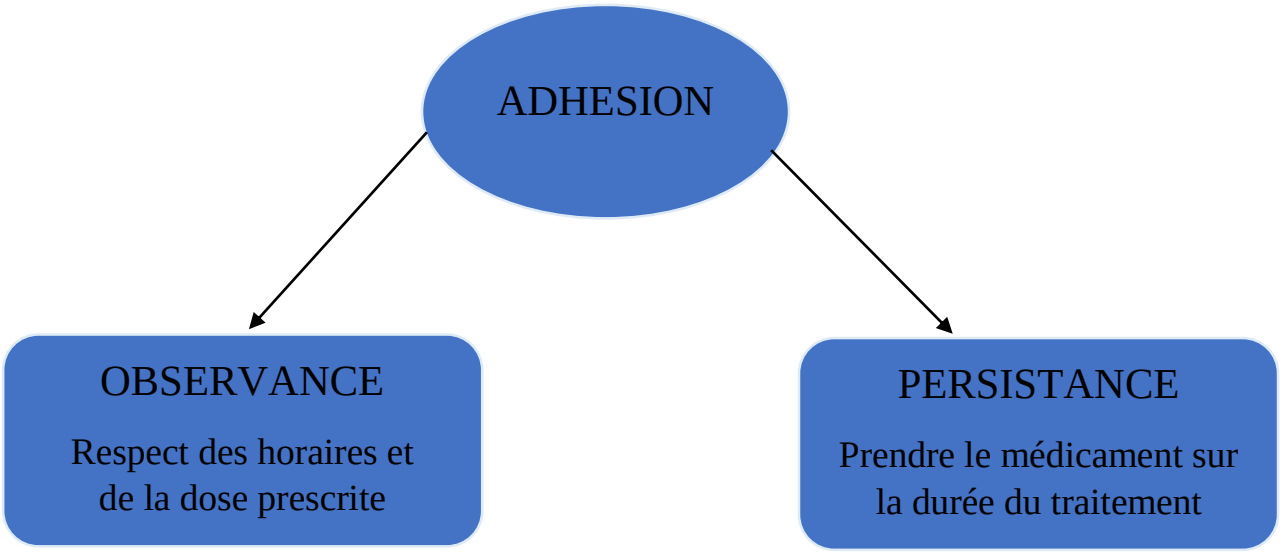


Figure 1 : Schéma illustrant la définition de l'adhésion[10]

1.1.2. L'épilepsie [11]

De façon conceptuelle : l'épilepsie est un trouble cérébral caractérisé par une prédisposition durable à générer des crises épileptiques et par les conséquences neurobiologiques, cognitives, psychologiques et sociales de cette affection. La définition de l'épilepsie requiert la survenue d'au moins une crise épileptique.

De façon opérationnelle : l'épilepsie est une maladie cérébrale définie par l'une quelconque des manifestations suivantes :

- au moins deux crises non provoquées (ou réflexes) espacées de plus de 24 heures ;
- une crise non provoquée (ou réflexe) et une probabilité de survenue de crises ultérieures au cours des 10 années suivantes similaire au risque général de récurrence (au moins 60 %) observé après deux crises non provoquées ;
- diagnostic d'un syndrome épileptique.

1.1.3. Syndromes épileptiques

Ensemble qui intègre le ou les types de crises épileptiques présentés par le même individu, les anomalies à l'électroencéphalogramme (généralisées ou focales), l'âge de début des crises, l'état clinique inter critique, les anomalies de l'IRM encéphalique et l'étiologie des crises, tout ceux-ci conditionnant le pronostic et le traitement.

1.1.4. Traitement

Ensemble des méthodes employées pour lutter contre une maladie et tenter de la guérir. Le traitement fait appel aux principes de la thérapeutique, que le médecin adapte au mieux des connaissances actuelles à chaque cas particulier. On distingue les traitements médicaux, utilisant les médicaments et divers moyens physiques

(kinésithérapie, radiothérapie, thermalisme) et les traitements chirurgicaux, pratiqués selon les interventions avec divers instruments et sous différents modes d'anesthésie[12].

1.1.5. Neurologie

Spécialité médicale consacrée à l'étude et aux traitements des maladies touchant le système nerveux central (encéphale, moelle épinière) ou périphérique (12 paires de nerfs crâniens et 31 paires de nerfs rachidiens) [13].

1.2. Aspect épidémiologique

L'épilepsie pose un problème de santé publique de par sa fréquence, la sévérité des crises, ses répercussions sociales, psychologiques et économiques et surtout du fait des possibles actions à réaliser pour inverser cette tendance surtout dans les pays à faible et moyen revenu. Plus de 70 millions de personnes souffrant d'épilepsie (PSE) dans le monde (80%) vivent dans les pays en voie de développement [14]. On estime que, dans la population générale, la proportion de PSE évolutive à un moment donné se situe entre 4 et 10 pour 1000 personnes. Toutefois, certaines études dans les pays à revenu faible ou intermédiaire révèlent que ce chiffre est bien plus élevé et se situerait entre 7 et 14 pour 1000 personnes. A l'échelle mondiale, on estime que l'épilepsie est diagnostiquée chez 2,4 millions de personnes chaque année. Dans les pays à revenu élevé, le nombre annuel de nouveaux cas dans la population générale se situe entre 30 et 50 pour 100 000 personnes. Dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, ces chiffres peuvent être jusqu'à deux fois plus élevés[15]. Il faut noter qu'on y retrouve un déficit thérapeutique de 75% avec une démographie médicale difficile (manque de neurologue, d'infirmiers spécialisés)[5]. La prise en charge dans les pays à revenu faible dépend très largement de la médecine générale ou communautaire dans les

zones rurales. De manière générale, 65% des PSE s'adressent en premier recours à un tradithérapeute et 60,5% des PSE confirment avoir eu recours à la pharmacopée [16] .

Au Benin, YEMADJE et al retrouvaient une prévalence de PSE de 8,05/1000 avec des extrêmes allant de 2,9 à 43,4 en fonction des villes sillonnées (figure2) et un déficit thérapeutique de 86,7% en population générale. Les facteurs expliquant le déficit thérapeutique : absence d'aide sociale, coût élevé du traitement, mauvaise disponibilité des MAE surtout de nouvelle génération, mauvaise procédure d'approvisionnement, nombre limité de neurologues, défaut de formation ciblée des professionnels de santé, défaut de sensibilisation de la population et d'information des patients sur leur traitement, stigmatisation[17]. La disponibilité et le coût des traitements antiépileptiques en Afrique est assez complexe. La cherté des médicaments est la cause d'une mauvaise observance thérapeutique.

L'incidence de l'épilepsie en Afrique subsaharienne est évaluée de 63 à 158 pour 100000 personnes [18].

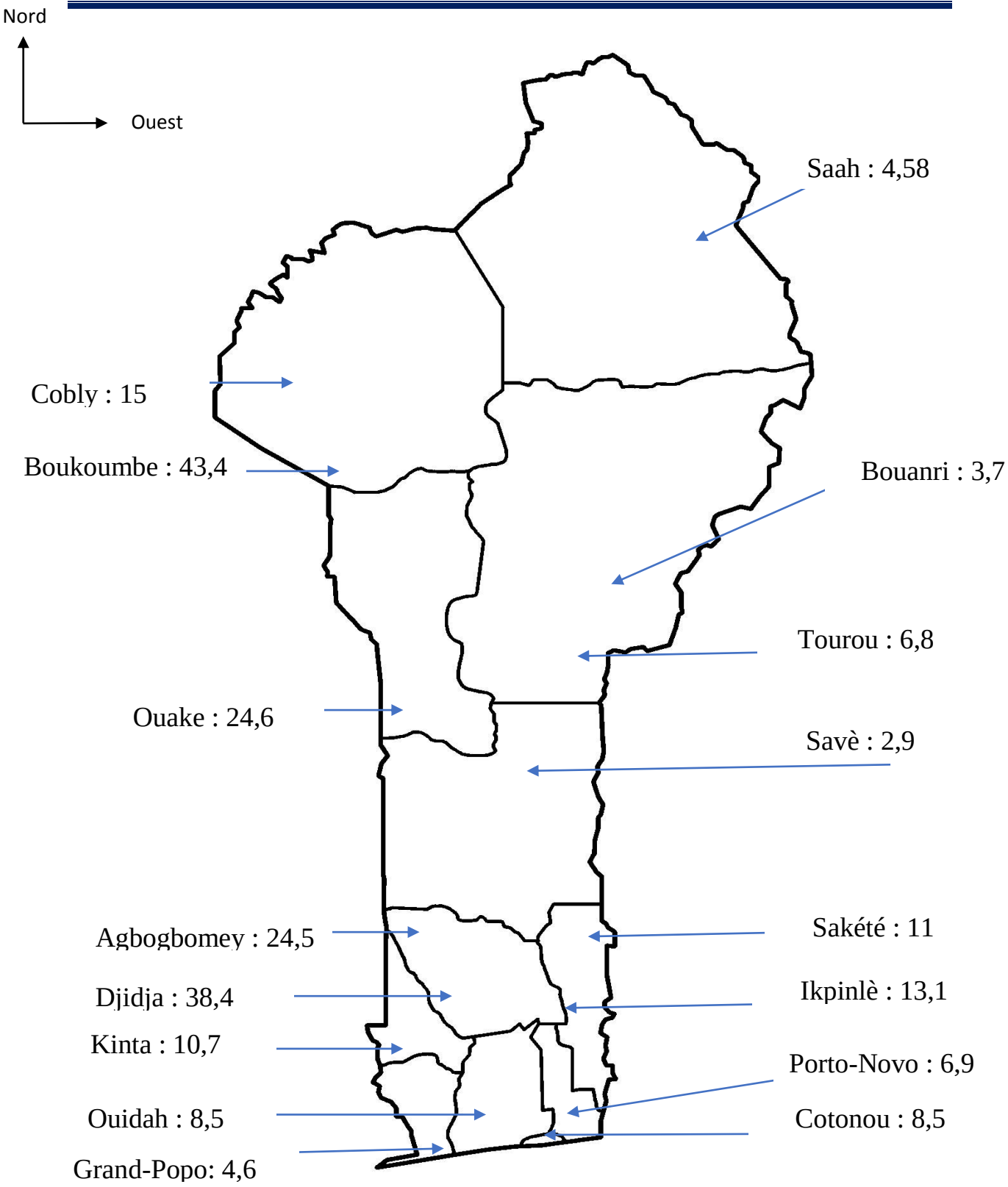


Figure 2 : *Carte du Bénin montrant les prévalences connues de l'épilepsie en population générale selon les régions. Les prévalences sont exprimées en ‰. [19]*

1.3. Aspects socio-culturels des épilepsies en Afrique

De manière générale, l'épilepsie est une pathologie qui effraie de par la manifestation bruyante et spectaculaire de ses signes ; ceci explique les différents noms qui lui sont donnés dans nos différents dialectes en Afrique. Il s'agit le plus souvent d'une dénomination par métaphores [20]. Ainsi, on a les appellations suivantes :

- Mali : kirikirimashien « s'agiter, gigoter » ;
- Bénin : adingbé ou ayidjèzon « maladie qui fait tomber » ;
- Caméroon : nku mbame « maladie qui fait mourir et ressusciter » ;
- Côte d'Ivoire : adjoubgun « maladie qui décide de vous honnir en public » ou ngbétié qui fait allusion au début soudain de la maladie ;
- Laos : sak pa moo « maladie du cochon fou ».

Selon les croyances en Afrique, trois modes principaux de transmission de l'épilepsie sont faussement véhiculés par la population à savoir [21] :

- transmission par contact direct ou indirect avec le malade, dans laquelle la "bave moussante" émise au cours d'une crise joue un rôle essentiel ;
- transmission par "lien de lignée" où la femme enceinte représente l'agent principal et le sang le vecteur ;
- transmission par sorcellerie, dans laquelle les "mauvaises 5personnes" sont les agents du processus.

Ces représentations socioculturelles font que la personne souffrant d'épilepsie est victime d'une importante stigmatisation. La peur, les préjugés, l'opprobre et la discrimination que suscite l'épileptique conduisent au rejet social de celui-ci et poussent les malades à se « cacher dans l'ombre » [2]. Au Benin, l'épilepsie était

considérée comme étant due à l'hérédité (98%), l'envoûtement (97,9%), la transgression des interdits sociaux (65,9%) et comme une maladie contagieuse dans 90,6% des cas. [3]

1.4. Aspect diagnostic

Le diagnostic du médecin repose sur une enquête approfondie de la première crise (incluant les témoignages des observateurs), l'examen physique, les antécédents familiaux et les tests d'appoint comme l'EEG.

1.4.1. Classification des crises épileptiques (25)

Selon la ligue internationale contre l'épilepsie en 2017 on distingue trois grands types de crise : les crises focales, les crises généralisées et les crises à point de départ non connu.

1.4.1.1. Crises focales

Les crises à début focal sont des crises qui débutent à un endroit précis, d'un côté du cerveau. Elles peuvent être localisées ou se propager à des zones plus importantes. Une personne qui subit une crise focale peut être classée comme ayant une conscience conservée (conscience de soi et de l'environnement) ou comme ayant une conscience altérée. Une crise focale peut également être caractérisée par leur caractère moteur (modifications de l'activité musculaire) ou non moteur (modifications des sens, du comportement, des émotions ou des processus de pensée).

1.4.1.2. Crises généralisées

Les crises d'épilepsie généralisées impliquent les deux côtés du cerveau. Elles ne sont pas classées par niveau de conscience, car la grande majorité d'entre elles se

caractérisent par une altération de la conscience. Ces types de crises sont sous-classées en fonction de leur caractère moteur ou non moteur (absence).

1.4.1.3. Les crises à point de départ inconnue

Ce sont des crises dont l'origine ne peut être clairement établie.

A partir des crises épileptiques, associés à d'autres paramètres cliniques, électroencéphalographiques, radiologiques, évolutifs et pronostiques, les syndromes épileptiques se déclinent comme suit (figure 3).

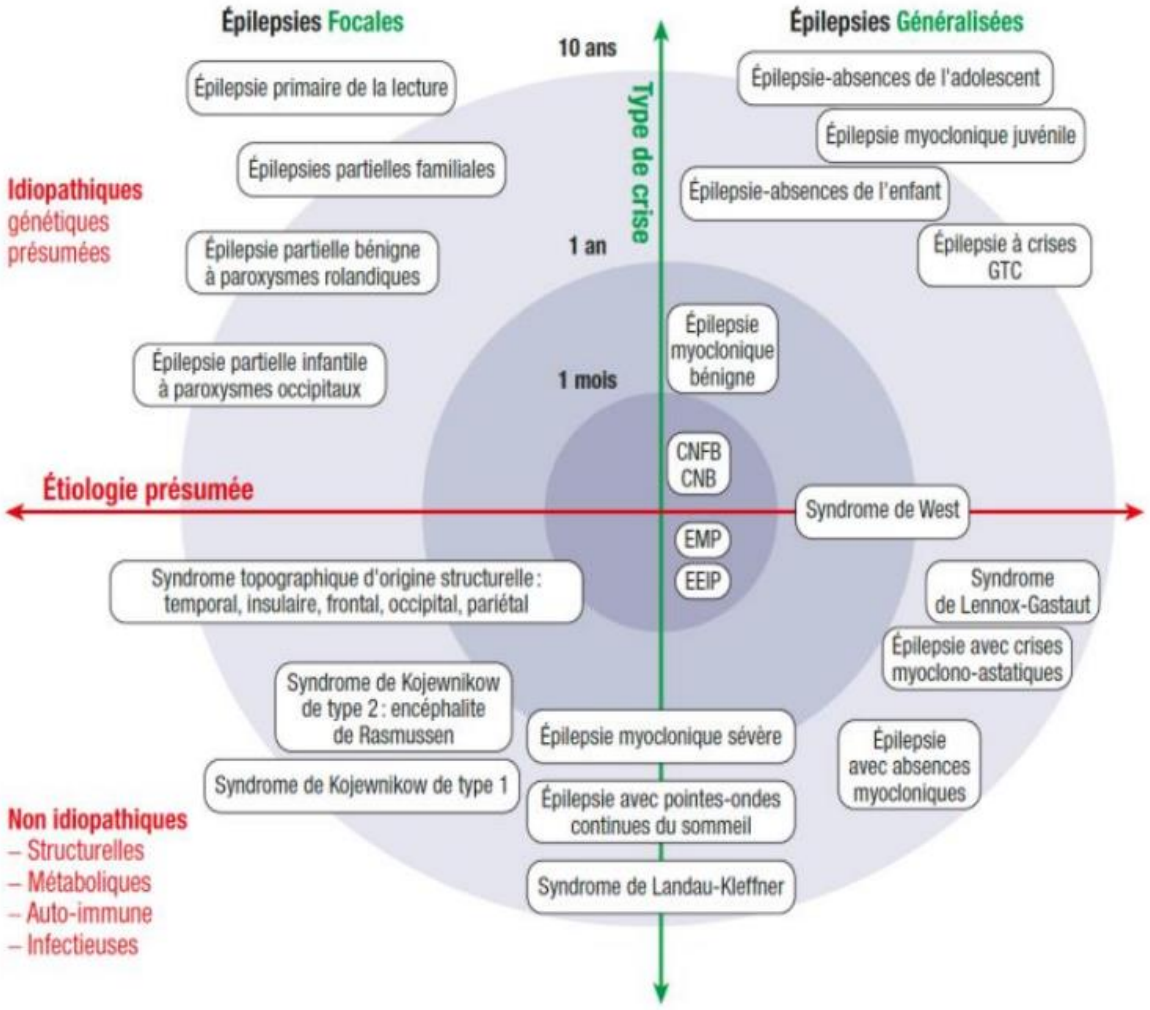


Figure 3 : Classification des syndromes épileptiques, ILAE 2017

1.4.2. Etiologies des épilepsies :[22]

Les épilepsies peuvent être structurelles, génétiques, infectieuses, métaboliques. Nous avons aussi les épilepsies d'origine inconnue.

1.4.2.1. Epilepsies structurelles

Le concept d'étiologie structurelle suppose qu'une anomalie structurelle a un risque sensiblement accru d'être associée à l'épilepsie. L'étiologie structurelle est

évoquée quand des anomalies structurelles sont visibles à l'IRM morphologique et quand l'évaluation électro-clinique avec les résultats de l'imagerie mènent à une conclusion que l'anomalie structurelle vue sur l'imagerie est la cause probable des crises du patient. Elles sont dues à une lésion cérébrale : malformation congénitale, encéphalite, séquelles d'une souffrance à la naissance, traumatisme crânien, accident vasculaire cérébral (AVC), tumeur, infections du système nerveux central (SNC), maladies neurologiques évolutives.

1.4.2.2. Epilepsies génétiques

L'épilepsie génétique résulte directement d'une mutation génétique connue ou présumée entraînant une maladie où la crise est le symptôme central. Ce sont des épilepsies dont la cause ne peut être trouvée par les moyens diagnostiques actuels.

1.4.2.3. Epilepsies infectieuses

Elles sont les plus fréquentes des épilepsies dans le monde. Le concept d'une étiologie infectieuse est qu'elle résulte directement d'une infection connue dans laquelle les crises sont un symptôme central. Une étiologie infectieuse est évoquée chez un patient avec épilepsie, et non chez un patient avec des crises se produisant dans le cadre d'une infection aiguë comme la méningite ou l'encéphalite. Parmi les exemples les plus courants dans des régions spécifiques du monde, citons la neurocysticercose, la tuberculose, le VIH, le paludisme cérébral, la panencéphalite subaigue sclérosante, la toxoplasmose cérébrale et les infections materno-foetales telles que le virus Zika ou le cytomégalovirus. Ces infections ont parfois une corrélation structurelle. Une étiologie infectieuse comporte des implications spécifiques de traitement. Une étiologie infectieuse peut également se référer au développement post-infectieux de l'épilepsie, comme l'encéphalite virale avec crises séquellaires à la suite de l'infection aiguë.

1.4.2.4. Etiologie métabolique

Plusieurs désordres métaboliques sont associés à l'épilepsie. Ce cadre étiologique est en pleine expansion et une meilleure compréhension du spectre phénotypique est en train d'émerger. Le concept d'épilepsie métabolique est qu'elle résulte directement d'un désordre métabolique connu ou présumé dans lequel les crises sont un symptôme central du désordre. Les causes métaboliques se réfèrent à un défaut métabolique bien défini avec des altérations biochimiques comme la porphyrie, l'urémie, les amino-acidopathies ou les crises pyridoxino-dépendantes.

1.4.2.5. Etiologie immune

Une épilepsie est dite d'étiologie immune quand elle résulte directement d'un trouble immunitaire dans lequel les crises sont un symptôme majeur de la maladie. Plusieurs épilepsies immunes ont été récemment identifiées avec des présentations caractéristiques chez les adultes et les enfants. Une étiologie immune peut être évoquée quand il y a des preuves de l'inflammation auto-immune du système nerveux central. Le diagnostic de ces encéphalites auto-immunes est en constante augmentation, dû en particulier à un meilleur accès aux dosages des anticorps. Les exemples incluent l'encéphalite à anticorps anti récepteur NMDA (N-methyl-D-aspartate) et l'encéphalite à anticorps anti-LGI1(leucine-rich glioma inactivated 1).

1.4.2.6.Epilepsie inconnue

Inconnu signifie que la cause de l'épilepsie n'est pas encore connue. Il reste beaucoup de patients avec une épilepsie pour laquelle la cause n'est pas connue. Dans cette catégorie, il est impossible de faire un diagnostic spécifique en dehors de la sémiologie électro-clinique permettant par exemple de définir que c'est une

épilepsie du lobe frontal. Les épilepsies pour lesquelles une cause peut être trouvée dépendent des possibilités de l'évaluation disponible pour le patient.

1.5. Aspects thérapeutiques

1.5.1. Choix de la thérapeutique [23]

L'objectif du traitement est l'absence de crise d'épilepsie associée à une bonne tolérance du traitement, si cela est possible. Si cela n'est pas possible, le traitement médicamenteux vise à réduire le nombre de crises, avec la meilleure qualité de vie possible. La stratégie thérapeutique doit être individualisée en accord avec le patient et/ou sa famille et/ou son représentant légal, en fonction des caractéristiques du patient (sexe, âge, etc.), du type de crise, du diagnostic syndromique, des médicaments et thérapeutiques existantes, des comorbidités et du mode de vie du patient. On utilisera en première ligne une monothérapie antiépileptique. Lorsque la première ligne de traitement n'est pas suffisamment efficace à dose maximale ou mal tolérée, une autre molécule doit être initiée, également en monothérapie.

Dans la majorité des cas, il est recommandé d'utiliser une bithérapie antiépileptique lorsque deux monothérapies successives, adaptées au diagnostic de crise ou au diagnostic syndromique et à doses optimales n'ont pas permis un contrôle complet des crises. Si une bithérapie ne permet pas un arrêt complet des crises ou est mal tolérée, il faut choisir le traitement ou l'association de traitements antiépileptiques ayant permis le meilleur contrôle des crises, tout en ayant une balance bénéfice-tolérance satisfaisante. Si un traitement antiépileptique a des effets indésirables jugés comme trop importants par le patient et/ou son représentant ou le médecin, celui-ci doit être diminué voire arrêter.

1.5.2. Classification des MAE

La classe des antiépileptiques regroupe plusieurs médicaments différents les uns des autres mais qui ont en commun de prévenir en occurrence des crises chez des patients épileptiques. Ces médicaments sont classés en antiépileptiques de première génération (classiques) et de deuxième génération (nouveaux) selon leur date de commercialisation. Des nouvelles molécules sont actuellement en cours de développement. Les antiépileptiques ont une action symptomatique avec l'objectif de diminuer l'hyperexcitabilité neuronale. L'hétérogénéité des formes cliniques d'épilepsie explique que tous les antiépileptiques ne soient pas efficaces dans toutes les formes d'épilepsie ni dans toutes les formes étiologiques, avec même la possibilité, pour certains, d'aggraver certains types de crises. Les médicaments antiépileptiques sont considérés comme efficaces chez environ 70% des patients traités[24].

Les antiépileptiques anciens ou de première génération ce sont : le phénobarbital, la primidone, la phénytoine, la fosphénytoïne, le valproate de sodium, la carbamazépine, l'ethosuximide.

Les antiépileptiques nouveaux ou de deuxième génération : le valpromide, le felbamate, le progamide, le vigabatrin, la gabapentine, le lamotrigine, le tiagabine, le topiramate, l'oxcarbamazépine, le lévétiracétam, pregabaline, zonizamide (27).

D'autres molécules de dernière génération sont actuellement commercialisées : stiripentol, zonisamide, prégabaline, rufinamide, eslicarbazépine, lacosamide,

perampanel et brivaracetam ou sont en cours de développement (losigamone, rémacémide, ralitonine etc.).

Le tableau 1 nous présente la liste des médicaments utilisés dans le traitement de l'épilepsie, leur mécanisme d'action sans oublier leurs indications et les effets indésirables qui pourraient résulter de leurs utilisations.

Tableau I : Liste des médicaments utilisés dans le traitement de l'épilepsie, mécanisme d'action, indication, effets indésirables.

Dénomination commune internationale	**Spécialité à base**	**Mécanisme d'action**	**Indications**	**Effets secondaire**
Antiépileptiques anciens ou de première génération				
Phénytoïne	Dilantin® Diphante®	-Blocage des canaux sodiques ++ -Blocage du glutamate +/-	Crises partielles et crises généralisées de type tonico-clonique	Troubles vestibulaires et cérébelleux Tremblements, nervosité ou sensation d'ébriété et de fatigue. Hyperplasie des gencives et hypertrichose Rash cutanés, Anémie mégaloblastique **Tératogénicité**

Carbamazépine	Tégretol® Tégretol Lp®	-Blocage des cannaux sodiques ++ -Blocage du glutamate +/-	Premier choix dans les crises partielles Actif dans les Crises généralisées tonico-cloniques	Semblable à phénytoïne + Effets anticholinergiques Anémies aplastiques, des leucopénies et thrombopénies Troubles de la fonction hépatique Inducteur enzymatique
Phénobarbital	Gardenal® Mysoline®	-Blocage des canaux sodiques + -Blocage du glutamate + - Potentialisation du GABA +	Crise partielle Crises généralisées, sauf absence	Sédation, ataxie, diplopie, troubles caractériels Troubles cognitifs Tératogène
Valproate de sodium	Dépakine® Dépakote®	-Blocage des canaux sodiques ++ - Potentialisation du GABA +	Premier choix dans les crises généralisées avec absence ou les crises	Perte temporaire de cheveux Tremblements (à dose élevée) Prise de poids

		-Blocage du glutamate +/-	généralisées myoclonique Actif également dans les autres types de crises généralisées	Troubles hépatiques Troubles de l'hémostase Tératogène
ETHOSUXIMIDE	Zarontin®	-Blocage des canaux calcique de type T +	Premier choix dans les crises généralisés avec absence	Irritation du tractus gastro-intestinal Ataxie, insomnie
Antiépileptiques nouveaux ou de deuxième génération				
Lamotrigine	Lamictal®	-Blocage des canaux sodiques ++ -Blocage du glutamate +/-	Épilepsies partielles résistantes aux traitements de base. Possible efficacité dans les crises généralisées avec absence	Eruptions cutanées, fatigue , somnolence , vertiges
Lévétiracétam	Keppra®	Inconnue	Crises partielles Introduit récemment, il	Somnolence, asthénie, rhinopharyngite

			n'est qu'en seconde intention et uniquement chez l'adulte	
Oxcarbamazépine	Trileptal®	-Blocage des cannaux sodiques ++	Premier choix dans les crises partielles Actif dans les Crises généralisées tonico-cloniques	Similaire a la carbamazépine mais n'est pas un inducteur enzymatique
Vigabatrin	Kigabeq® Sabril®	- Potentialisation du GABA ++	Traitement des épilepsies rebelles, particulièrement les épilepsies partielles	Somnolence, asthénie,
Gabapentine	Neurontin ®	-Blocage des canaux sodiques +/- -Blocage du glutamate +/- - Potentialisation du GABA +	Crises partielles mal contrôlées	Modification de l' appétit, agressivité, dépression, nervosité, insomnie, maux de tète

Topiramate	Epitomax®	-Blocage des canaux sodiques + -Blocage du glutamate + - Potentialisation du GABA +	Adjuvant en polythérapie des crises partielles (et généralisées) réfractaires	Nausée , diarrhée, perte de poids, rhume, dépression, somnolence, vertige, anémie
Felbamate	Taloxa ®	-Blocage des cannaux sodiques + -Blocage du glutamate ++ - Potentialisation du GABA +	Deuxième, voire troisième intention dans les crises partielles (avec ou sans généralisation)	Nausée , perte de poids, vomissement
Molécules de dernière génération				
Stiripentol	Diacomit®	Potentialisation du GABA ++	Utilisé en association avec carbamazépine, valproate de sodium, phénytoine, phénobarbital	Somnolence, étourdissement

Prégabaline	Lyrica®	Blocage des canaux calcique de type T +	Epilepsies partielles de l'adulte	Etourdissement, somnolence, confusion , maux de tête

2- CADRE ET METHODES D'ETUDE

2.1. Cadre d'étude

Notre étude s'est déroulée au BENIN dans le service de Neurologie du Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoukou MAGA (CNHU-HKM) de Cotonou.

2.1.1. CNHU-HKM

C'est l'hôpital de référence du Bénin. Il a été créé en 1962 par le premier président de la république du Bénin dont il porte le nom. Il a acquis le statut de centre hospitalier universitaire en 1973 puis en 2001 devient CNHU-HKM

Il se subdivise en plusieurs services hospitaliers :

- Secteur médecine composé du :

  - Service de médecine interne

  - Service de néphrologie

  - Service de rhumatologie

  - Service de neurologie

  - Service d'endocrinologie

  - Service d'hépato-gastro-entérologie

  - Service de Cardiologie dénommé Unité de Soins, d'Enseignement et de Recherche en Cardiologie (USERC) dont le bâtiment est isolé du reste des services de médecine

  - Service d'hématologie clinique dont le bâtiment est également isolé du reste des services de médecine

- Secteur chirurgie composé du

- Service de traumatologie dénommé Clinique Universitaire de Traumatologie, Orthopédie et de Chirurgie Réparatrice (CUTO-CR), qui a une annexe en face du service d'urologie

- Service de chirurgie pédiatrique

- Service de chirurgie viscérale

- Service de chirurgie urologique dénommé Clinique Universitaire d'Urologie et Andrologie (CUUA)

- Service de gynécologie dénommé Clinique Universitaire de gynécologie Obstétrique (CUGO)

En plus de ces deux grands secteurs le CNHU-HKM dispose également :

- d'une Clinique Universitaire Polyvalente d'Anesthésie-Réanimation (CUPAR)

- d'un service de pédiatrie et de néonatologie

- d'une Clinique Universitaire d'Accueil des Urgences (CUAU)

- d'un service d'otorhinolaryngologie et chirurgie cervico-faciale (ORL-CCF)

- d'un service d'ophtalmologie

- d'un service de dermatologie

- d'une Clinique Universitaire de Médecine Physique et de réadaptation (CUMPR)

- d'un ensemble de laboratoires de biologie

- d'un service d'imagerie médicale

2.1.2. Service de Neurologie

Elle est dirigée par un professeur titulaire de neurologie à la Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou. Ce service reçoit et traite les patients souffrant d'affections neurologiques.

2.1.2.1. Infrastructures

On y retrouve :

- trois salles d'hospitalisation au sein du pavillon de médecine et comportant 15 lits,
- une salle de consultation,
- une salle d'explorations fonctionnelles neurologiques
- quatre bureaux,
- un secrétariat.

2.1.2.2. Personnels

Le personnel est composé de :

- six médecins neurologues dont trois professeurs titulaires, et un assistant,
- cinq infirmiers et infirmières dont le surveillant général,
- quatre aides-soignants,
- un employé de bureau.

2.1.2.3. Activités

Les activités menées dans ce service sont :

- consultation,

- hospitalisation des patients,
- actes médicotechniques tels que EEG, EMG,
- activités de recherche clinique surtout en neuro-épidémiologie,
- formation des étudiants en médecine et des médecins en diplôme d'étude spéciale de neurologie.

2.2. Type de l'étude

Il s'agissait d'une étude transversale, descriptive et analytique, qui s'est déroulée d'octobre 2021 en janvier 2022.

2.3. Population d'étude

Tous les patients épileptiques suivis dans le service.

2.3.1. Critères d'inclusion

Ont été inclus dans notre étude, les patients :

- Dont le diagnostic d'épilepsie a été formellement posé
- Sous traitement anti épileptique
- Ayant donné leur consentement éclairé pour participer à notre étude

2.3.3. Critères d'exclusion

Ont été exclu tous les patients indisponibles, en arrêt thérapeutique, dont le numéro était mal renseigné, et ceux n'ayant pas donné leur consentement.

2.4. Echantillonnage

2.4.1. Méthode non probabiliste

C'était un échantillonnage exhaustif, non probabiliste.

2.4.2. Taille de l'échantillon

Il s'agissait d'un sondage non aléatoire. Un recrutement exhaustif de tous les patients répondants aux critères d'inclusion soit un total de 70 patients.

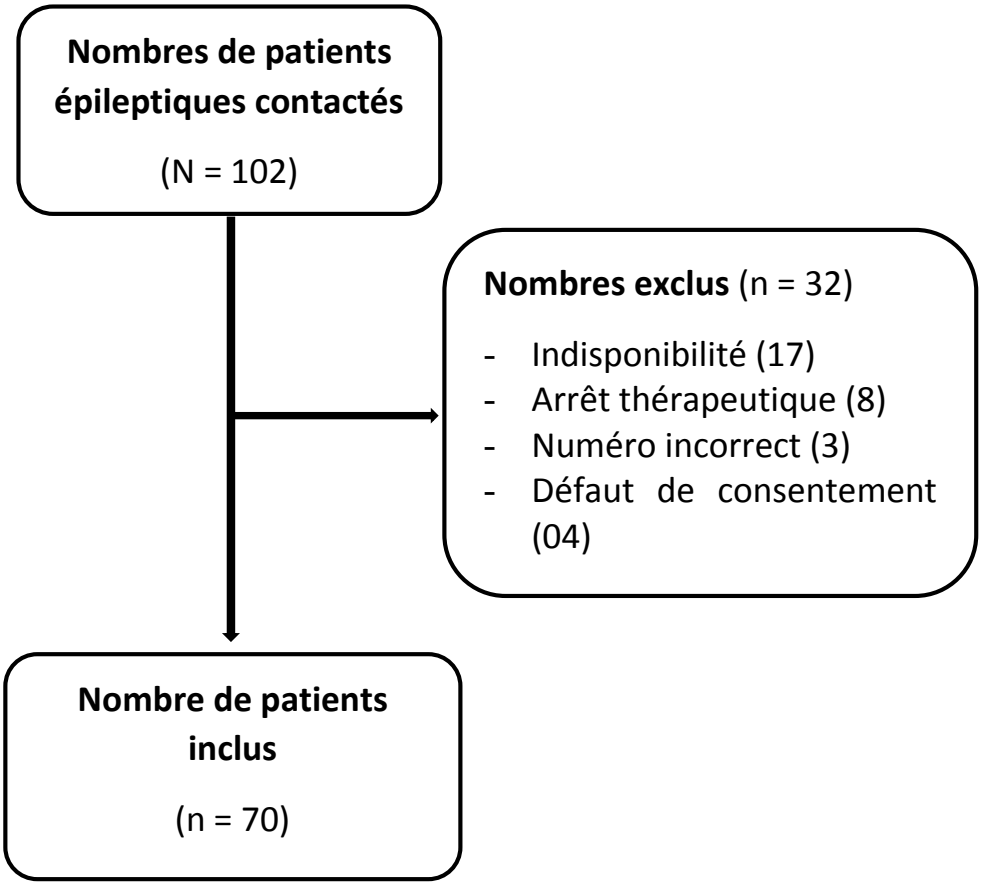


Figure 4: Diagramme de flux de l'échantillonnage

2.5. Variables

Nous avions défini deux types de variables à savoir celle dépendante et celles indépendantes.

2.5.1. Variable dépendante

Il s'agit ici de l'adhésion au traitement. Il n'existe pas de mesure parfaite de l'adhésion au traitement. La variable « Adhésion » est représentée dans le

questionnaire de Morisky par une échelle dichotomique de type Oui = 0 et Non = 1 [25]. Le score à l'échelle est calculé en additionnant les réponses du participant, il peut atteindre un maximum de 8 points. Seul deux items sont à recoder différemment : l'item 5 qu'on inverse simplement (oui=1 non=0) et, l'item 8 qu'on recode aussi comme indiqué dans le tableau II. Les patients qui ont obtenu un score >6 et ceux qui ont un score ≤6 points sur l'échelle ont été considérés respectivement comme adhérent et non-adhérent [26].

Tableau II : Echelle de Morisky

1. Oubliez-vous parfois de prendre vos médicaments ?	Oui = 0 Non =1
2. Les gens oublient parfois de prendre leurs médicaments pour des raisons autres que l'oubli. Au cours des deux dernières semaines, y a-t-il eu des jours où vous n'avez pas pris vos médicaments ?	Oui = 0 Non =1
3. Avez-vous déjà réduit ou arrêté de prendre vos médicaments sans en parler à votre médecin, parce que vous vous sentiez moins bien en les prenant ?	Oui = 0 Non =1
4. Lorsque vous voyagez ou quittez votre domicile, oubliez-vous parfois d'apporter vos médicaments ?	Oui = 0 Non =1
5. Avez-vous pris vos médicaments hier ?	Oui = 1 Non =0

6. Lorsque vous avez l'impression que votre état de santé est sous contrôle, est-ce que vous cessez parfois de prendre vos médicaments ?	Oui = 0 Non =1
7. Prendre des médicaments tous les jours est un réel inconvénient pour certaines personnes. Vous arrive-t-il d'avoir du mal à respecter votre plan de traitement ?	Oui = 0 Non =1
8. Combien de fois avez-vous des difficultés à vous rappeler de prendre tous vos médicaments ?	Jamais ou rarement = 0 De temps à autre = 0,25 Parfois = 0,50 Fréquemment=0,75 Tout le temps=1

2.5.2. Variables indépendantes

Au nombre de quatre il s'agissait des variables socio-démographiques, des variables cliniques, des variables thérapeutiques et des variables liées à la croyance.

2.5.2.1. Variables socio démographiques

Le tableau 3 présente les variables socio-démographiques.

Tableau III : Variables socio-démographiques

Variable	**Paramètre**
Age	< 18ans ; >18ans
Sexe	Masculin ou Féminin
Occupation socio-professionnelle	Sans occupation, Scolarisé , professionnel
Niveau socio-économique	Salaire mensuel
Ethnie	Multiples

2.5.2.2. Variables cliniques

- Âge de début des crises en année
- Type de crise (généralisée, focale ou inconnue)

3.5.2.3. Variables thérapeutiques

- Premier recours thérapeutique (médecine moderne/traditionnelle),
- Médicaments antiépileptiques (carbamazépine, phénytoine etc…)
- Effets indésirables (somnolence, céphalées etc.…)
- Évolution sous traitement (bonne avec diminution des crises, stationnaire, pas bonne)

2.5.2.4. Variables liées à la croyance

Il s'agissait ici d'évaluer la perception de la maladie par le patient. Au vu des représentations socio-culturelles de la maladie il s'agira ici de savoir si le malade pense que sa maladie est mystique mais d'apprécier également sa confiance en la thérapeutique.

2.6. Technique et outil de collecte des données

Nous avons effectué des entretiens avec les patients. Un questionnaire a été élaboré pour la collecte des données à l'aide du logiciel kobocollect. Elle a été conçue sur la base des différentes variables citées plus haut.

2.7. TRAITEMENT ET ANALYSE DES DONNEES

Après la collecte des données à l'aide du logiciel kobocollect, la base a été apurée à l'aide du logiciel Excel pour vérifier la complétude. L'analyse des données a été faite à l'aide du logiciel Epi info version 7.1.3.3. Les paramètres de tendance centrale et de dispersion ont été utilisés pour la description et les comparaisons de fréquences ont été faites à l'aide du test de Chi2. Un $p < 0,05$ a été considéré comme statistiquement significatif. Le Rapport de prévalence (RP) a été utilisé comme mesure d'association pour rechercher l'association entre la variable dépendante et les variables indépendantes. Le traitement du texte a été fait à l'aide du logiciel d'application Microsoft Word version 2016 et la confection des tableaux et graphiques grâce au logiciel d'application Microsoft Excel version 2016.

2.8. Aspects éthiques

La confidentialité des données et l'anonymat ont été respectés.

2.9. Difficultés rencontrées

Les difficultés rencontrées au cours de ce travail étaient de plusieurs ordres.

Elles étaient liées :

- À la barrière linguistique
- À la réticence des patients à répondre à certaines questions
- Au faible intérêt que portaient certains patients à l'étude
- A l'indisponibilité de certains patients.

3- RESULTATS

3.1. Description générale des patients

Au terme de notre étude, soixante-dix (70) patients suivis dans le service ont été enquêtés.

3.1.1. Caractéristiques sociodémographique et économique

3.1.1.1. Age

La moyenne d'âge était de 17,48 ans ± 15,39 ans, le plus jeune ayant 3 ans et le plus âgé a 81 ans. L'âge médian des débuts de crise épileptique était de 6 ans. La majorité des patients (84,29%) résidaient en milieu urbain contre 15,71% en milieu rural.70% des patients étaient âgés de moins de 18ans.

Le tableau III nous présente la répartition des patients par tranche d'âge.

Tableau IV : Répartition des patients par tranche d'âge, Cotonou 2022

	Effectifs (N=70)	**Pourcentage %**
<18	51	72,86
>18	19	27,14

3.1.1.2. Sexe

Sur les 70 patients inscrits, 21 étaient de sexe féminin et 49 de sexe masculin soit un sex-ratio H/F de 2,33.

3.1.1.3. Occupation socio-professionnelle

Le tableau IV nous présente la répartition des patients en fonction de leur occupation socio-professionnelle.

Tableau V: Répartition des patients en fonction de leur occupation socio-professionnelle, Cotonou 2022

	Effectifs (N=70)	**Pourcentage %**
Sans occupations	11	15,72
Scolarisé	47	67,14
Professionnel	12	17,14

3.1.1.4. Revenu mensuel

Le revenu mensuel considéré dans notre étude est celui de la personne en charge de l'achat des MAE ; il peut s'agir donc du patient ou d'un parent.

Pour les 70 patients, le revenu mensuel était supérieur à 100.000 Fcfa dans 58,57% des cas et inférieur à cela dans 41,43% des cas.

3.1.2. Description des caractéristiques cliniques et thérapeutiques

3.1.2.1. Traitements

La majorité de nos patients (74,29%) ne disposaient pas d'une couverture sanitaire pour la prise en charge. Le premier recours thérapeutique était la médecine moderne dans 81,43% des cas, contre 18,57% de recours à la médecine traditionnelle.

Concernant la prise des médicaments, 68,57% des patients ne se sentaient pas fatigué, 78,57% des patients ne trouvaient pas que le nombre de médicament à prendre était de trop. Par ailleurs, 92,86% des patients avaient une bonne connaissance des principes du traitement antiépileptique. Le traitement a permis l'amélioration de l'état de santé des patients dans 74,29% des cas, malgré que plus de la moitié (51,43%) ont eu des difficultés à s'en procurer. Les difficultés

d'approvisionnement en médicaments, étant liées aux moyens financiers pour 73,68% patients et à la rupture de stock à la pharmacie pour 18,42% patients.

Le tableau V nous présente la répartition des patients en fonction de leur connaissance sur le traitement.

La figure 4 la répartition des patients en fonction des difficultés liées à l'approvisionnement des MAE

Tableau VI : Répartition des patients en fonction de leur connaissance sur le traitement, Cotonou 2022

	Effectifs (N=70)	**Pourcentage %**
Être vous fatigué par la prise des médicaments		
Non	48	68,57
Oui	22	31,43
Pensez-vous que le nombre de médicaments soit trop		
Non	55	78,57
Oui	15	21,43
Les principes du traitement antiépileptiques vous ont-ils été bien expliqués		
Non	5	7,14
Oui	65	92,86
Avez-vous des difficultés à vous procurer votre traitement		
Non	34	48,57
Oui	36	51,43

Votre état s'est-il amélioré grâce au traitement		
Beaucoup	52	74,29
Un peu	18	25,71

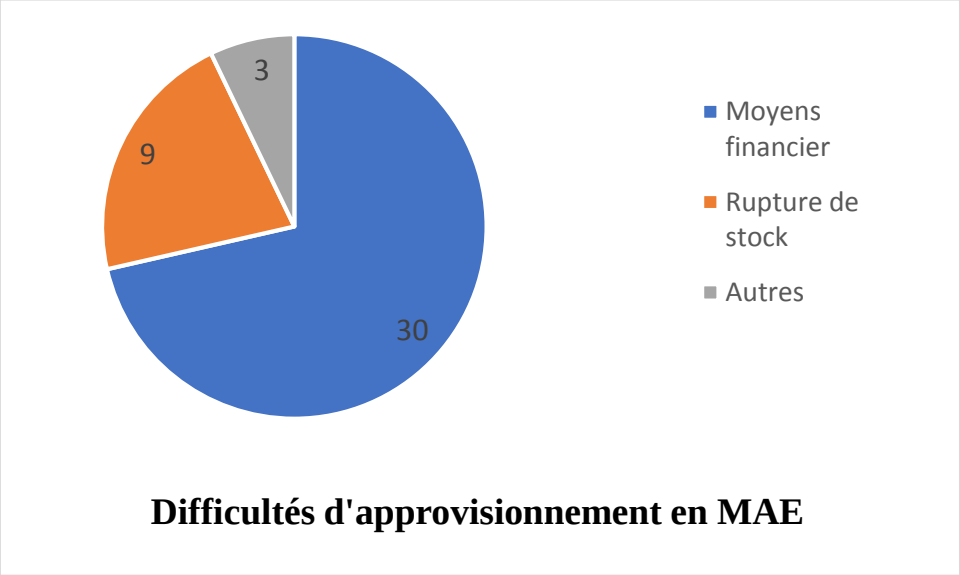


Figure 5 : Répartition des patients en fonction des difficultés liées à l'approvisionnement des MAE (N=38), Cotonou 2022

3.1.2.2. Médicaments antiépileptiques

Les patients prennent en moyenne deux médicaments antiépileptiques et l'ordonnance coûte en moyenne 15545 FCFA ± 12896,88 par mois. La carbamazépine était utilisée chez la majorité des patients (52,85%) et le lévétiracetem le moins utilisé dans 12,86% des cas. En ce qui concerne le schéma thérapeutique, la monothérapie était adoptée chez la majorité des patients (54,29 %

des cas). Puis vient la bithérapie dans 32,86% des cas et enfin la trithérapie dans une minorité des cas 12,86%.

La figure 5 nous montre la présentation des patients en fonction des MAE et le tableau VI la répartition des patients en fonction du schéma thérapeutique.

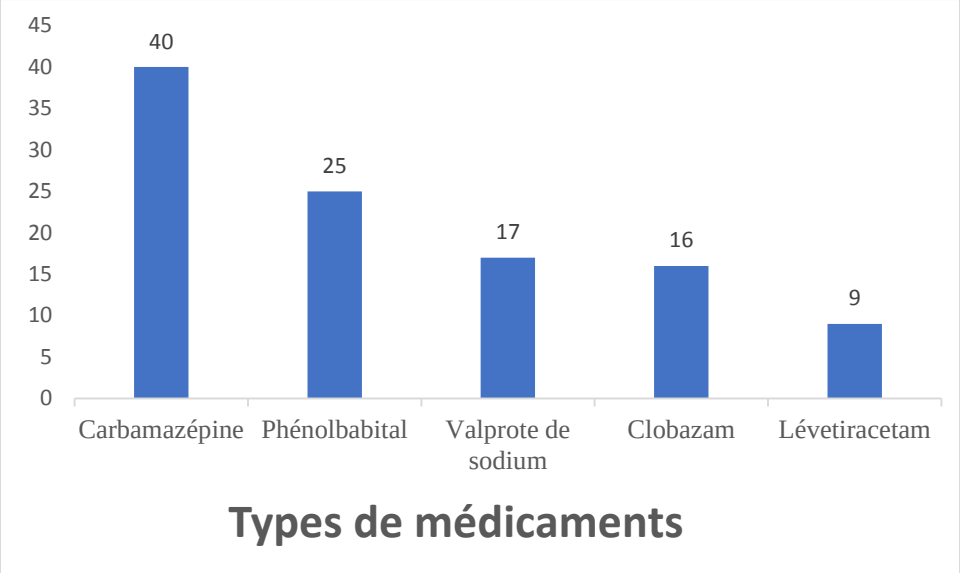


Figure 6 : Présentation des patients en fonction de type des MAE, Cotonou 2022

Tableau VII : Répartition des patients en fonction du schéma thérapeutique, Cotonou 2022

	Effectifs (N=70)	Pourcentage %
Monothérapie	38	54,29
Bithérapie	23	32,86
Trithérapie	9	12,86

3.1.2.3. Types de crises

Les crises étaient généralisées chez 64,29% patients et focales chez 25,71% patients. Les crises tonico-cloniques focales à bilatérales étaient minoritaires avec 2,86% des cas. La figure 6 nous montre la répartition des patients en fonction des types de crises épileptiques.

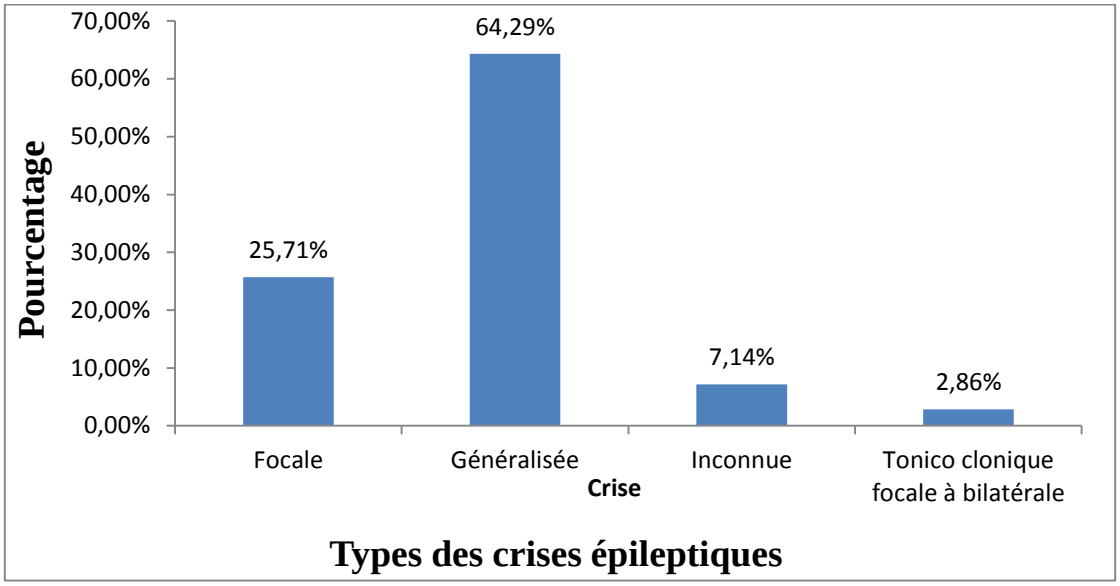


Figure 7 : Présentation des patients en fonction des types de crises épileptiques, Cotonou 2022

3.1.2.4. Adhésion selon l'échelle de MORYSKI

Sur 70 participants, 17 étaient non-adhérents (score ≤6) à leur traitement, ce qui donne une prévalence de non-adhésion aux MAE de 24,29 contre 53 qui étaient adhérents (score >6) soit 75,71%. Le tableau VII, nous présente la répartition des patients en fonction de leur adhésion au traitement ou non.

Tableau VIII: Répartition des patients en fonction de leur adhésion au traitement, Cotonou 2022.

	Effectifs (N=70)	**Pourcentage %**
Adhésion	53	75,71
Non-adhésion	17	24,29

3.1.2.5. Perception socio-culturelle de l'épilepsie

Pour 63 des patients (90%), l'épilepsie n'est pas une maladie mystique et 94,29% des patients croient en la guérison de cette maladie. Le tableau VIII nous présente la répartition des patients en fonction de leur perception de la maladie.

Tableau IX: Répartition des patients en fonction de leur perception de la maladie (N=70), Cotonou 2022.

	Effectifs	**Pourcentage %**
Pensez-vous que l'épilepsie est une maladie mystique ?		
Non	63	90,00
Oui	7	10,00
Croyez-vous que l'on puisse en guérir ?		
Non	4	5,71
Oui	66	94,29

3.3. Facteurs associés

3.3.1. Association entre l'adhésion et les facteurs cliniques

Il y avait un lien statistiquement significatif entre l'oublie de prendre le traitement, la fatigue de prendre le traitement, le manque de moyens financiers et la non adhésion (p<0,05). Il n'y avait pas un lien statistiquement significatif entre le premier recours thérapeutique (p=0,54), la couverture sanitaire (p=0,30), le nombre de médicament (p=0,36), les difficultés à se procurer le traitement (p=0,48), la croyance en la guérison (p=0,97), la perception de l'épilepsie comme une maladie mystique (p=0,78) et la non-adhésion.

Les tableaux IX résument les données relatives à la non-adhésion des patients aux traitements en fonction des facteurs cliniques.

Tableau X : Croisement du statut de non adhésion avec les facteurs cliniques, Cotonou 2022.

	Total	**Non adhésion**		**RP**	**[IC95%]**	**P Value**
	N	**n**	**%**			
Premier recours thérapeutique						**p=0,54**
Médecine moderne	57	13	22,80	1	-	
Médecine traditionnelle	13	04	30,77	1,11	[0,28-1,90]	
Couverture sanitaire						**p= 0,30**
Dispose d'une PEC	18	06	33,33	1	-	
Ne dispose pas d'une PEC	52	11	21,15	0,84	[0,59-1,20]	
Nombre de médicament						**p= 0,36**
Oui	15	5	33,33	1	-	
Non	55	12	21,18	1,17	[0,27-1,56]	

Oublie de prendre des médicaments						**p<0,05**
Oui	50	02	4,00	1	-	
Non	20	15	75,00	0,26	[0,12-0,55]	
Fatigué de prendre le traitement						**p<0,05**
Oui	22	11	50,00	1	-	
Non	48	06	12,50	0,30	[0,13-0,68]	
Difficulté de vous procurez le traitement						**p=0,48**
Oui	36	10	27,77	1	-	
Non	34	07	20,58	1,09	[0,31-1,72]	
Croire en la guérison						**p=0,97**
Oui	66	16	24,24	1	-	
Non	04	01	25,00	0,99	[0,17-5,93]	
Epilepsie maladie mystique						**p=0,78**
Oui	07	02	28,57	1	-	
Non	63	15	23,80	1,06	[0,23-2,91]	
Type de thérapie						**p=0,81**
Monothérapie	38	11	28,94	1	-	
Bithérapie	23	06	26,06	0,96	[0,70-1,31]	
Trithérapie	09	00	00,00	0,71	[0,58-0,87]	
Revenu mensuel						**p=0,59**
<100000	29	08	27,58	1	-	
>100000	41	09	21,95	0,92	[0,55-2,86]	
Amélioration de votre état de santé						**p=0,69**
Beaucoup	52	12	23,07	1	-	
Un peu	18	05	27,77	1,06	[0,33-2,03]	

Moyen financier						**p<0,05**
Oui	30	11	36,66	1	-	
Non	40	06	15,00	0,40	[0,17-0,98]	
Rupture de stock						**p=0,87**
Oui	09	02	22,22	1	-	
Non	61	15	24,59	0,96	[0,66-1,41]	

On peut déduire de ce tableau que le profil type du patient non adhérent, est un patient épileptique qui manque de moyens financiers, qui est fatigué de prendre les médicaments et qui oublie de les prendre.

4- DISCUSSION

4. Discussion

La discussion de notre travail s'articulera autour des trois points suivants :

- Atteinte des objectifs
- Forces et faiblesses de l'étude
- Commentaires des résultats et comparaison avec les données de la littérature.

4.1. Atteinte des objectifs

L'objectif général de cette thèse était d'étudier les facteurs de non-adhésion au traitement antiépileptique chez les patients suivis à la clinique universitaire de neurologie du CNHU-HKM de Cotonou en 2021. Plus spécifiquement, il s'agissait de calculer la fréquence de non-adhésion au traitement et de déterminer les facteurs associés à la non-adhésion au traitement chez les patients épileptiques suivis en neurologie au CNHU-HKM.

Nous pouvons dire qu'au terme de cette étude nous avons globalement atteint nos objectifs. D'une part, l'appréciation de l'adhésion au traitement antiépileptique via l'échelle de Morisky nous a permis de retrouver un faible taux de non-adhésion qui était de 25,29%. D'autre part, après détermination des variables indépendantes et après leur croisement avec notre variable principale puis une analyse logistique univariée, il en ressort que le manque de moyens financiers, l'oubli et la fatigue des prises médicamenteuses étaient les trois facteurs associés de façon significative à la non-adhésion au traitement antiépileptique

4.2. Forces et faiblesses de l'étude

- **Forces**

Il s'agissait d'une étude transversale à visée descriptive et analytique avec un échantillonnage exhaustif. Les avantages d'une telle méthodologie résident dans sa

rapidité, sa facilité de mise en œuvre mais également l'absence de biais d'échantillonnage et l'exactitude des données recueillies. L'anonymat du questionnaire a permis de lever le complexe lié au jugement personnel.

Cette étude est une première dans notre contexte et a permis d'avoir la prévalence hospitalière de non-adhésion aux MAE ainsi que les facteurs qui y sont associés.

Les résultats pourront être exploités par le Programme National de Lutte Contre les Maladies Non Transmissibles pour améliorer l'observance thérapeutique dans les maladies chroniques en général et dans l'épilepsie en particulier.

- **Faiblesses**

Les principales faiblesses de notre étude résidaient dans le nombre de patients pris en compte dans notre étude ainsi que l'absence d'un plateau technique adéquat pour des explorations paracliniques qui auraient été un plus dans la définition spécifique de nos variables.

Enfin notons les biais d'information et de confusion lors de la collecte des données que nous avons limités au maximum en posant des questions simples et claires. Aussi, lors de la collecte, les enquêtés avaient la possibilité de poser des questions sur chaque point d'ombre concernant le questionnaire. Le recrutement des patients a rigoureusement respecté les critères que nous nous sommes fixés en matière d'échantillonnage. Ce processus nous a permis de sélectionner uniquement les patients concernés par l'étude afin de limiter les biais de sélection.

4.4. Commentaires et comparaison des résultats

Nous aborderons successivement les données socio démographiques, les données sur l'épilepsie pour terminer par les données sur l'adhésion au traitement.

4.3.1. Données sociodémographiques

4.3.1.1. Age

La moyenne d'âge était de 17,48 ans ± 15,39 ans, le plus jeune ayant 3 ans et le plus âgé 81 ans. **Doumbe et al** au Sénégal en 2020 avaient trouvé une prédominance (59,8%) des sujets âgés de plus de 18ans [6], ce qui est supérieur à notre résultat (30%). Cette différence pourrait s'expliquer par la taille de son échantillon qui est plus grande que la nôtre.

4.3.1.2. Sexe

La majorité de nos patients était de sexe masculin (70%) avec un sex-ratio de 2,33, ce qui corrobore avec les résultats de la littérature. En effet, une prédominance masculine était retrouvée dans plusieurs études sur l'épilepsie notamment celle de **Adjien et al** (51,4% de sexe masculin) en 2013 au Bénin, celle de **Doumbe et al** (54,90% de sexe masculin) au Sénégal en 2020 et celle de Liu et al (59% de sexe masculin) en 2013 en Chine ([7,8,29]). Notons également que ce pourcentage se rapproche de celui de l'étude en milieu pédiatrique de **Lamine Thiam et al** en 2020 (67,27% de sexe masculin) sur les aspects cliniques et paracliniques de l´épilepsie de l´enfant à l´Hôpital de la Paix de Ziguinchor au Sénégal [28].

5.3.2. Données sur l'épilepsie

Les crises étaient généralisées dans 64,29% des cas suivis de 25,71% de crises focales. Ces chiffres sont superposables à ceux obtenus dans les études de **Adjien et al au Bénin** en 2013 (74,3% de crises généralisées) et de **Doumbe et al** au Sénégal en 2020 qui retrouvaient dans 71 % de crises généralisées, et 29% de crises focales.[6,7] Cette prédominance des crises généralisées pourrait s'expliquer par la facilité de reconnaissance de ces dernières. Aussi, une étude réalisée par **Safini et al**

au Marrakech en 2009 sur l'épidémiologie de l'épilepsie à l'hôpital de jour pédiatrique révèle une prédominance (70,5%) des crises généralisées.[29]

Du point de vue thérapeutique, la monothérapie à 54,29% était le schéma thérapeutique le plus adopté suivi de la bithérapie (32,86% des cas). Notons également que la Carbamazépine (54,29% des cas) était la molécule la plus utilisée suivie du Phénobarbital (35,71% des patients). Une étude réalisée par **Gurumurthy et al** au Singapour en 2013 retrouvait également la monothérapie employée chez 53,4%[30]. Par contre en ce qui concerne les molécules les plus utilisées, cela varie d'une étude à une autre[6,7,27,30]. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que le traitement antiépileptique est adapté en fonction de chaque patient et par l'accessibilité aux différents MAE dans les divers pays, les types de médicament les plus retrouvés dans les pays à revenus limités étant les MAE de 1ère génération.

5.3.3. Adhésion au traitement

Sur les 70 patients inclus dans notre étude, 24,29% étaient non-adhérents au traitement antiépileptique. Ce taux est semblable au 27,7% obtenu par **Gurmurthy et al** au Singapore en 2013 [30] , au 25,2% en Chine obtenu par l'étude de **Tang et al en 2013**[31] qui sont deux études ayant utilisé la même méthode d'évaluation de l'adhésion que nous mais sur des tailles d'échantillon plus grandes. Ce taux de non-adhésion est proche également des 20% de non observance révélée par l'étude sur le suivi thérapeutique des personnes souffrant d'épilepsie par le dosage plasmatique des médicaments antiépileptiques au CNHU-HKM de Cotonou de **Adjien et al** en 2013[7] ce qui pourrait s'expliquer par le fait que l'observance thérapeutique soit fortement corrélée à l'adhésion au traitement.

Par contre , un taux plus élevé (82,35%) a été rapporté par l'étude de **Doumbe et al** au Sénégal en 2020 [6], cette grande différence pourrait s'expliquer par

l'interprétation faite du score de Morisky où tous les patients en dessous de 8 ont systématiquement été considérés comme non-adhérents dans son étude contrairement au nôtre et d'autres qui considéraient comme non adhérents les patients ayant un score inférieur à 6 [19,30,32]. Nous pouvons également justifier cela par le niveau socio-économique bas de près de 80% des patients ayant participé à son étude, ou encore le manque d'informations sur la maladie. En effet, 92,86% de nos patients affirment avoir eu une bonne explication des principes du traitement, 94,29% de nos patients croyaient en la guérison grâce aux MAE et 74,29% signalaient une amélioration sous traitement. Il ne faudrait pas également occulter le fait que 90% de nos patients ne croyaient pas au fait que l'épilepsie soit une maladie mystique à l'instar d'une étude réalisée par **Adoukonou et al** en 2011 sur les aspects socio-culturels de l'épilepsie dans une communauté rurale du nord du Bénin où 97,9% de la population pensent que cela est dû à l'envoutement. Une différence probablement due au fait que cette étude se soit déroulée dans un milieu rural. Dans une étude en Côte-d'Ivoire menée par B**oa Yapo Félix et al** en 2010 où 42% des patients pensaient que l'épilepsie était une possession démoniaque.[3,33]

Les facteurs qui étaient statistiquement associés ($p<0,05$) à la non adhésion aux MAE dans notre étude étaient l'oubli, la fatigue des prises médicamenteuses et le manque de moyens financiers. L'oubli des prises médicamenteuses relevé chez 20 de nos patients(28,57%) dont 75%(15 patients) étaient non-adhérents, qui est le principal facteur de la non-adhésion aux MAE dans notre contexte a été également retrouvé comme principal facteur par **Doumbe et al** au Sénégal en 2020, **Tang et al** en Chine en 2013 ,**Gurumurthy et al** au Singapore en 2013 et **Nasr Asma et al** en 2016 en Tunisie[6,30–32]. Par contre aucune étude n'aurait fait cas de la fatigue des prises médicamenteuses relevé chez 22 (31,43%) de nos patients dont 11(50%)

étaient non-adhérents. Le manque de moyens financiers évoqué par 30(42,86%) de nos patients dont 11(36,66%) étaient non-adhérents est signalé dans plusieurs études surtout en Afrique notamment dans les PED [34–36]. Cette similitude pourrait être mise sur le compte du niveau socio-économique généralement bas de la population dans les PED ainsi que le faible taux de politique visant à la PEC sanitaire des couches sociales les plus défavorisées surtout en matière de maladies chroniques car il faut noter qu'aucune étude réalisée dans les pays développés ne mentionne le problème financier comme facteur de non-adhésion à cause d'un système d'assurance maladie et de couverture sociale bien organisée, l'épilepsie comme toutes les maladies chroniques étant prise en charge à 100%[6].

5- CONCLUSION ET SUGGESTIONS

CONCLUSION

La non-adhésion au TAE est liée à plusieurs facteurs et représente un frein à la bonne PEC de l'épilepsie dans nos contextes.

Cette étude a révélé un faible taux de non-adhésion au TAE lié essentiellement à l'oubli des prises, au manque de moyens financiers et à la fatigue des prises médicamenteuses. Les objectifs visés en réalisant cette étude ont été atteints.

Néanmoins, plusieurs solutions seraient envisageables en vue d'une réduction ou annulation du taux de non-adhésion au TAE.

SUGGESTIONS

- A l'endroit des patients et des parents
  - Honorer régulièrement les rendez-vous de consultation et y exprimer clairement toutes les inquiétudes et difficultés liées à la pathologie ;
  - Respecter de façon rigoureuse les prescriptions et conseils du médecin ;
- A l'endroit du personnel soignant
  - Mieux expliquer la pathologie ainsi que l'importance la thérapeutique dans sa prise en charge afin de favoriser une bonne adhésion des patients ;
  - Contribuer à déstigmatiser l'épilepsie au Bénin ;
  - Mieux assurer l'accompagnement des patients au travers des psychothérapies de soutien.
- A l'endroit des autorités politico-administratives
  - Mise en œuvre de politiques visant la subvention des soins de santé en ce qui concerne les maladies chroniques en occurrence l'épilepsie ;
  - Considérer l'épilepsie comme un problème de santé publique et mettre en place la politique de sa vulgarisation ;
  - Organiser des campagnes ou des séances d'informations, d'éducation, de sensibilisation et de dépistages de l'épilepsie dans la population.

REFERENCES

Références

1. **Chivorakul P**. Les déterminants de santé publique dans la prise en charge des personnes vivant avec une épilepsie en RDP Lao.Limoges. École Doctorale Gay Lussac - Sciences pour l'Environnement;2015.
2. **Organisation Mondiale de la Santé**.Principaux repères sur l'épilepsie [En ligne].2021. Disponible sur : https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/epilepsy
3. **Adoukonou T, Tognon-Tchegnonsi F, Gnonlonfoun D, Djidonou A, Sego-Sounon D, Gandaho P, et al.** Aspects socioculturels de l'épilepsie dans une communauté rurale au nord Bénin en 2011.Bull Soc Pathol Exot. 2015 ;108(2) :133–8.
4. **Birbeck LG**. Epilepsy Care in Developing Countries: Part I of II Epilepsy Currents. The Lancet. 2010;10(4):75–9.
5. **Meyer A-C, Dua T, Ma J, Saxena S, Birbeck G.** Global disparities in the epilepsy treatment gap: a systematic review. Bull World Health Organ. 2010;88:260-266.
6. **Doumbe J, Tachom WF, Mbonda MCP, Massi GD, Fongang FY, Tchoukoua S, et al.** Non-adherence aux medicaments antiepileptiques et facteurs associes chez les patients souffrant d'epilepsie a l'hopital laquintinie de Douala. Afr J Neurol Sci. 2020 ;39(1):82–8.
7. **Adjien K.C, Gnonlonfoun 0, Avode N, Houinato S.** Suivi thérapeutique des personnes souffrant d'épilepsie par le dosage plasmatique des médicaments antiépileptiques au CNHU-HKM de Cotonou. Journal de la Société de Biologie Clinique. 2018; (28): 30-3.

8. **Faught E**. Epilepsy and nonadherence : Did you take your medicine ? Neurology. 2016 ;87(5):452–3.
9. **Sabaté E.** Adherence to long-term therapies : evidence for action. World Health Organ [En ligne]. 2003; Available from: http://apps.who.int/medicinedocs/fr/d/Js4883e/
10. **Van Den Bemt BJ, Zwikker HE, Van Den Ende CH.** Medication adherence in patients with rheumatoid arthritis : a critical appraisal of the existing literature. Expert Rev Clin Immunol. 2012 ;8(4):337-51.
11. **Fisher RS, Acevedo C, Arzimanoglou A, Bogacz A, Cross JH, Elger CE, et al.** A practical clinical definition of epilepsy. ILAE Official Report.2014 ;55(4):475–82.
12. **Larousse P.** Dictionnaire de poche Larousse. Paris: Larousse; 2018.
13. **Delamare G.** Dictionnaire illustré des termes de médecine. 31e éd. Paris: Maloine; 1012.
14. **Ngugi AK, Bottomley C, Kleinschmidt I, Sander JW, Newton CR.** Estimation of the burden of active and life-time epilepsy: A meta-analytic approach: Estimation of the Burden of Epilepsy. Epilepsia. 2010 ;51(5) :883–90.
15. **Organisation Mondiale de la Santé.** Octobre 2021. Principaux repères sur l'épilepsie [En ligne]. Disponible sur : https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/epilepsy
16. **Auditeau E.** Bases rationnelles de l'utilisation des plantes dans l'épilepsie : vers une amélioration de l'accessibilité au traitement dans les pays en développement. Limoges : Sciences Biologiques et Santé ; 2018 ;300p.

17. **Yemadje L-P, Houinato D, Boumédiène F, Ngoungou EB, Preux P-M, Druet-Cabanac M.** Prevalence of epilepsy in the 15 years and older in Benin : A door-to-door nationwide survey. Epilepsy Res. 2012 ;99(3):318–26.
18. **Preux P-M, Druet-Cabanac M.** Epidemiology and aetiology of epilepsy in sub-Saharan Africa. Lancet Neurol. 2005 ;4(1):21–31.
19. **Adoukonou T, Djagoun E, Tognon-Tchegnonsi F, Sego-Sounon D, Kouna-Ndouongo P, Houinato D.** Prevalence of epilepsy in adults at Tourou, in northern Benin. Médecine Santé Trop. 2013;23(1):83–8.
20. **Tran D-S, Odermatt P, Singphuoangphet S, Druet-Cabanac M, Preux P-M, Strobel M, et al.** Epilepsy in Laos : Knowledge, attitudes, and practices in the community. Epilepsy Behav. 2007 ;10(4) :565–70.
21. **Arborio S, Bozon J P**. Représentation socio-culturelle de l'épilepsie en milieu rural bambara. Bull Soc Pathol Exot.2000;93(4): 241-6.
22. **Scheffer IE, Berkovic S, Capovilla G, Connolly MB, French J, Guilhoto L, et al**. ILAE classification of the epilepsies: Position paper of the ILAE Commission for Classification and Terminology. Epilepsia. 2017 ;58(4):512–21.
23. **Francine D.** Épilepsies : Prise en charge des enfants et des adultes. 2020;44.
24. **Sankaraneni R, Lachhwani D.** Antiepileptic drugs:a review. Pediatr Ann. 2015 ;44(2): 36-42
25. **Plakas S, Mastrogiannis D, Mantzorou M, Adamakidou T, Fouka G, Bouziou A, et al.** Validation of the 8-Item Morisky Medication Adherence Scale in Chronically Ill Ambulatory Patients in Rural Greece. Open J Nurs. 2016; 6(3):158–69.

26. **Janežič A, Locatelli I, Kos M.** Criterion validity of 8-item Morisky Medication Adherence Scale in patients with asthma. PLoS ONE. 2017 ; 12(11) : e0187835.
27. **Liu J, Liu Z, Ding H, Yang X.** Adherence to treatment and influencing factors in a sample of Chinese epilepsy patients. Epileptic Disord. 2013;15(3):289–94.
28. T**hiam L, Seck N, Diouf FN, Boiro D, Niang B, Sagna SD, et al.** Aspects cliniques et paracliniques de l´épilepsie de l´enfant à l´Hôpital de la Paix de Ziguinchor: étude documentaire. Pan Afr Med J . 2020;37:387
29. **Safini F, Bouskraoui M.** Epidémiologie de l'épilepsie à l'hôpital de jour pédiatrique. Marrakech : Faculté de médecine et de pharmacie du Marrakech ; 2008.
30. **Gurumurthy R, Chanda K, Sarma G.** An evaluation of factors affecting adherence to antiepileptic drugs in patients with epilepsy : à cross-sectional study. Singapore Med J. 2017;58(2):98–102.
31. **Tang F, Zhu G, Jiao Z, Ma C, Wang B.** Self-reported adherence in patients with epilepsy who missed their medications and reasons for nonadherence in China. Epilepsy Behav. 2013;27(1):85–9.
32. **Asma N, Anis H, Mnif H, Eljia LB, Salma N, Sana BA, et al.** Adhésion au traitement médicamenteux et épilepsie : à propos d'une série hospitalière. Rev Neurol (Paris). 2016;172:A23.
33. **Boa Y F, Doumbia-Ouattara, Kouassi L, Diakite I, Amon-Tanoh M, Sonan-Douayoua T.** APPROCHE SOCIO-CULTURELLE DE L'EPILEPSIE EN COTE D'IVOIRE. African Journal of Neurological Science.2015;34(2)
34. **Molugulu N, Gubbiyappa KS, Vasudeva Murthy CR, Lumae L, Mruthyunjaya AT**. Evaluation of self-reported medication adherence and its

associated factors among epilepsy patients in Hospital Kuala Lumpur. J Basic Clin Pharm. 2016 ;7(4) :105–9.

35. **Getnet A, Woldeyohannes SM, Bekana L, Mekonen T, Fekadu W, Menberu M, et al.** Antiepileptic Drug Nonadherence and Its Predictors among People with Epilepsy. Behav Neurol. 2016.
36. **Mbuba CK, Ngugi AK, Newton CR, Carter JA.** The epilepsy treatment gap in developing countries: a systematic review of the magnitude, causes, and intervention strategies. Epilepsia. 2008;49(9):1491–503.

ANNEXES

FICHE DE DEPOUILLEMENT :

FACTEURS DE NON ADHESION AUX TRAITEMENTS ANTI-EPILEPTIQUES CHEZ LES EPILEPTIQUES SUIVI AU CNHU EN 2021

IDENTIFICATION

N° Fiche :

I. VARIABLES SOCIODEMOGRAPHIQUES

Q1 : Sexe : [____] 1= Masculin ; 2=Féminin

Q2 : Age (ans) : [____]

Q3 : Statut matrimonial : : [____]1= marié ; 2= divorcé ; 3=célibataire ; 4= veuf

Q4 : Profession : [____]

1= Employé(e) de l'Etat ; 2= Employé(e) d'une structure Privée ; 3= Ouvrier/Artisan ; 4= Etudiant/ Elève ; 6=Cultivateur ; 7= Commerçant ; 9= Retraité(e) ; 10= Ménagère ; 11 = Autre (préciser) [_____]

Q5 : Revenue mensuel :

1= moins de 100000Fcfa ; 2= entre 100000Fcfa et 250000Fcfa ; 3= 250000Fcfa et plus

Q6 : Ethnie : [____]

1= Fon et apparentés ; 2= Adja et apparentés ; 3= Peulh et apparentés ; 4= Bariba et apparentés ; 5= Dendi et apparentés ; 6= Yoruba et apparentés ; 7= Goun et apparentés ; 8= Mina et apparentés

Q6 : **Religion :** [____] 1= Christianisme ; 2=Islam ; 3=vodoun ; 4= Athée ; 5= Autres

Q7 : Provenance : [____] 1= Rurale ; 2= Urbaine

Q8 : Couverture sanitaire : [_____] 1= dispose d'une prise en charge ; 2=ne dispose pas de prise en charge

II- VARIABLES CLINIQUES

Q9 : Age de début des crises : [_____]

Q10 : Type de crises : [_____]

1= focales ; 2=généralisée ; 3=tonico-clonique focale a bilatérales ; 4=inconnue

III- VARIABLES THERAPEUTIQUES

Q11 : premier recours thérapeutique : 1-médecine traditionnelle 2- Médecine moderne 3-Réligieuse [_____]

Q12 : combien de médicaments antiépileptiques vous prenez : 1, 2, 3,4 ou autre (préciser)

Q13 : êtes-vous fatigués par la prise des médicaments ? : 1-oui 2-non **[_____]**

Q14 : pensez-vous que le nombre de médicaments soit trop ? : 1=oui 2=non [_____]

Q15 : les principes du traitement antiépileptiques vous on-t-il été bien expliques ? 1=oui ; 2=non [_____]

Q16 : votre état s'est-il amélioré grâce au traitement ? 1-pas du tout 2- un peu 3-beaucoup

Q17 : avez-vous des difficultés à vous procurer votre traitement ? 1=oui 2=non [_____]

Si oui, lesquelles ? [_____]

1 distance maison-pharmacie, 2- rupture de stock à la pharmacie, 3 moyens financiers, 4- autre (à préciser) _____

Q18 : avez-vous déjà arrêté le traitement pour l'une des raisons suivantes (cochez les bonnes réponses) :

-mauvaise tolérance

-nombre élevé de médicaments

-disparition ou diminution des crises

-cout élevé du traitement

-proposition d'un traitement traditionnel plus efficace

- vous prenez déjà d'autres médicaments assez couteux pour d'autres maladies

Q19 : Combien coute votre ordonnance en moyenne ----------Fcfa

Q20 : quels sont les MAE que vous prenez ? ----------

IV- VARIABLES LIEES A L'ADHESION AU TRAITEMENT

Q21- échelle de Moryski

1. Oubliez-vous parfois de prendre vos médicaments ?	1=Oui 2=Non
2. Les gens oublient parfois de prendre leurs médicaments pour des raisons autres que l'oubli. Au cours des deux dernières semaines, y a-t-il eu des jours où vous n'avez pas pris vos médicaments ?	1=Oui 2=Non
3. Avez-vous déjà réduit ou arrêté de prendre vos médicaments sans en parler à votre médecin, parce que vous vous sentiez moins bien en les prenant ?	1=Oui 2=Non

4. Lorsque vous voyagez ou quittez votre domicile, oubliez-vous parfois d'apporter vos médicaments ?	1=Oui 2=Non
5. Avez-vous pris vos médicaments hier ?	1=Oui 2=Non
6. Lorsque vous avez l'impression que votre état de santé est sous contrôle, est-ce que vous cessez parfois de prendre vos médicaments ?	1=Oui 2=Non
7. Prendre des médicaments tous les jours est un réel inconvénient pour certaines personnes. Vous arrive-t-il d'avoir du mal à respecter votre plan de traitement ?	1=Oui 2=Non
8. Combien de fois avez-vous des difficultés à vous rappeler de prendre tous vos médicaments ?	1= Jamais ou rarement ; 2= De temps à autre 3=Parfois 4=Fréquemment 5=Tout le temps

V- VARIABLES LIEES A LA CROYANCE

Q22- pensez-vous que l'épilepsie est une maladie mystique ? 1-oui 2-non [_____]

Q23- croyez-vous que l'on peut en guérir ? 1-oui 2-non **[**_____]

TABLE DES MATIERES

Table des matières

DEDICACES 13

REMERCIEMENTS viii

HOMMAGES ix

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS xii

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES xiv

INTRODUCTION 1

1- GENERALITES 4

1. Généralités 5

1.1. Définition de concepts [3].....5

1.1.1. Adhésion.....5

1.1.2. L'épilepsie [11] 6

1.1.3. Syndromes épileptiques.....6

1.1.4. Traitement.....6

1.1.5. Neurologie 7

1.2. Aspect épidémiologique.....7

1.3. Aspects socio-culturels des épilepsies en Afrique.....10

1.4. Aspect diagnostic 11

1.4.1. Classification des crises épileptiques (25) 11

1.4.1.1. Crises focales.....11

1.4.1.2. Crises généralisées 11

1.4.1.3. Les crises à point de départ inconnue 12

1.4.2. Etiologies des épilepsies :[22].....13

1.4.2.1. Epilepsies structurelles.....13

1.4.2.2. Epilepsies génétiques 14

1.4.2.3. Epilepsies infectieuses.....14

1.4.2.4. Etiologie métabolique 15

1.4.2.5. Etiologie immune 15

1.4.2.6. Epilepsie inconnue 15

1.5. Aspects thérapeutiques.....16

1.5.1. Choix de la thérapeutique [23].....16

1.5.2. Classification des MAE 17

2- CADRE ET METHODES D'ETUDE.....24

2.1. Cadre d'étude 25

2.1.1. CNHU-HKM.....25

2.1.2. Service de Neurologie.....27

2.1.2.1. Infrastructures.....27

2.1.2.2. Personnels.....27

2.1.2.3. Activités.....27

2.2. Type de l'étude.....28

2.3. Population d'étude 28

2.3.1. Critères d'inclusion.....28

2.3.3. Critères d'exclusion 28

2.4. Echantillonnage.....28

2.4.1. Méthode non probabiliste 28

2.4.2. Taille de l'échantillon 29

2.5. Variables 29

2.5.1. Variable dépendante.....29

2.5.2. Variables indépendantes 31

2.5.2.1. Variables socio démographiques 31

2.5.2.2. Variables cliniques.....32

3.5.2.3. Variables thérapeutiques.....32

2.5.2.4. Variables liées à la croyance.....32

2.6. Technique et outil de collecte des données.....33

2.7. TRAITEMENT ET ANALYSE DES DONNEES 33

2.8. Aspects éthiques.....33

2.9. Difficultés rencontrées 33

3- RESULTATS.....34

3.1. Description générale des patients 35

3.1.1. Caractéristiques sociodémographique et économique.....35

3.1.1.1. Age 35

3.1.1.2. Sexe.....35

3.1.1.3. Occupation socio-professionnelle.....35

3.1.1.4. Revenu mensuel 36

3.1.2. Description des caractéristiques cliniques et thérapeutiques 36

3.1.2.1. Traitements 36

3.1.2.2. Médicaments antiépileptiques 38

3.1.2.3. Types de crises 40

3.1.2.4. Adhésion selon l'échelle de MORYSKI 40

3.1.2.5. Perception socio-culturelle de l'épilepsie 41

3.3. Facteurs associés 42

3.3.1. Association entre l'adhésion et les facteurs cliniques 42

4- DISCUSSION 45

4.1. Atteinte des objectifs 46

4.2. Forces et faiblesses de l'étude 46

4.4. Commentaires et comparaison des résultats 47

4.3.1. Données sociodémographiques 48

4.3.1.1. Age 48

4.3.1.2. Sexe 48

5.3.2. Données sur l'épilepsie 48

5.3.3. Adhésion au traitement 49

5- CONCLUSION ET SUGGESTIONS 52

CONCLUSION 53

SUGGESTIONS 54

REFERENCES.....55

ANNEXES .....A

TABLE DES MATIERES ..... F

SERMENT D'HIPPOCRATE

Devant le peuple béninois et en présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires. Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me sont confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Je ne permettrai pas que les considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception. Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers les maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs parents. Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobres et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure

VU LE PRESIDENT DU JURY

VU LE DOYEN

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

LE RECTEUR DE L'UNIVERSITÉ D'ABOMEY-CALAVI

RESUME

Introduction : L'épilepsie est l'une des affections neurologiques les plus fréquentes du monde. Elle constitue un problème de santé publique surtout dans les pays en développement. Elle peut être traitée et même guérie grâce aux médicaments antiépileptiques (MAE). Une mauvaise adhésion au traitement peut être la cause d'une récidive des crises et donc d'une épilepsie mal contrôlée. Notre travail avait pour but d'étudier les facteurs de la non-adhésion au traitement antiépileptique chez les patients suivis pour épilepsie dans le service de Neurologie du CNHU-HKM de Cotonou.

Méthode : Nous avons réalisé une étude transversale, descriptive et analytique qui s'est étendu d'octobre 2021 en janvier 2022 sur les patients épileptiques suivis au CNHU-HKM. L'adhésion au traitement fut appréciée grâce à l'échelle de Morisky et une analyse univarié a permis d'identifier les facteurs associés à la non-adhésion.

Résultats : L'âge moyen de nos patients (n =70) était égal à 17,48 ans ± 15,39 ans avec un sex-ratio H/F de 2,33. Une non-adhésion au traitement a été retrouvé chez 17 patients (24,29%) avec comme facteurs significativement($p<0,05$) associés que sont l'oubli (75%), la fatigue (50%) et le manque de moyens financiers (36,66%).

Conclusion :

Un faible taux de non-adhésion au MAE a été révélé par cette étude. Néanmoins, plusieurs solutions ont été proposées en vue d'une amélioration de l'adhésion au MAE.

Mots-clés : Adhérence - médicaments antiépileptiques - échelle de Morisky - épilepsie.

ABSTRACT

Introduction : Epilepsy is one of the most common neurological diseases in the world. It is a public health problem especially in developing countries. It can be treated and even cured with anti-epileptic drugs (AEDs). Poor adherence to the treatment can be the cause of a recurrence of seizures and therefore of a poorly controlled epilepsy. The aim of our work was to study the factors of non-adherence to antiepileptic treatment in patients followed for epilepsy in the neurology department of the CNHU-HKM of Cotonou**.**

Method :

We conducted a cross-sectional, descriptive and analytical study that extended from October 2021 to January 2022 on epilepsy patients followed at CNHU-HKM. Adherence to treatment was assessed using the Morisky scale and a univariate analysis allowed us to identify the factors associated with non-adherence.

Results :

The mean age of our patients (n =70) was equal to 17.48 ± 15.39 years with a M/F sex ratio = 2.33. Non-adherence to treatment was found in 17 patients (24.29%) with the significantly ($p<0.05$) associated factors of forgetfulness (28.57%), tiredness (31.43%) and lack of financial means (42.86%).

Conclusion :

A low rate of non-adherence to the AED was revealed by this study. Nonetheless, several solutions were proposed to improve adherence to the AED.

Keywords : Adherence - antiepileptic drugs – epilepsy - Morisky scale**.**