

# Allégories de la société contemporaine vis-à-vis des personnes vivant avec l'épilepsie : Prise en charge et contraintes. Allegories of contemporary society faced with people living with epilepsy: Care and constraints.

<sup>1</sup>Dr Yende Raphael Grevisse, <sup>2</sup>Mapenzi Viketwa Georges,  
<sup>3</sup>Bilonda Tshibitshiabo Victorine, et <sup>4</sup>Minosa Kinalo Ernest.

<sup>1</sup>*Ingénieur Docteur ès sciences(PhD) de l'Université Ouverte du Commonwealth (UK) et Enseignant-chercheur à l'ISP/BUTA.*

<sup>2</sup>*Licencié en Sociologie de l'Université de Kisangani (UNIKIS) et Assistant de recherche à l'ISC – BENI.*

<sup>3</sup>*Etudiante au Master en Management de la Santé de l'Université Telematique de Noverdrate, Promotrice (PCA) de l'Université Saint Laurant de KANANGA (USLK) et Religieuse de la Compagnie Saint Ursuline.*

<sup>4</sup>*Licencié en santé publique (épidémiologie) de l'Université de Kisangani (UNIKIS) et Superviseur provincial à la Division Provinciale de la santé du Bas-Uélé (Coordination provinciale Lèpre et Tuberculose).*

Submitted: 20-06-2022

Revised: 27-06-2022

Accepted: 30-06-2022

## ABSTRACT

The present study aims to contribute to the evaluation of the impact of epilepsy on several aspects: psychosocial variables (such as fear of seizures, perceived stigma and discrimination); degree of adjustment to the diagnosis; level of social support and other daily life events; neuroepileptic variables (such as age at onset, duration of epilepsy, type of seizure, severity of seizures); medication variables, including type and number of medications. Moreover, this research is intended to help people living with epilepsy, to better understand and accept that this diseased condition is as transient correlatively to malaria, typhoid and to name a few. On the other hand, it aims to make our contemporary society discover that people with epilepsy are more likely to be employed and considered as normal people in society and to understand that epilepsy does not dissipate any potential in them, nor modify any organ of their human body.

**KEYWORDS:** Allegory, Epilepsy, Contemporary society, Care, Constraints, Social burden, Illness, Neuropsychology, etc.

## I.INTRODUCTION

Les particularités de la vie, telles que les maladies et les catastrophes naturelles édifient les êtres humains et au mieux, elles changent leurs pensées d'une manière ou d'une autre selon qu'ils acquièrent et vivent avec les souvenirs de ces incidents. Nous sommes sans ignorer que rien n'est sans effet dans la vie humaine et de par son essence, l'homme s'est toujours révélé un être ébranlé par variées situations le long de son parcours. A cet égard, certaines manifestations sont essentiellement adjurantes, à un tel niveau, qu'ils mettent tous les acteurs impliqués à l'épreuve. C'est en l'occurrence, l'épilepsie, un phénomène tant déplaisant qui sollicite toutes les sciences humaines et naturelles modernes (la médecine, la psychologie clinique, la philosophie, la sociologie...), de réunir leurs forces, définitivement, dans le but de caractériser et d'élucider tous ses aspects, qui, pendant des siècles et à travers les pays, elle a été une situation avec des connotations extrêmement négatives.

Alors, si l'épilepsie est une des seules entités nosologiques qui traverse les millénaires, elle le doit formellement aussi bien à son expression symptomatologique particulière qu'aux

difficultés d'en saisir l'origine et de la traiter. Il n'est pas lieu ici de retracer les différentes théories médicales qui ont traversé les âges, mais préférablement de constater que l'épilepsie a toujours été source de tensions entre conception magique et conception scientifique, entre croyances superstitieuses et explications rationnelles. Un autre aspect historique frappant de l'épilepsie réside dans le fait que cette maladie a toujours porté une signification sociale particulière, provoquant surtout le rejet, et donc la honte, jusqu'à confiner le malade dans la solitude et la marginalisation. Cependant, malgré le génie d'Hippocrate, (vers 400 av. J.C.), dans un traité intitulé « Maladie sacrée » (nom donné à l'épilepsie à cette époque) propose le premier témoignage de la médecine rationnelle s'opposant aux théories médico-religieuses des discussions quant à l'origine de l'épilepsie au cours des différentes périodes de l'histoire. Et ce n'est vers la seconde moitié du 19<sup>e</sup> siècle, sous l'impulsion des travaux de John Hughlings Jackson, que l'épilepsie passera définitivement, au niveau scientifique, du champ de la psychiatrie à celui de la neurologie [3].

Toutefois, notez que l'épilepsie, de par sa définition, est tout aisément un trouble associé à des conséquences psychologiques et sociales importantes pour la vie quotidienne caractérisée par un dysfonctionnement des neurones déclenchant ainsi l'apparition des crises chez l'individu. La crise d'épilepsie tient ainsi son origine de la décharge anormale soudaine des neurones. Sa complexité s'exprime par multiples formes de crises qui peuvent prendre leur origine dans n'importe quelle région du système nerveux central [1].

L'auteur Jallon (1992) [24]; soutient qu'une crise d'épilepsie est l'expression clinique d'un dysfonctionnement d'une population de cellules cérébrales; organisées plus ou moins complexe et en état d'équilibre permanent entre des mécanismes excitateurs et inhibiteurs. Ce qui nous renvoie à l'hypothèse selon laquelle, l'épilepsie est un enchaînement de l'évolution sociale entre le fantasme et l'irrationnel créant ainsi des préconçus dans la population des cellules cérébrales ... Par ailleurs, Certains auteurs, défendent l'idée selon laquelle, la crise épileptique surprend le fonctionnement de la cellule familiale et son histoire dans un climat d'effolement, d'inquiétude et d'insécurité (la crainte de la mort, projetée par la crise) et de par sa conception classique, ladite maladie chronique paraît être un incident tant préoccupant avec la faculté d'altérer graduellement l'image de soi du sujet épileptique ainsi que de son groupe d'appartenance vu qu'animés tous, d'une

peur intense de la maladie qui, selon eux, précipite à la mort, C'est ainsi que ces derniers face à cela, peuvent alors développer un moi<sup>1</sup> propre à eux.

Aujourd'hui encore, la vie d'un épileptique porte un lourd tribut à cette allégorique effroyable, mêlé d'un antécédent absurde, et irréductible aux yeux de certains et d'une expression clinique de la grande crise impressionnante qui provoque trop souvent effroi et stupeur. Voilà pourquoi, L'épilepsie entant que telle, requiert un exercice de l'identité des sujets touchés vue le regard étréci de la société envers ces derniers (un regard capable d'inhiber l'estime de soi des personnes vivant avec épilepsie) ... A ce propos, Michel(1987) [38], stipule que le soi n'est pas un pur ego. Dans un quasi instantanéité, il englobe, désir, projet, espoir, décision, action, conscience d'être, perception du soi actif. Cette propre conscience de soi est grandement dépendante de celle des autres et interagit avec l'intense activité du cerveau. En conséquence, le comportement de toute personne est résultant du processus psychique et les émois (émotions) par conséquent, jouent un rôle immense dans l'identification de chacun et de l'image de soi (ici, c'est l'image de soi qui détermine la gravité du handicap chez un tel individu).

Certaines études antérieures ont formellement montrés que le handicap bouleverse le rapport de l'individu à son corps[2]; essentiellement pour le cas du handicap physique. Néanmoins, le handicap mental, touche éventuellement la relation que l'individu entretient avec son corps. Cette relation se traduit dans les modes d'être, de paraître et d'exister. Les personnes vivant avec l'épilepsie ont une image pareille à celle des individus vivant avec handicap. Et nous sommes sans ignorés que le psychisme et le processus émotionnels jouent un rôle important dans l'expression et l'évolution de l'épilepsie, de même que sont fréquentes les répercussions des crises sur l'équilibre psychique. Ce qui cause automatiquement le déséquilibre du corps[40].

Au regard de nos investigations, nous avons remarqués que les sujets vivant avec épilepsie sont stigmatisés voir marginalisés : dans leur famille, leur profession, leur milieu scolaire et dans leurs églises. En famille par exemple, le sujet épileptique a ses propres assiettes, il lui est interdit certaines activités comme les sorties d'ensemble, la scolarité... ; s'il est reconnu comme tel épileptique, personne ne veut s'asseoir à son côté même dans l'église ... Signalons que lorsque la crise survient

---

<sup>1</sup> Le moi représente l'individu dans son imaginaire qui il se manifeste dans la personnalité de celui-ci.

dans un lieu public, la chute, les convulsions, le coma du sujet provoque sur l'entourage une réaction de peur et de panique. Cette attitude atteste autant le flétrissement des sujets épileptiques dans notre société contemporaine ... D'autres part, c'est préférablement une attitude de surprotection envers les sujets épileptiques qui est autant nuisible pour leur développement ... Il est aussi probable d'observer chez les sujets épileptiques, l'imaginaire des êtres vêtus d'un corps très fragile par rapport aux autres. Cette fragilité est alors caractérisée par la peur d'affronter la réalité extérieure, la peur des relations humaines, la crainte de risquer dans la vie, la peur de la vie elle-même, bref, le sujet épileptique s'inquiète excessivement de son état qui l'incite à cesser de désirer, de parler et à se replier sur soi qui l'amène tôt ou tard à se subjectiver et à se déprécier.

De ce fait, nous avons constaté que, malgré une prévalence proche de 1%, de la population mondiale[53] touchée par l'épilepsie, la société moderne n'est que peu informée au sujet de cette maladie et y attribue encore trop de préjugés, lesquels peuvent donner suite à des difficultés comme l'isolement ou la dévalorisation ; d'où la nécessité de toujours plus parler et d'informer les gens sur l'épilepsie. Aujourd'hui encore, la vie d'un épileptique porte un lourd tribut à cette symbolique effroyable, et reproduction d'un héritage antécédent mêlé d'une composante irrationnelle, irréductible aux yeux de certains et d'une expression clinique de la grande crise impressionnante qui provoque trop souvent effroi et stupeur[36].

Eu égard, à ces réflexions, nous avons donc été dans l'obligation de mener une investigation auprès de la population Congolaise à propos de l'épilepsie et à s'intéresser de plus près à la vie de tous les jours d'une personne atteinte de cette pathologie. Pour cela, nous avons été emmenés à une énigme fondamentale de savoir si l'épilepsie constitue-t-elle un fardeau psychosocial des personnes atteintes et Comment expliquez le phénomène de rejet, de l'évitement et des connotations négatives de la société moderne vis-à-vis de la maladie...

De par cette question proposée, nous voulons ainsi mettre en lumière les représentations sociales de l'épilepsie, au travers des rencontres avec les personnes épileptiques, de parvenir à expliquer les comportements de la perception de la maladie auprès des sujets-eux-mêmes. De ce fait, dans le but de bien mener cette étude à son heureux aboutissement ; nous nous sommes fixés un double objectif: d'une part, de chercher à appréhender la perception du sujet épileptique par rapport à sa propre représentation du corps et à ses actions. Et

d'autre part, élucider certains comportements étroits de la société contemporaine vis-à-vis de l'épilepsie.

## I. APPROCHE METHODOLOGIQUE

La présente étude préconise une approche mixte : celle-ci, étant la combinaison de l'approche qualitative et quantitative. Elle nous a permis de mobiliser aussi bien les ressources quantitatives que qualitatives et à maîtriser le phénomène étudié dans toutes ses dimensions. Cette approche a été soutenue par trois grandes méthodes : la méthode d'observation, qui nous a permis d'étudier les comportements des sujets épileptiques et d'analyser directement quelques phénomènes et faits sociaux extériorisés. La méthode clinique, quant à elle, nous a permis d'étudier directement le sujet épileptique, en essayant de le suivre pas à pas, tout en notant les différentes modifications et évolutions de son comportement sociales. La méthode historique, nous a permis de remonter dans le temps et de mettre en œuvre une analyse documentaire sur les différentes perceptions de la société face à la manifestation de la crise épileptique ... Signalons tout de même, que la présente recherche a utilisé des techniques suivantes : entretien, questionnaire et documentaire.

Notre échantillon aléatoire de 38 sujets épileptiques (sujets dont 35 ont été soumis à un questionnaire qui nous a permis de vérifier les différentes conceptions, considérations et conséquences de l'épilepsie sur la société moderne et 3 sujets faisaient objet des cas cliniques) est dû à une taille de la population mère vaguement[48] connue vu les différentes difficultés d'accessibilité et de dénombrement de la population locale ayant vécu avec l'épilepsie. Ainsi, pour constituer l'échantillon et participer à la présente étude, les enquêtés ont été soumis à ces trois principaux critères :

- \* Appartenir à la catégorie des personnes vivant avec l'épilepsie ;
- \* Avoir vécu au moins avec un sujet épileptique sous votre tutelle ;
- \* Etre de la nationalité congolaise et habitant de la RDC ;
- \* Etre au moins âgés de 14 à 35 ans.

Toutefois pour parvenir, nous nous sommes servis également d'un questionnaire d'enquête basé sur trois formes de questions : fermées, ouvertes et couplées[41].

## II. VERS LA COMPREHENSION DE L'EPILEPSIE

### II.1. Définition et Contexte d'étude

De par sa définition, « une crise d'épilepsie ou crises épileptiques », est une décharge accidentelle, excessive et hypersynchrone d'une population de neurones. Elle est liée à un déséquilibre entre les mécanismes excitateurs et inhibiteurs du système nerveux. Ce déséquilibre peut se situer aussi bien au niveau de la membrane des neurones que dans les circuits neuronaux ... Autrement dit, c'est une expression clinique d'une décharge anormale et excessive des cellules nerveuses du cerveau. Il s'agit d'un trouble momentané de l'activité électrique qui peut être soit local, soit généralisé. Au moment de la crise, le cerveau ne fonctionne pas convenablement et transmet des messages factices au corps[37].

Par contre, l'épilepsie, du verbe grec « Epilambanein », signifie « Surprendre », L'épilepsie est une maladie neurologique dont l'unité pathologique est représentée par la survenue des crises qui vont se répéter plus ou moins fréquemment, et longtemps au cours de la vie d'un individu. Autrement dit, C'est une expression d'un dysfonctionnement des cellules nerveuses. Ce dysfonctionnement peut être aigu mais généralement éphémère ou passager. La complexité de la maladie s'exprime par les multiples formes d'expression des crises pouvant tirer leur origine du cerveau<sup>2</sup> par ses manifestations variées, et son hétérogénéité explique les difficultés de comprendre sa fréquence, c'est pourquoi, il est plus rationnel de parler des épilepsies que de l'épilepsie.

Il faut noter que le type de la crise dépendra de la région du cerveau qui est touchée la première, du lieu où la perturbation se diffuse et de la vitesse à laquelle elle va se propager. Les crises peuvent être également généralisées d'emblée, c'est-à-dire que la perturbation touche les deux hémisphères du cerveau (moitié droite et moitié gauche du cerveau) dès le début ou quasi instantanément. Les épilepsies sont actuellement définies en « syndromes », c'est-à-dire un ensemble

<sup>2</sup> Le traitement de l'information par le système nerveux central passe par l'échange de signaux électriques et chimiques entre neurones. Les mécanismes par lesquels ces signaux se propagent d'un neurone à un autre impliquent des variations du potentiel de membrane des neurones. L'excitabilité neuronale est un phénomène complexe sur lequel influencent de nombreux processus.

de caractéristiques tenant compte de l'âge, du type de crises, de la cause, de troubles associés...

### II.2. Epilepsie et autres Disciplines

Le système nerveux et le cerveau sont des compositions biologiques complexes qui commandent en partie sur l'ensemble du corps humains. En effet, ces systèmes (Le système nerveux et le cerveau) coordonnent les mouvements musculaires, contrôlent le fonctionnement des organes, véhiculent les informations sensoriels et motrices vers les effecteurs et régulent les émotions. Cependant ces structures parfois se dérèglent provoquant des nombreuses pathologies du système nerveux ; parmi lesquelles, le plus fréquent est l'épilepsie.

Encore aujourd'hui, l'épilepsie reste une pathologie dont nous ne connaissons pas tous les mécanismes impliqués [50]. De plus, il existe plusieurs formes d'épilepsie et il est important de savoir différencier une « crise d'épilepsie » de la « maladie d'épilepsie » car leur classification est bien précise et peut se faire selon la localisation du siège initial de la décharge épileptique et de son éventuelle propagation au reste du cortex, selon les causes d'apparition des épilepsies mais également selon l'âge de l'apparition. Il est autant à noter que les causes de l'épilepsie sont vraiment diverses et cette maladie peut survenir à la suite d'un traumatisme d'ordre vasculaire, tumorale ou toxiques en d'autres termes, ou alors elle peut résulter d'une mutation génétique d'un canal ionique ou bien d'un gène de neurotransmetteurs modifiant l'activité du cerveau.

L'épilepsie est un embarras ordinaire qui peut toucher n'importe quel individu dans notre monde. En fait, il existe de nombreuses formes d'épilepsie, c'est pourquoi il faudrait parler « **des épilepsies** ». Elles débutent fréquemment pendant l'enfance néanmoins peuvent apparaître à n'importe quel âge. Elles touchent les personnes des deux sexes quel que soit leur niveau d'intelligence, leur milieu social ou leur race. N'importe qui peut présenter une ou des crises d'épilepsie. Il est important de garder à l'esprit qu'il existe plusieurs types d'épilepsies et que les personnes en sont affectées de différentes manières. Tout comme les crises varient amplement d'un individu à l'autre, l'influence des crises sur la personne et sur sa famille varie aussi ... Par le passé, cette affection était entourée de mystère. L'incompétence et les idées fausses entraînaient la peur et les préjugés. Aujourd'hui, l'épilepsie est mieux connue, du moins par le monde médical, toutefois elle continue à perpétuer une peur intense. C'est pourquoi, nous avons choisi d'orienter notre

étude sur cette thématique écœurante du monde contemporain.

### 1. Personnes vivant avec Epilepsie

Tout individu qui subit les crises d'épilepsie des manières répétées, est une personne vivant avec l'épilepsie. Les personnes vivant avec l'épilepsie ont des difficultés propres à eux dans leur milieu de vie à cause des crises répétées et pour certains, ces crises sont fréquentes, comme le confirme Jallon (1992) : « la dimension sociale particulière de l'épilepsie se mesure dans les échecs multiples, avoués ou cachés, que subissent les patients et les difficultés de leur vie quotidienne ». Ace propos, Michel 1987, soutient qu'une des grandes difficultés de l'épileptique réside dans l'impossibilité de décrire ses crises. Cette difficulté s'explique par une perte de conscience ; ainsi la personne vivant avec l'épilepsie se trouve isolée de son environnement et, elle se sent plus que seule par ce qu'en réalité, elle ne sait pas expliquer comment son corps fonctionne. De cette difficulté jaillissent les comportements comme le sentiment de peur, de honte, de sous-estimation qui conduit à la dépendance totale, le sentiment de culpabilité se manifestant par un contrôle exagéré d'autrui ... Selon, toujours le même auteur[38], Pour se rassurer, l'épileptique cherche à rationaliser ses crises. Il peut les rattacher à une situation inhabituelle, un changement de climat ou de saison, un surmenage, etc.

Cela montre que les sujets épileptiques cherchent toujours à comprendre le phénomène qu'ils vivent mais n'y parviennent presque toujours pas. Certains épileptiques se jugeant les plus détestés de la société, vivent un autocontrôle exagéré avec comme croyance que l'épilepsie est une maladie très dangereuse qui cause des ridicules, il faut alors surveiller de près son apparition. Certains épileptiques parviennent même à se fixer sur le nombre de crises, leur moment de survenue qu'ils reportent soigneusement sur un agenda. Les personnes vivant avec l'épilepsie ne se sentent à l'aise que très rarement, elles sont tout le temps insatisfaites de leurs vies. Tout ce qu'elles recherchent, c'est la protection contre l'apparition de la crise. En d'autres termes, les sujets épileptiques cherchent à s'adapter à leur environnement qui pourtant, le rejette dans leur façon de vivre en société. Les personnes vivant avec l'épilepsie sont des individus qui, d'une manière générale, ne veulent pas parler de leur maladie et s'ils peuvent en parler, ils cherchent des explications sans rapport avec la réalité, celle-ci paraît au-delà de leur équilibre psychique. C'est pourquoi dans notre société moderne, nous ne

reconnaissons une personne épileptique que lors de ses premières crises en groupe. Or les personnes vivant avec épilepsie ne devraient pas se tourmenter beaucoup car d'une manière logique, elles doivent mener une vie normale sans trop de peine. Dans la même perspective, Tremblay (1989), soutient que la majorité des personnes sujettes à des crises épileptiques sont à tout autre point de vue des personnes parfaitement normales. Jallon (1992), confirme que malgré la somme d'interdits, réels ou plus moins formulés, la majorité des épileptiques peuvent et doivent avoir une vie normale. Bref, les personnes vivant avec l'épilepsie sont des individus physiologiquement normaux. Moulrier (1987)[6], stipule aussi que généralement entre les crises, l'épileptique est physiologiquement normal. Il peut être aisément marqué dans son équilibre psychoaffectif.

Cette version nous pousse à conclure que l'épilepsie est une affection bénigne qui peut alors évoluer et devenir maligne surtout suite aux facteurs affectifs touchant profondément le système nerveux. Donc le sens accordé à l'épilepsie depuis la société traditionnelle jusqu'à la société contemporaine, émotionne significativement les personnes qui en sont victimes, par conséquent cela apporte des changements physiologiques et psychologiques[10].

### 2. Société moderne et Epilepsie

L'épilepsie était communément connue, par la société traditionnelle, sous le nom de « maladie des oiseaux »[12], elle était directement classée parmi les sortes des maladies mentales. Il était inconcevable que la maladie qui attaque les oiseaux puisse atteindre les humains ; Sinon elle était interprétée comme le sort de la vengeance des dieux ou des ancêtres après transgression des règles. Or, ce sort pouvait frapper non seulement le sujet concerné mais toute la société qui pouvait acquérir la peur, l'angoisse voir même la façon d'agir et de penser qui changeait significativement. C'est pour cette raison que si une personne était atteinte par l'épilepsie, elle devait hâtivement être isolée de la société et même de sa famille de peur d'être contaminée par ladite maladie ou alors d'être complètement assaillie par ces forces maléfiques.

La même conception de l'épilepsie s'est transmise parmi la population contemporaine avec peu de modification. Actuellement certains peuvent accepter de vivre le même toit avec les sujets épileptiques mais sans avoir à les associer aux activités familiales, croyant que ceux-ci sont animés d'une force diabolique et pensent qu'en s'approchant d'eux, ils seront souillés. Il sied de savoir que la plupart des épileptiques n'ont aucun trouble psychique, et quand bien même, ces

troubles existeraient chez eux, ils ne sont en aucune façon liés au processus des crises épileptiques. Ainsi, ces différents patronymes attestent une fois de plus, que la société moderne garde autant une conception erronée de l'épilepsie, qui selon elle, ladite maladie serait contagieuses, et de près liés aux forces démoniaques ... En conséquence, elle cherche à expliquer les facteurs qui seraient à l'origine des premières crises épileptiques par : la persécution des sujets touchés par la pathologie, par des tests d'intelligence, de beauté, de talents ...

Actuellement dans nos familles modernes, la présence d'un sujet épileptique, est un moyen d'étiquetage de cette famille. Les proches de ces derniers (personnes affligées) sont, elles autant appelées à vivre des conflits, des ruptures et/ou des remises en question de toute sortes dans leurs vies quotidiennes. Le bouleversement intérieur qu'entraîne cette situation traumatisante est à même, dans certains cas, d'affecter la communication entre les individus, ainsi bien que les relations sociales de chacun de ceux ou des celles qui connaissent de près ou de loin la principale personne concernée. Cela prouve énormément que la société contemporaine est tant sujette à l'impéritie des apparitions des crises chez les personnes vivant avec l'épilepsie[13] ... De ce fait, elle adopte maintenant une tendance à les éviter, ignorant que les crises d'épilepsie apparaissent d'une manière absurde et inconsciente, ce qui apporte diverses interprétations et discussions scientifiques auxquelles aucune idée univoque n'a été jusque-là proposée.

### 3. Neurologie et épilepsie

La neurologie est la science qui étudie le fonctionnement des neurones soit une étude des cellules nerveuses. Jallon (1992), définit le neurone comme une cellule particulière par son aspect morphologique ; il est constitué d'un corps cellulaire ou soma ou périkaryon, limitée par une membrane qui, par sa constitution, va jouer un rôle fondamental dans la genèse de l'influx nerveux. Le périkaryon présente des prolongements qui vont permettre des connections avec d'autres neurones du système nerveux cellulaire ou périphérique constitués par les dendrites et les axones, lesquels sont :

- \* Les dendrites, qui sont des courtes ramifications moussues et bourgeonnantes, qui vont recevoir des signaux électriques des cellules avoisinantes.
- \* Les axones, ou fibres nerveuses, dont les plus gros sont entourés d'une gaine de myéline, représente l'unité conductrice de l'influx

nerveux. L'axone se termine au contact du soma ou, le plus souvent des dendrites d'autres cellules nerveuses ou effectrices par une synapse dont le fonctionnement est sous la dépendance des phénomènes chimiques et électriques.

Le fonctionnement neuronal repose donc sur l'équilibre électrolytique entre les liquides extracellulaires et intracellulaires dont la composition ionique de part et d'autre de la membrane entraîne une asymétrie des distributions des charges[16]. Ce système est généralement géré par le cerveau. Le cerveau, qui est ainsi, un organe du corps considéré comme le centre de contrôle du système nerveux. Autrement dit, le cerveau est un organe immature à la naissance mais qui se développe d'une façon plus complexe au fil du temps. Donnini (2007), soutient que le cerveau nous permet de changer, de nous adapter et de nous murir psychologiquement. Cet organe se compose de cinq grandes parties :

- \* Le tronc cérébral, également appelé le cerveau primitif ou reptilien, constitue la partie la plus élémentaire du cerveau. Il régit les fonctions essentiellement de survie telles que la respiration, la chaleur corporelle, la pression artérielle ;
- \* Le cervelet coordonne le mouvement y compris ceux de la posture, de l'équilibre et participe en partie à l'apprentissage ;
- \* Le système limbique : situé à la base du cerveau émotionnel. Il joue un rôle essentiel dans le processus d'apprentissage, la mémoire, l'olfaction et les réflexes de survie. Contrairement au tronc cérébral. Le système limbique est grandement influencé par le monde extérieur auquel il s'adapte.
- \* Le thalamus sert de relais entre les informations sensorielles provenant de l'ensemble du corps. Il répartit les données vers le cortex cérébral et le centre supérieur de la conscience.
- \* Enfin le cortex cérébral favorise la planification de même que l'acquisition d'habiletés sociales. On l'appelle également le cerveau.

Dans un même assujettissement d'idées, disons que lorsque le cerveau émotionnel et le cerveau rationnel travaillent en complexité, nous pouvons ainsi disposer d'une grande variété de

réponses ou de comportements qui composent notre vie. Ainsi le système nerveux est constitué de deux parties dont le système nerveux périphérique et le système nerveux végétatif ou autonome.

Dans le cadre de cette étude, nous nous intéresserons plus, au système nerveux autonome qui ne dépend pas de la volonté de l'homme. Selon Donnini (2007), le système limbique est en étroite relation avec le système autonome chargé de la régulation des fonctions involontaires et inconscientes du corps[13] ... Le système nerveux autonome est composé de deux réseaux qui travaillent en alternance : Le système nerveux sympathique et le système nerveux parasympathique. Le premier système place notre corps en état d'alerte en cas d'un danger et le prépare à des dépenses énergétiques. Ce système est responsable d'une réaction immédiate et brusque devant un stimulus dangereux. De son côté, le système nerveux parasympathique a pour rôle de provoquer un ralentissement de l'organisme.

Ajoutons qu'en réaction, l'hypothalamus produit deux actions importantes : respiration plus courte, rythme cardiaque accéléré, bronches et pupilles dilatés ... Il envoie un message permettant de sécréter une hormone qui assure le relais entre le corps et l'esprit que l'on nomme ACTH (Adénocorticotropine)[16]. C'est à ce stade que nous ressentons la peur. En réponse à ces modifications, les glandes surrénales libèrent des hormones permettant de réagir rapidement. Ce sont de l'adrénaline et la noradrénaline. Ces hormones augmentent donc notre force physique. A l'opposé à cette action, les mêmes glandes surrénales secrètent une dernière hormone le cortisol qui joue le rôle de frein à la larme du stimulus dangereux et à la production de l'adrénaline et la noradrénaline enfin que l'organisme reprenne son activité habituelle[40].

De notre point de vue, nous sommes convaincus que si l'organisme déploie ses mécanismes de défense, ce qu'il est confronté aux événements plus ou moins menaçants de la vie quotidienne. C'est ainsi que le système limbique, ayant été surexcité sous l'effet de la peur intense, elle continue à commander à l'hypothalamus d'activer le système nerveux autonome. Cela aura comme résultat de relâcher sans cesse dans l'organisme des hormones de stress alors qu'en principes elles ne sont plus nécessaires. Ces hormones deviennent ainsi nuisible à l'organisme et capable de provoquer chez certaines personnes des comportements morbides. Ainsi, les comportements tels que l'agressivité, l'hyper-vigilance, l'irritabilité[24] ... chez certaines

personnes vivant avec épilepsie, leurs différentes manifestations s'expliqueraient, par une approche neurologique par ce mécanisme énoncé ci-haut et se caractériseraient par une décharge paroxystique et synchrone au sein d'une population des neurones.

#### 4. Psychanalyse et Epilepsie

D'une manière inconsciente, un grand nombre d'individus épileptiques se sentent aspiré par les événements traumatiques passés et se trouve incapable de les dépasser. C'est la peur intérieur du passé qui occupe toute la place. La crise épileptique peut s'introduire dans un processus de communication relationnelle. Elle correspond également à un phénomène d'évitement et de fuite. La plupart des sujets vivant avec épilepsie se prépare à tout moment à l'apparition des crises. Certains savent déjà les heures précises, les lieux où se produisent leurs crises, ils s'y préparent déjà et se convint qu'elles se produiront inévitablement[27]. Ils établissent en conséquence, un lien entre la crise et les événements passés comme la mort d'un proche, un traumatisme sexuel ou la crise d'épilepsie elle-même. Nous sommes assurément convaincus que ce vécu révoltant joue absolument un rôle dans la transmutation de l'épilepsie. Suivant cette approche, les crises d'épilepsie peuvent maintenant s'expliquer par un déséquilibre de l'appareil psychique, ainsi la carence affective et le manque de réassurance figurent parmi les facteurs d'apparition de la crise d'épilepsie, c'est pourquoi nous pouvons observer chez les personnes épileptiques, le manque d'amour pour eux-mêmes, et cherchent à cacher leur maladie qu'elles jugent être une erreur inexcusable, qui conduisent tôt ou tard aux comportements pathologiques, et au retrait des activités sociales.

#### 5. Psychopathologie et Epilepsie

Dans ce paragraphe, nous discuterons préférablement du mécanisme d'évolution de l'épilepsie. Le phénomène épileptique agit essentiellement sur l'activité neuronale, comme signalé jadis. De ce fait, Les neurones s'organisent en réseaux et fonctionnent d'une manière complexe, ils sont étroitement liés et agissent dans leur activité sous formes électriques suite aux stimuli extérieurs ou intérieurs qui sont véhiculés par les fibres nerveuses. L'influx nerveux ou circuits est alors caractérisé par un certain niveau d'équilibre entre les processus excitateurs et inhibiteurs, qui dépendent essentiellement de la constitution intrinsèque de l'ensemble des neurones qui forme ce réseau entre les synapses ainsi que des organes de sens. Ainsi, la communication entre les

neurones va se faire par l'intermédiaire des synapses dont le fonctionnement est profondément dépendant des neurotransmetteurs. Ces neurotransmetteurs peuvent modifier d'une manière ou d'une autre leur mode de fonctionnement où l'épilepsie est assimilée à un fonctionnement anormal des neurotransmetteurs, d'où la pathologie des neurotransmetteurs à l'origine des crises épileptiques. Cela peut aussi, s'expliquer par un échange ionique anormal au niveau du neurone, de ses dendrites et/ou de ses axones. Finalement, nous pensons aussi que l'épilepsie tire son origine au niveau des différentes parties de la cellule nerveuse ; qui pour de multiples raisons évoquées ci-haut, ce réseau peut délibérément échapper au processus de contrôle du fonctionnement normal des neurones.

### II.3. CAUSES DES EPILEPSIES

Les épilepsies sont méconnues, les handicaps pouvant en découler les sont encore plus. Les épilepsies font pourtant partie des affections neurologiques les plus courantes avec une prévalence de près de 1 % de la population générale affecté selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS, 2013). Les causes de cette affection neurologique sont multiples : génétiques, liées à des lésions cérébrales, des anomalies congénitales (malformation à la naissance), ou acquises (accidents vasculaires cérébraux, traumatismes crâniens, des blessures à la naissance, une blessure à la tête, une tumeur au cerveau ou une infection au cerveau...), héréditaires mais aussi parfois indéterminées.

L'épilepsie peut ainsi être associée à d'autres manifestations cliniques très diverses en lien avec les causes connues, en l'occurrence à des changements biochimiques ou hormonaux. Les crises d'épilepsie sont dues à un ensemble de facteurs internes et/ou externes. Dans de nombreux cas, il est impossible de déterminer la cause exacte de l'épilepsie. Néanmoins, il est à noter que l'épilepsie n'est pas une maladie contagieuse et sa première crise peut survenir à n'importe quel âge. En conséquence, il subsiste apparentes causes pouvant déclencher la survenue des crises d'épilepsie qui advient continuellement suite à des lésions préalables. Ces causes sont réparties comme suit :

→ Les Causes vasculaires : Les causes vasculaires sont des causes les plus fréquentes de la survenue des crises épileptiques à tout âge. En effet de nombreuses épilepsies apparaissent suite à un accident vasculaire cérébral (AVC) qui est la première cause vasculaire. Parmi les AVC

ischémique et hémorragique, les crises précoces ou épilepsie séquellaire mais également les crises généralisées tonico-cliniques et les crises partielles en rapport avec l'origine focale de l'accident. Nous retrouvons aussi les malformations vasculaires cérébrales non rompues, les encéphalopathies hypertensives aiguës comme causes vasculaires des épilepsies.

→ Les causes métaboliques : Parmi les causes métaboliques, nous y trouvons l'hypoglycémie, l'hypocalcémie (manque en calcium), l'hypercalcémie (excès en calcium), l'hyponatrémie (insuffisance en sodium), les insuffisances rénales ou hépatiques avancées ou encore les crises généralisées de type tonico-clonique.

→ Les causes toxiques : L'éthylisme qui rassemble l'excès d'alcool, l'ivresse convulsive, les crises de sevrage ainsi que l'épilepsie alcoolique proprement dite manifestée par des crises tonico-cloniques à répétition, est une cause fréquente des crises épileptiques. Nous retrouvons également parmi la liste le surdosage des médicaments (antidépresseurs, neuroleptiques, lithium, etc.), une intoxication par le monoxyde de carbone ou la consommation des stupéfiants, qui, autant favorise les crises épileptiques.

→ Les causes tumorales : comprennent plus ou moins 7% des causes de l'épilepsie chez les personnes adultes. Les causes tumorales sont également les plus fréquentes lors des apparitions des crises partielles. En effet des nombreuses crises se manifestent suite à une tumeur, plus particulièrement pour des tumeurs situées au siège hémisphérique du cerveau, tels qu'un méningiome, un gliome, un métastase cérébral ou encore un astrocytome.

→ Les causes traumatiques : Les traumatismes crâniens résultant d'abcès ou d'hématomes sont particulièrement susceptibles de provoquer des convulsions. La plupart des crises provoquées par les traumatismes débutent après moins d'un an de lésion. Pour les traumatismes crâniens majeurs (perte de la conscience durant plus de 24 heures), le risque de crise est estimé à 17 fois le risque standard contre 2 fois pour les traumatismes crâniens mineurs (perte de la conscience ou amnésie de moins de 30 minutes).

→ Les causes infectieuses : sont une infection cérébrale entraînant une méningite, méningo-encéphalite, abcès ou un kyste. Ces

différentes causes d'apparition des épilepsies sont soit immédiates ou différée.

#### II.4. LES FACTEURS DECLENCHANTS DES CRISES EPILEPTIQUES

Il est à noter que les crises épileptiques peuvent être déclenchées par un grand nombre de stimuli. Il peut s'agir d'anxiété, de stress, d'ennui, d'alcool, d'un bruit fort et subit, d'une lumière aveuglante ou clignotante, d'un manque de nourriture ou de sommeil. De même, ne pas prendre ses médicaments régulièrement peut aussi provoquer un retour des crises ou une aggravation de celles-ci. Néanmoins il ne faut pas oublier que la définition de l'épilepsie est la survenue de plusieurs crises non provoquées, et dans la plupart des cas, il n'y aura pas d'explication satisfaisante pour la survenue des crises[48]. De nombreux sujets épileptiques restituent des facteurs ou des conditions favorisant l'apparition de leurs crises. Ces facteurs dits déclenchant peuvent être caractéristiques (consommation de café, de tabac, d'alcool) ou non (stress, fatigue, anxiété, sport, émotion positive ou négative) :

##### 1. Le stress

Le stress est le premier facteur occasionnant de crises retrouvées auprès des personnes vivant avec épilepsie. En cas de stress, il va y avoir une excitation de l'axe hypothalamo-hypophysaire aboutissant à la synthèse par le cerveau de neurostéroïdes sulfatés (sulfate de pregnénone, sulfate de déhydroépiandrosterone) et par le cortex surrénalien de cortisol et de déoxycorticostérone. La déoxycorticostérone[42] va à son tour conduire à la synthèse par le cerveau de THDOC, neurostéroïde endogène non sulfaté qui est un ligand des récepteurs GABA<sub>A</sub>. Certaines substances synthétisées au cours du stress sont connues comme étant directement proconvulsivantes : le CRH (Corticotrophin Releasing Hormone), les glucocorticoïdes et les neurostéroïdes sulfatés.

À l'inverse, le THDOC, neurostéroïde endogène, en se fixant sur les récepteurs GABA<sub>A</sub>, va avoir un effet protecteur anticonvulsivant par renforcement de l'inhibition cérébrale. L'effet anticonvulsivant du stress aigu a d'ailleurs bien été démontré chez l'animal. Ce mécanisme d'action dual suggère un effet éventuellement protecteur du stress aigu via le THDOC et un effet potentiellement délétère du stress chronique (succession de stress aigus ou subaigus) lié à la synthèse des substances proconvulsivantes et aux sevrages répétés en THDOC, qui vont induire des effets proépileptogènes similaires à ceux engendrés par des sevrages répétés en GABA[32] (modèle de

l'abstinence au GABA). Très fréquemment, les sujets épileptiques sont surpris de ne pas avoir présenté de crises dans des situations de stress aigu occasionnel. En revanche, ils rapportent généralement une surexcitation de la fréquence des crises dans les situations de stress répétées ou chroniques. Ces faits cliniques s'expliquent très bien par les mécanismes physiologiques différents des neurostéroïdes synthétisés lors du stress.

##### 2. L'alcool

L'alcool est ordinairement dissuadé, voire prohibé, chez les sujets épileptiques. Malgré cela, deux situations doivent être nettement distinguées : la consommation excessive d'alcool pouvant engendrer une épilepsie dite « alcoolique » et la consommation occasionnelle d'alcool chez le patient épileptique ... L'alcoolisation aiguë peut entraîner des crises d'épilepsie dites situationnelles ou provoquées. Ces crises, déclenchées approximativement par la prise excessive d'alcool et le sevrage qui s'ensuit, peuvent survenir chez tout le monde et ne préjugent pas de la survenue ultérieure d'une épilepsie. Le congédiement du facteur provoquant (l'alcool) doit suffire à les prévenir. Aucun traitement de fond n'est recommandé. Chez l'alcoolique, la prise régulière d'alcool et principalement les sevrages fréquents en alcool vont entraîner un phénomène de « kindling »[29] conduisant à l'émergence d'une épilepsie autonome n'étant plus liée à la consommation ou à l'arrêt de la prise d'alcool ... Ce kindling est lié à l'effet de l'éthanol sur les récepteurs GABA<sub>A</sub>ergiques et sur l'excitabilité membranaire. Les sevrages répétés en alcool vont entraîner des équivalents de sevrages répétés en GABA avec développement d'un syndrome d'abstinence au GABA qui, nous le savons déjà, conduit chez l'animal à l'émergence d'une épilepsie. En dehors de l'effet GABA<sub>A</sub>ergique[32], il existe par ailleurs un effet intrinsèque de l'alcool sur l'excitabilité membranaire avec développement d'une hyperexcitabilité en cas de sevrage alcoolique.

L'épilepsie alcoolique impose un traitement antiépileptique de fond si le sujet épileptique est compliant et, bien entendu, une prise en charge de ladite maladie alcoolique. A cet effet, une étude s'est intéressée typiquement à l'effet d'une consommation modérée d'alcool chez des sujets épileptiques (épilepsies partielles et généralisées) sans retrouver d'effet aggravant de la prise d'alcool. Raison pour laquelle, il n'existe actuellement pas de données pour interdire totalement l'alcool chez les sujets épileptiques. Mais, nous recommanderons une prise modérée et occasionnelle (moins de 3 bouteilles par semaines).

Chez ces derniers lourdement médiqués et prenant des molécules sédatives de type barbituriques ou benzodiazépines. À cela, nous exhorterons toutefois la plus grande circonspection vis-à-vis de la prise d'alcool.

## II.5. LA CLASSIFICATION DES SYNDROMES EPILEPTIQUES

La classification des syndromes épileptiques dépend de deux critères : la localisation de la lésion (généralisée si les décharges sont synchronisées et impliquent les deux hémisphères du cerveau : ce qui touche environ 40% des sujets épileptiques ou alors si la décharge débute en un point localisée du cortex : ce qui touche 70% des sujets épileptiques). Dans cette rubrique nous distinguerons deux grands axes de la classification des syndromes des épilepsies : symptomatologique et étiopathogénique selon leurs causes et les mécanismes sous-jacents.

Il est également à retenir que l'axe symptomatologique distingue, comme pour la classification des crises, les épilepsies généralisées et les épilepsies partielles. Par contre, l'axe étiopathogénique distingue, tout autant Les épilepsies idiopathiques, (qui surviennent indépendamment de toute lésion cérébrale et ayant pour cause présumée des causes génétiques complexes qui touchent principalement les enfants); Les épilepsies symptomatiques, (qui résultent d'une lésion structurale diffuse ou focale, évolutive ou fixée, du système nerveux central, c'est à l'occurrence du traumatisme crânien, accident vasculaire cérébrale, alcool, infections); Les épilepsies cryptogéniques (dont les causes sont dissimulées. Cette classification est complexe et évolutive ce qui s'explique par le fait qu'elle reflète les situations réelles. Malgré tout, elle est un outil précieux, permettant de catégoriser la plupart des épilepsies).

SYNDROMES	PARTIELLES	GENERALISEES
IDIOPATHIQUES	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Epilepsie Centro-temporale bénigne de l'enfance (Rolandique);</li> <li>* Epilepsie occipitale bénigne de l'enfance;</li> <li>* Epilepsie Frontale nocturne;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Epilepsie myoclonique bénigne du nourrisson;</li> <li>* Epilepsie absence de l'enfance;</li> <li>* Epilepsie absence juvénile;</li> <li>* Epilepsie myoclonique juvénile;</li> <li>* Epilepsie généralisée tonico-clonique du réveil;</li> <li>* Convulsion néonatales bénignes;</li> </ul>
SYMPTOMATIQUES ET CRYPTOGENIQUES	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Epilepsie du lobe Frontal;</li> <li>* Epilepsie du lobe temporal;</li> <li>* Epilepsie du lobe Pariétal;</li> <li>* Epilepsie du lobe occipital;</li> <li>* Syndrome de Rasmussen;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Syndrome de West;</li> <li>* Syndrome de Lennox-Gastaut;</li> <li>* Syndrome d'Ohtahara;</li> </ul>

Tableau 1. Classification des syndromes épileptiques selon le type et les causes d'apparition des crises des épilepsies[25]

## II.6. LES MANIFESTATIONS CLINIQUES DE L'EPILEPSIE

Selon une proposition conjointe de la ligue Internationale contre l'épilepsie(LICE)etle bureau International de l'épilepsie(BIE) ont tenté de mettre au clair, les avancées récentes de la recherche sur les bases moléculaires et cellulaires des épilepsies nous aidant autant, à mieux appréhender le concept d'hyperexcitabilité neuronale. Tout en décrivant les traductions de cette hyperexcitabilité neuronale au niveau des

réseaux de neurones du système nerveux central et abordant les quelques principes cliniques de ladite maladie. Ainsi, en 1981 et 1989, ces deux grandes organisations mondiales luttant contre l'épilepsie ont élaboré une classification normalisée des crises d'épilepsie et des syndromes épileptiques afin de permettre une étude plus poussée de l'électroencéphalogramme de l'homme permettant ainsi à tous les professionnels de santé de parler le même langage au sujet de la maladie de l'épilepsie.

CRISES PARTIELLES (Crises Focales)	CRISES D'EMBLEE GENERALISEE
<p>A. Crises partielles simples (sans rupture de conscience)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. avec signes moteurs</li> <li>2. avec signes somato-sensitifs ou sensoriels</li> <li>3. avec signes végétatifs</li> <li>4. avec signes psychiques</li> <li>5. formes mixtes</li> </ol> <p>B. Crises partielles complexes (avec altération de la conscience)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. à début partiel simple, suivi de troubles de la conscience et/ou d'automatisme ;</li> <li>2. avec troubles de la conscience dès le début de la crise, accompagnée ou non d'automatismes</li> </ol> <p>C. Crises partielles secondairement généralisées</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. crises partielles simple secondairement généralisées.</li> <li>2. crises partielles complexes secondairement généralisées (représente ~60% des crises).</li> <li>3. crises partielles simples évoluant vers une crise partielle complexe puis vers une généralisation secondaire.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Absences typiques (=petit mal) ou atypiques (~5% des crises)</li> <li>2. Crises myocloniques</li> <li>3. Crises cloniques</li> <li>4. Crises toniques</li> <li>5. Crises tonico-cloniques (=grand mal) (~30% des crises)</li> <li>6. Crises atoniques</li> </ol>

Tableau 2. Classification des crises épileptiques proposées par la LICE.

Les épilepsies sont caractérisées par la survenue spontanée et répétée de crises imprévisibles, soudaines, plus ou moins espacées, de durée variable, mais souvent brèves (de quelques secondes à cinq minutes). Certaines circonstances favorisent ou déclenchent la survenue d'une crise, par exemple la fatigue, le stress, le manque de sommeil, des facteurs hormonaux ou métaboliques, une stimulation sensorielle excessive (comme une stimulation lumineuse intermittente), la consommation d'alcool ou de certains médicaments. Dans certains cas, des facteurs très spécifiques peuvent déclencher une crise. Il peut s'agir par exemple de bruits inattendus, de la lecture, d'une émotion forte ou d'une concentration intellectuelle prolongée[13]. Ces facteurs, spécifiques ou non, sont variables d'une personne à l'autre, mais ne sont pas forcément présents, et les crises peuvent également survenir sans facteur déclenchant nettement identifié.

Par ailleurs, Les crises épileptiques sont la conséquence d'une activité anormale « une décharge », excessive et non contrôlée d'un groupe plus ou moins important de neurones. Selon la zone cérébrale affectée par la « décharge » épileptique, les crises peuvent être focales ou généralisées, plus ou moins intenses et prolongées, de symptomatologies très variables. En effet, elles ne se résument pas uniquement à des « convulsions » [27], mais peuvent prendre d'autres formes du fait de l'altération de différentes fonctions cérébrales,

par exemple une difficulté à parler, à voir ou à entendre, un déficit moteur d'un ou de plusieurs membres, des mouvements anormaux, des perceptions olfactives ou auditives anormales, une perte de connaissance brusque ou d'autres manifestations, notamment comportementales. Elles peuvent s'accompagner de troubles sphinctériens avec une incontinence urinaire ou fécale. Malgré cette hétérogénéité, toutes les crises ont néanmoins en commun leur caractère paroxystique et l'existence d'un désordre neurologique transitoire. C'est pourquoi, Faire une crise d'épilepsie ne signifie pas être épileptique. Cependant, plusieurs classifications ont été utilisées, les unes se basant sur l'aspect global extérieur (crises convulsives et non convulsives), les autres sur des critères électroencéphalographiques et cliniques (crises partielles et crises généralisées).

### II.6.1. LES CRISES PARTIELLES (FOCALES)

Par définition, les crises partielles compromettent une région anatomiquement ou fonctionnellement bien restreinte. Ainsi les symptômes sont en étroite corrélation avec la zone de la décharge épileptique. Ils peuvent être d'ordre moteur, sensitif, végétatif, psychique, dysphasique (trouble de la parole) ou encore dysmnésique (trouble de la mémoire). La décharge peut s'étendre sur plusieurs territoires corticaux différents, donnant ainsi naissance à plusieurs symptômes.

D'ailleurs les anomalies électroencéphalographiques sont restreintes aux zones de décharges épileptiques. Si en plus de tout cela, il y a perte de conscience, on parle de « crise partielle complexe ». Parfois la décharge peut s'étendre à l'autre hémisphère, à travers les fibres commissurales, donnant ainsi lieu à des manifestations tonico-cloniques bilatérales. Nous parlerons alors de « crise partielle secondairement généralisée ». La décharge paroxystique s'intéresse initialement un secteur cortical limité. Les caractéristiques électro-cliniques des crises dépendent de l'activation de réseaux neuronaux. Les Crises Focales débutent par, ou comportent, ou sont suivies de signes ou symptômes focaux. Le signal symptôme (ou « aura » épileptique), de grande valeur localisatrice, renseigne sur la région corticale initialement concernée. Pendant la crise, l'organisation des symptômes témoigne de la mise en jeu d'un réseau neuronal. Les formules sémiologiques sont donc très variées d'un malade à un autre mais dans l'ensemble sont stéréotypées chez un même malade.

Les crises focales peuvent s'étendre à l'ensemble du cortex : cette propagation est appelée généralisation secondaire de type tonico-clonique. Après la crise, la symptomatologie déficitaire témoigne de l'implication et de l'épuisement de la zone et/ou du réseau neuronal en cause. Toutes les crises focales se caractérisent par leur caractère paroxystique, leur brièveté, la stéréotypie[18] des manifestations d'une crise à l'autre. Nous distinguerons 3 groupes des crises partielles : les crises partielles simples (sans modification de la conscience, ici, le malade peut décrire ses crises du début à la fin), les crises partielles complexes (avec altération de la conscience d'emblée) et les crises partielles secondairement généralisées[16].

### 1. Les crises partielles simples

Les crises partielles simples jadis connues sous le nom des « crises focales », sont des crises qui ne modifient pas la conscience car elles s'intéressent qu'à une petite région réservée du cerveau (le siège focal de ladite crise), et sont généralement des courtes durées (des quelques secondes à quelques minutes). Ce type de crises est autant connu sous le nom de « l'aura » par ce qu'il sert continuellement d'indice annonciateur qu'une convulsion plus grave est imminente. Les signes qui se révèlent pour les crises partielles simples dépendent du siège focal où a lieu la charge. Il existe donc différentes crises partielles simples qui sont soit motrices, sensorielles, végétative ou psychique.

### 2. Les crises partielles complexes

Les crises partielles complexes attaquent principalement des structures centrales et profondes du cerveau qui gouvernent la conscience. Ces crises emmènent de ce fait des détériorations ou déficit de la conscience. Autrefois, elles existaient sous l'appellation des « crises psychomotrices ou des crises du lobe temporal », étant donné qu'elles sont continuellement localisées au niveau du lobe temporal ou frontal ... Une crise partielle complexe peut se dévoiler de prime abord, comme une crise partielle simple avant de se retransmettre à des régions du cerveau qui contrôlent la conscience. Elles peuvent tant s'affirmer sans avertissement avec une dégradation de la conscience<sup>3</sup> ...

### 3. Les crises partielles secondairement généralisées

Les crises partielles secondairement généralisées se dévoilent originellement comme des crises sectorielles ou focales. Elles s'extériorisent d'abord dans une région du cerveau sous forme d'aura (crise partielle simple) ou alors comme un changement de la conscience (crise partielle complexe), avant de se retransmettre à tout le cerveau pour devenir des crises généralisées, aisément tonico-cloniques[2], lesquelles sont déterminées par une perte de conscience. Les crises généralisées secondaires ont un foyer d'origine, à la différence des crises généralisées primaires[8] qui se déclarent dans tout le cerveau au même moment.

### III.6.2. LES CRISES D'EMBLEE GENERALISEES

Les crises d'emblée généralisées ne comportent aucun signe qui permettent de localiser une région précise du cerveau. De plus, contrairement aux crises partielles, toutes les crises généralisées (sauf les crises myocloniques) sont associées à une perte de connaissance. Les sujets épileptiques souffrant de crises d'emblée généralisées n'ont pas d'aura, ce qui stipule que la crise n'est pas précédée des signes annonciateurs[44]. Il en découle qu'en l'absence de ces signes, ils ne peuvent prévoir la crise et ainsi «

<sup>3</sup> La personne qui manifeste une crise partielle complexe regarde d'abord dans le vide et ensuite fait des gestes automatiques répétés dont elle n'a pas conscience avec un air désorienté et confus. Ces mouvements sont dénommés « automatismes » et au cours de ce type des crises, la capacité de la personne à parler, à comprendre et à répondre est habituellement affectée.

se mettre à l'abri » (descendre de leur vélo par exemple). Il existe plusieurs types de crises généralisées. Certaines sont peu visibles comme les absences que l'on appelle « petit mal » dans le temps alors que d'autres continuent à susciter la peur chez ceux qui n'ont pas l'habitude de voir des crises, telles que les crises tonico-cloniques, appelées autrefois « grand mal ».

### 1. Les absences (petit mal)

Les absences « Petit Mal » se manifestent par une altération de la conscience plus ou moins brève (10 secondes en moyenne), isolée ou associée à d'autres symptômes. Ce type de crise se retrouve principalement chez les enfants. Si l'altération de la conscience est isolée, on parle « d'absences simples », dans le cas contraire on parle « d'absences complexes ». Autrement dit, Les ABSENCES consistent en de brèves périodes de perte ou de trouble de la conscience, facilement confondues avec des rêveries ou de l'inattention. La personne cesse son activité, reste immobile et regarde dans le vide. Très vite, elle reprend son activité normale et peut ne pas réaliser qu'elle a fait une crise. Les absences surviennent habituellement dans l'enfance.

### 2. Les crises myocloniques

Les crises myocloniques consistent en des secousses musculaires violentes, toujours brèves, bilatérales, plus ou moins rythmées et répétitives. Elles touchent préférentiellement les membres supérieurs; les objets tenus dans la main sont alors projetés ou lâchés au moment de la crise. Elles peuvent également toucher les membres inférieurs, impliquant ainsi la chute de la personne. Attention, ce sont les seules crises d'emblée généralisées qui ne s'accompagnent pas de l'altération de la conscience.

### 3. Les crises cloniques

Les crises cloniques se caractérisent par des secousses cloniques rythmiques, plus ou moins

régulières et généralisées. Un déficit moteur, régressif en quelques heures, est habituel après la crise [27].

### 4. Les crises toniques

Elles se caractérisent par une contracture musculaire soutenue, s'installant brutalement ou progressivement. Le spasme commence généralement dans la musculature du cou, puis s'étend à la face, aux muscles respiratoires et enfin à la musculature abdominale. Souvent, il touche également les muscles proximaux des membres. Ces crises toniques sont souvent responsables de chutes pouvant avoir des conséquences importantes.

### 5. Les crises tonico-cloniques

Les crises tonico-cloniques « Grand mal » se divisent en trois phases. Au début, il y a une phase tonique, dans laquelle le sujet épileptique perd brusquement connaissance, se raidit et chute. De plus, à cause de la contracture de la musculature respiratoire, il y a une apnée, qui peut provoquer une cyanose. Après quelques secondes survient la phase clonique caractérisée par des secousses rythmiques des quatre membres qui durent généralement moins de quelques minutes. Durant cette phase, il peut y avoir une morsure de la langue, des pertes d'urines ou encore des pertes de selles. L'obnubilation et une respiration bruyante marquent la phase résolutive. Ensuite le sujet s'endort généralement.

### 6. Les crises atoniques

Les crises atoniques se manifestent par une diminution ou une abolition du tonus musculaire. Lorsqu'elles sont brèves, elles peuvent se limiter à la tête qui chute brusquement en avant. Si elles touchent les muscles posturaux, elles entraînent une chute brutale. Les crises atoniques peuvent également durer plus longtemps. Dans ce cas, le sujet reste immobile à terre avec une perte de connaissance.

Les Crises Partielles : 75% Crises	Les Crises Généralisées : 25% Crises
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Crise partielle élémentaire (simple)</li> <li>- Crise partielle complexe -Myoclonie</li> <li>- Crise partielle secondairement généralisée</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Absence (petit mal)</li> <li>- Crise partielle complexe -Myoclonie</li> <li>- Crise partielle secondairement généralisée - Clonie</li> <li>- Crise tonique</li> <li>- Crise tonico-clonique (grand mal)</li> <li>- Crise atonique</li> </ul>

Tableau 3. Tableau récapitulatif des crises partielles ou focales et des crises d'emblée généralisées [5].

### II.6.3. LES CRISES NON CLASSEES

Les crises non classifiées sont des crises qu'il est impossible à accommoder vu que les manifestations cliniques ou les représentations des électroencéphalogrammes (EEG) [12] ne permettent

pas de différencier s'il s'agit des crises d'emblée généralisées ou des crises partielles.

### II.6.4. L'ETAT DE MAL EPILEPTIQUE

L'appellation « état de mal épileptique » est utilisée lors de crise de durée prolongée ou lors

d'une succession des crises d'épilepsie sans récupération complète entre les deux. L'état épileptique peut avoir lieu avec tous les types des crises et sa forme la plus grave est l'état de mal épileptique qui se manifeste par un état épileptique d'une durée supérieure à 30 minutes[14] qui est un risque vital pour la personne atteinte de la maladie.

### III. DISCUSSION DES RESULTATS

#### III.1. PRESENTATION ET ANALYSE DES CAS ETUDIÉS

##### 1. Le cas de DOROTI (Sobriquet)

DOROTI est une femme âgée de 35 ans, mariée et mère de cinq enfants dont quatre garçons et une fille qui est malencontreusement épileptique. DOROTI, nous explique que la naissance de sa fille était plutôt calme et plein d'espoir vu qu'elle n'accusait aucun problème pouvant conduire à l'épilepsie cependant, elle souligne que six mois après sa naissance, elle était gravement tombée malade, étonnamment elle était guéris... c'est à l'âge de quatre ans, qu'elle a présenté pour la première fois des convulsions répétées qui ont évolués pour prendre la forme de l'épilepsie, a-t-elle ajouté. Quelques semaines plus sans changement, DOROTI et son défunt époux avaient décidé d'aller visiter un « tradi-praticien », qui les avait recommandés de la privée de temps en temps de la nourriture afin d'améliorer son état de santé malheureusement, tous les mécanismes utilisés n'améliorer en aucun cas, l'état de la petite n'était âgée à l'époque que de quatre ans... Peu après, c'est d'abord la famille, qui a été touchée par les disputes entre DOROTI et son époux, qui se reprochaient mutuellement d'être responsables. Ensuite, ce fut les pairs entre eux, déséquilibrés par la tournure que prenait la situation de leur petite sœur; certains d'entre eux ont présentés des comportements atypiques tels que le vol, la fugue, l'agressivité; les bagarres à l'école, etc. Et, l'entourage voisinétant saisit de la situation, exigeait promptement le départ du quartier de la fille de DOROTI pour ne pas contaminer les autres enfants.

Même, DOROTI, sa mère avoue que si elle continue à vivre avec sa fille, c'est par instinct maternel sinon elle l'aurait déjà abandonné car dit-elle : « je me sens aussi exposer et quelquefois lors de la manifestation de ces convulsions, j'ai peur d'être la prochaine... ». Tout de même, DOROTI reconnaît que sa petite fille dès sa conception a toujours été sa consolation et elle ferait tout son possible pour séparer sa fille de cet abject démon qui la rend prisonnière. Elle ajoute en disant : « chaque nuit que je ferme mes yeux, je l'impression que je ne la reverrai plus ». DOROTI est convaincu

que sa fille avait été ensorcelée par ses proches qui se moquaient éperdument qu'elle ne pouvait pas donner naissance à une fille car dit-elle : « A chaque fois qu'elle veut piquer sa crise, un cri violent précède ses convulsions comme si elle voyait s'approcher quelque chose de malveillant... De plus en plus, elle devient colérique, agressif, têtu et mentalement instable. Parfois on dirait qu'elle n'est pas consciente de ce qu'elle... ».

COMMENTAIRE : le cas de DOROTI consolide encore une fois de plus, l'idée selon laquelle la société moderne aperçoit l'épilepsie comme une maladie causée par des démons, une maladie contagieuse et mortelle et les personnes vivant avec épilepsie se voient de moins en moins acceptées par leurs contemporains...

##### 2. Le cas de STEEVE (Sobriquet)

STEEVE est un jeune garçon âgé de 21 ans dans une fratrie de huit enfants, de la nationalité congolaise et fervent catholique. Né à Bukavu en 1998; STEEVE n'a jamais été malade de toute sa vie, même pas des maux de tête, ni autres malaises similaires. Tout à commencer lorsqu'il fut en sixième année primaire en 2011, que ses premières crises épileptiques s'étaient manifestées... STEEVE explique en disant : « peu après, la manifestation de la dite crise, j'avais été secouru par mes proches amis et mon enseignante jusqu'à domicile. A partir de ce jour, ma vie entière a du changer car même ceux qui m'étaient proches commençaient à me craindre et se moquaient constamment de moi. A force des moqueries qui devenaient de plus en plus outrancières, j'avais finalement abandonné mes études. Au quartier, j'étais devenu un sujet de railleries dont on n'approche guère. Dans ma propre famille, personne ne disait tout haut son ressentiment, dès lors, je me suis vite retrouver mangeant seul avec mes propres gobelets, cuillères et assiettes. Vu la continuité de plus en plus intense et répétée des crises, mes parents m'ont décidément amené auprès d'un prêtre qui avait prié pendant plusieurs jours mais sans succès. Déçus des résultats, ils m'ont alors conduit chez un guérisseur « tradi-praticien », celui-ci m'avait interdit certains aliments occidentaux tandis que de l'autre côté, le nombre de crises ne faisait qu'augmenter et devenaient de plus en plus fréquentes m'empêchant même de me lever de mon lit... ».

Dans la tentative de la guérison de STEEVE, il fut soigné par plus de sept guérisseurs mais sans recouvrer sa convalescence. Peu après ces tentatives, STEEVE et ses parents ont décidé à nouveau de faire confiance à la religion, en se confiant cette fois-ci aux églises protestantes où

l'un des intercesseurs révéla aux parents de STEEVE que lorsqu'il intercédait, il apercevait un chien noir assis au milieu des petits chiots. Il recommanda ainsi aux parents de STEEVE de lui construire une véranda selon les exigences de leur coutume afin de lui permettre une prompt guérison par l'intervention des ancêtres... après plusieurs années de souffrances et d'humiliation, STEEVE est convaincu que sa maladie n'est pas un fait du hasard plutôt de la sorcellerie de la part de son grand-père décédait une année avant la manifestation de sa première crise. Sa plus grande douleur est l'éloignement de ses frères et sœurs qui ont peur d'être aussi contaminé...

**COMMENTAIRE :** STEEVE pense être ensorcelé par son grand-père qui voulait de lui comme héritier après sa mort mais STEEVE étant chrétien depuis sa naissance, ne voulait rien de son grand-père... peu après cette épisode, STEEVE avait adopté un comportement animal tel que marcher à quatre pattes, utiliser la bouche pour se nourrir, se gratter à l'aide de ses pieds à la place de ses mains..., il avait des hallucinations visuelles et une phobie sociale. Toutes ces manifestations ont été occasionnées mauvaises explications sur l'épilepsie et le rejet de son entourage, lui a conduit à une dépersonnalisation jusqu'à s'identifier à un animal. Retenons tout de même que STEEVE est très colérique face à toute blague à son égard et il vit un désespoir absolu jusqu'à souhaiter sa propre mort.

### 3. Le cas de MANDY (Sobriquet)

MANDY est une jeune fille âgée de 19 ans, originaire de la ville de BENI, et aînée de sa famille issue d'un mariage polygamique... C'est à l'âge de 6 ans que MANDY présenta ses premières crises après quelques heures de vertige. Sa mère fit immédiatement appel à un médecin qui la recommanda de l'éloigner de son entourage habituel qui, selon lui, était devenu dangereux pour MANDY d'y vivre. Elle fut alors emmenée chez sa nouvelle marâtre qui supportait les crises malgré son bon vouloir. Peu après, son père l'obligea à abandonner les études pour ne pas se faire remarquer par son nouvel entourage.

MANDY avoue se sentir seule sans aucune activité, ni aucun ami. Sa marâtre qui semblait la soutenir, est dorénavant devenue sa pire ennemie qui ne cesse d'accroître la maltraitance envers elle. Parfois, MANDY tente de rentrer auprès de sa mère pour être réconforter mais hélas ! Cette dernière ne veut plus la revoir sous prétexte d'être contaminé. Un jour après fugue, MANDY se vit réprimer par sa mère en ces

mots : « MANDY, je ne vais pas chaque fois te faire de la peine en faisant semblant mais tu dois comprendre que j'ai aussi une vie et tes frères et sœurs doivent également grandir, alors si tu nous aimes vraiment, il vaudrait mieux que tu ne viennes plus nous voir car nous sommes devenus différents, et tu appartiens dorénavant à un autre monde ... nous ne sommes plus de ta famille alors ne cherche pas à nous contaminer ... ».

Après ce malheureux incident, MANDY ne savait plus à quel monde se vouer ; elle se voit inutile et toute sa vie obscure et très cruelle. Sa plus grande douleur est le nombre des cicatrices que lui laissent ses multiples crises qui ne cessent de se renforcer du jour le jour. Dans son nouvel entourage, elle est devenue une étiquette et comme conséquence, elle n'a aucune relation sérieuse et tous se moquent d'elle... Avec cette maltraitance psychologique, MANDY se voit la plus laide du monde et ne cesse de se questionner le pourquoi de sa maladie qui incite stupeur et méfiance. Ainsi, MANDY déclare : « Même devant les enfants moins âgés, mes idées sont continuellement contestées, je me trouve donc inutile. Parfois, la mort serait une issue bonifiée... Il m'arrive fréquemment l'idée de prendre une destination inconnue, et de disparaître car méconnue et méprisée par le monde autour de moi, Je n'ai personne pour me soutenir, c'est pourquoi je suis devenue incertaine dans chaque acte que je pose. Je ne sais plus vers qui me tourner et quel Dieu invoqué car j'ai l'impression qu'il ne m'écoute plus, il y a très longtemps ... ».

**Commentaire :** Les entretiens avec MANDY se passaient en langue swahili ensuite traduit en français. Après quelques séances avec MANDY, nous avons malheureusement constaté que cette dernière a une mauvaise image de soi, étant donné l'attitude de rejet dont elle a perpétuellement été victime dans sa société. Outre, sa mauvaise image de soi, MANDY présente également une sorte de culpabilité déformée, une émotivité vive face à l'étiquetage de son entourage et une différenciation distinguée qui s'extériorise par un schéma corporel incomplet et insatisfaisant...

### III.2. ANALYSE ET INTERPRETATION DES DONNEES

Cette partie met en exergue les différentes opinions qui expliqueraient la symbolique de l'épilepsie par la société moderne ainsi que la représentation du schéma corporel des épileptiques eux-mêmes. Pour y parvenir, nous sommes servis du questionnaire d'enquête en visant les variables telles que : le sexe, l'âge et le niveau d'étude de l'enquêté. Ainsi, cette rubrique

sera consacrée à la présentation des données récoltées, tout en essayant d'analyser les contenus exposés sous formes des tableaux :

Tableau 4. Répartition des enquêtés selon la variable sexe

Sexe	f	%
Hommes	16	45,72
Femmes	19	54,28
TOTAL	35	100

Source : nos enquêtes.

Ce tableau présente la répartition de nos enquêtés selon la variable sexe, retenus aléatoirement sur l'étendue de la RDC. Ce tableau nous montre formellement que l'échantillon maintenu est de 35 sujets épileptiques soit 100% dont 16 sujets masculins soit 45,72% et 19 sujets féminins soit 54,28%.

Tableau 5. Répartition des enquêtés selon la variable âge

Age	f	%
12 – 17	8	22,85
18 – 25	16	45,72
26 – et Plus	11	31,43
TOTAL	35	100

Source : nos enquêtes.

Ce tableau présente la répartition de nos enquêtés selon la variable âge. La lecture de ce tableau révèle que 8 sujets soit 22,85% sont âgés entre 12 et 17 ans, 16 sujets soit 45,72% ont l'âge qui varie entre 18 et 25 ans. Et 11 sujets soit 31,43% sont âgés de 26 ans et plus.

Tableau 6. Répartition des enquêtés selon la variable niveau d'étude

Niveau d'étude	f	%
Niveau primaire	7	20
Niveau secondaire	5	14,29
Niveau universitaire	4	11,43
Sans Niveau	19	54,28
TOTAL	35	100

Source : nos enquêtes.

La lecture de ce tableau révèle que la plupart de nos enquêtés (19 sujets) n'ont pas un niveau d'étude soit 54,28%, 5 sujets soit 14,29% ont un niveau secondaire, 4 sujets soit 11,43% sont universitaires et 7 soit 20% ont fréquenté l'école primaire.

Tableau 7. La symbolique de l'épilepsie par la société moderne.

Opinions	f	%
Maladie contagieuse	14	40
Possession démoniaque	15	42,85
Mauvais sort et malédiction	6	17,15
TOTAL	35	100

Source : nos enquêtes.

Ce tableau ressort les opinions de nos enquêtés face à la crise d'épilepsie ; 14 sujets soit 40% de nos enquêtés pensent que la maladie est contagieuse. 15 sujets soit 42,85% allèguent que les démons sont à la base de l'apparition de la crise épileptique. 6 sujets soit 17,15% accusent le karma (mauvais sort et malédiction) d'être imputé de la maladie. Ces résultats nous montrent clairement que les superstitions antiques sont autant de grande vigueur dans la société moderne quant au contour mystique de la conception de l'épilepsie.

Tableau 8. Attitudes de la société moderne face aux épileptiques (A)

Attitudes	f	%
Peur des sujets épileptiques	10	28,57
Peur de se promener avec un épileptique	7	20
Refus de boire et manger avec le sujet épileptique	15	42,85
Incapacité d'exercer certaines activités	3	8,57
TOTAL	35	100

Source : nos enquêtes.

L'analyse de ce tableau révèle une attitude de peur et de réticence de la part de la société moderne à l'égard des personnes vivant avec épilepsie. Les résultats montrent que 10 sujets soit 28,57% de la société moderne manifeste une attitude de peur face aux personnes vivant avec épilepsie, 20% soit 7 sujets ont peur de se promener avec eux, 15 sujets soit 42,85% de nos enquêtés montrent une attitude de refus de boire et

manger avec les sujets épileptiques et 3 sujets soit 8,57% pensent que les sujets épileptiques éprouvent une incapacité à exercer certaines activités suite à leur maladie. Ces résultats montrent que les personnes épileptiques sont solitaires (ils n'ont pas d'amis), marginalisées et stigmatisées dans leur environnement, ce qui les pousse ainsi une estime de soi faible et une image négative d'eux.

Tableau 9. Considérations de la société moderne face aux épileptiques (B)

Considérations générales	f	%
L'épileptique est un fardeau pour sa famille	7	20
Source d'étiquetage de sa famille	5	14,29
L'épileptique est un malade mental	8	22,85
L'épileptique est source des conflits en famille	15	42,85
TOTAL	35	100

Source : nos enquêtes.

La lecture de ce tableau ressort encore une fois les opinions qui témoignent de la diversification victimaire dont les sujets épileptiques font face de la part de la société moderne : ceux-ci sont acceptés difficilement dans leur environnement. Encore que les personnes vivant avec épilepsie sont considérées comme des boucs émissaires dans leur famille d'appartenance ; et à l'origine des disputes en famille. Ainsi, 15

sujets soit 42,85% témoignent que l'épilepsie est une source des conflits en famille ; 8 sujets soit 22,85%, accusent l'épileptique, d'être un malade mental ; 7 sujets soit 20% disent que l'épileptique est un fardeau pour sa famille et 5 sujets soit 14,29% affirment que la présence d'un épileptique est source d'étiquetage et du flétrissement de sa famille dans son entourage.

Tableau 10. Réaction de la société moderne face à la manifestation des crises épileptiques

Réactions	f	%
Tendance à fuir	6	17,15
Prier Dieu (implorer le Saint-Esprit)	19	54,28
Faire recours aux autres	10	28,57
TOTAL	35	100

Source : nos enquêtes.

La lecture de ce tableau tente de justifier les réactions de la société moderne face à la manifestation des crises épileptiques. Ainsi, 19 sujets soit 54,28% tentent immédiatement d'implorer le Saint-Esprit (Dieu) en incitant les démons à déposséder le sujet épileptique en pleine crise ; ce qui nous pousse à certifier que la conception de la société moderne, quant à

l'épilepsie est toujours contingentée sur la croyance de l'emprise démoniaque. Seulement, 10 sujets soit 28,57% disent faire recours aux autres en présence de la manifestation d'une crise épileptique. Et 6 sujets soit 17,15% affirment qu'ils ont tendance à fuir en présence d'une manifestation d'une crise épileptique.

Après avoir présenté les résultats de cette recherche, sous cet angle, il est question de leurs attribuer les significations. Ainsi, nous analysons et interprétons à présent les résultats obtenus. Il se dégage à la lumière des résultats de notre investigation les significations suivantes : Il se lit clairement dans le tableau 6 que 40% de nos enquêtés conçoivent l'épilepsie comme une maladie contagieuse et 42,85% croient aux démons. Cette conception ravivaille la société moderne d'une peur se manifestant par un comportement d'évitement et d'exclusion des sujets épileptiques. Par ailleurs, dans les tableaux 7 et 8, les attitudes et les considérations de la société moderne face aux épileptiques sont de moins en moins importantes et dévalorisantes.

De ce qui précède, toutes ces informations analysées et expliquées certifient notre question de départ, établissant un lien étroit entre la peur et la stigmatisation de la maladie qui, fait surgir désormais dans la population, en cas de crises d'épilepsie, les réactions comme la fuite, le recourt aux autres et/ou recourt à la prière... Tout compte fait, le résultat général des cas cliniques, révèle un schéma corporel incomplet ou mieux une image de soi négative chez les personnes vivant avec épilepsie s'extériorisant par le retrait social ; ce qui soutient une fois de plus, le deuxième aspect de notre interrogation principale

### III.3. CONTRAINTES ET RISQUES LIES L'ÉPILEPSIE

L'épilepsie et les crises d'épilepsie ne mettent pas, en général, la vie de la personne épileptique en danger. Cependant, il est utile de mentionner quelques risques liés à l'épilepsie. La répétition des crises d'épilepsie peut entraîner l'apparition de lésions cérébrales. Ces lésions prédominent dans les régions cérébrales à l'origine des crises mais aussi dans une région particulière dont la face interne du lobe temporal. Elles sont susceptibles par la suite d'être à l'origine de nouvelles crises (il est dit que la maladie s'auto-aggrave). Lors d'une crise, le patient n'avale jamais sa langue, il est inutile (et dangereux) d'essayer de la retenir chez un patient en pleine convulsion. Les risques liés à l'épilepsie ne concernent généralement pas la crise en elle-même, mais ses conséquences. Ainsi, si le patient conduit ou fait une mauvaise chute, à titre d'exemple, les conséquences de la crise peuvent alors être mortelles ; on peut citer parmi ces enchaînements :

- Etat de mal épileptique - engage le pronostic vital et fonctionnel (risque de séquelles neurologiques définitives). Elle est définie par une

crise épileptique de durée anormalement longue (plus de 5-10 minutes), ou par la survenue de crises si rapprochées que le malade n'a pas le temps de recouvrer ses esprits entre deux crises. L'état de mal épileptique doit faire rechercher une cause déclenchante : arrêt du traitement, prise de toxiques (ivresse alcoolique en particulier), prise de médicaments contre-indiqués, infections, etc. Dans le cas d'un état de mal par crises convulsives tonico-cloniques, la durée de la crise fait craindre : insuffisance respiratoire par encombrement bronchique et bradypnée (ralentissement respiratoire), troubles circulatoires, séquelles neurologiques et intellectuelles définitives, troubles hydro-électrolytiques (déshydratation, acidose) et œdème cérébral. L'état de mal peut aussi se produire dans le cadre du petit mal : un état confusionnel prolongé est alors retrouvé, associé à des manifestations cloniques du visage très évocatrices. En cas d'état de mal par épilepsie partielle, le diagnostic peut être en raison de la ressemblance des symptômes avec ceux d'un accident vasculaire cérébral. L'électro-encéphalogramme permet de faire la différence. Dans les cas extrêmes, la crise peut conduire à la mort du patient, par anoxie cérébrale.

- Morts subites et inexplicables – les morts subites et inexplicables en épilepsie (Sudden unexpected death in epilepsy) sont rares mais peuvent être observées chez les personnes épileptiques avec ou sans signe évident de crise et chez qui une autopsie n'a révélé aucune cause toxicologique ou anatomique. Les mécanismes qui mènent aux SUDEP<sup>4</sup> ne sont pas encore connus mais pourraient être en rapport avec un trouble du rythme cardiaque, une détresse respiratoire ou un arrêt électrique cérébral.

- Accidents - La perte de conscience ainsi que les secousses musculaires entraînent un risque de blessure et de traumatismes divers par chute, chocs avec des objets, ou auto-infligés (luxation de l'épaule, morsure de la langue). Les témoins d'une crise devront prévenir les risques de chute et écarter les objets avec lesquels le sujet pourrait se blesser. En revanche, ils ne doivent pas mettre d'objets dans sa bouche ou tenter d'empêcher ses mouvements. La survenue d'une crise lors de la conduite d'un véhicule peut provoquer un accident de la circulation. La conduite automobile est interdite tant que les crises n'ont pas cessé depuis un an. Il convient d'anticiper les risques spécifiques à certaines activités, notamment sportives (cyclisme, escalade). Une activité aquatique

<sup>4</sup>Sudden unexpected death in epilepsy

comme la natation ou la prise du bain peut être à risque. En effet, une perte de connaissance à ce moment peut s'avérer fatale, même dans très peu d'eau. La natation est un sport praticable par les personnes épileptiques mais il est conseillé à la personne épileptique d'être sous surveillance lors de ces activités. Le risque de brûlure ou d'incendie doit aussi être pris en compte (cigarettes, fer à repasser, four, bougie...).

- Suicides - Un risque de dépression et de suicide est majoré chez les personnes présentant une épilepsie. Ne pas hésiter à solliciter le neurologue ou les proches en cas d'humeur triste. Un traitement adapté et efficace pourrait être proposé.

#### III.4. DU FAUX HANDICAP EPILEPTIQUE

L'épilepsie est une maladie neurologique qui ne conduit pas nécessairement au handicap physique et mental puisque la prise habituelle des médicaments diminue les nombres des crises... Les personnes vivant avec épilepsie ont les mêmes habilités et la même intelligence que la moyenne des gens. Certains présentant des crises graves, ne peuvent pas travailler, d'autres ont une carrière pointilleuse et ils y arrivent avec succès. Cependant d'autres encore, n'ont aucun espoir bien que pleines d'initiatives, toutefois une rééducation appropriée peut les aider à reprendre le cours de la vie. Lorsqu'une personne est soumise aux antiépileptiques, il faut un bon repos pour permettre au malade de se rétablir sans inquiétudes. C'est ainsi qu'il aura toujours un travail qui ne va pas demander beaucoup de concentration et/ou sans risque. La nage, la conduite automobile ainsi que l'utilisation d'équipement technique ou de machines dans le cadre d'un emploi peuvent être interdites en début de traitement. Lorsqu'une personne vivant avec les crises d'épilepsie mène une vie active, elle a moins de crises. Ainsi, faut-il les délaissier ? Non, puisque cette maladie ne porte aucunement atteinte aux organes du malade. Dans l'histoire, il a été établi un grand nombre des scientifiques qui en ont été victime de cette maladie en l'occurrence : NAPOLEON BONAPARTE, MOLIERE[12], Jules CESAR, Saint PAUL de Tarse, AGATHA CHRISTIE, Sainte THERESE D'Avila... Voir certains grands professeurs d'universités[28].

Dans la plupart des situations, nombreux parents se posent la question : « Que va devenir mon enfant épileptique ? ». Agatha Christie était épileptique tout comme Molière, Einstein et les autres, ce qui ne les a pas empêchés de faire travailler les

méninges de millions de lecteurs. Ainsi, on peut être épileptique et mener une vie normale. Car sur la quarantaine de formes d'épilepsies existantes, la majorité ne pose pas de problème majeur : les deux tiers sont représentés par des épilepsies isolées et de bons pronostics, même si certaines s'accompagnent transitoirement de phases d'aggravation. Il est donc grand temps que le regard de la société moderne change.

#### III.5. PRISE EN CHARGE DE L'EPILEPSIE

Outre, l'explication neurologique développée par une décharge électrique de tous les neurones à partir du foyer irritatif. Le déclenchement des crises peuvent identiquement être dus à la fièvre, la fatigue, l'hyperventilation, le stress, les stimulations lumineuses, l'usage (ou arrêt) de drogues, d'alcool, de médicaments... Au plan psychologique, il y a effacement immédiat de la conscience, plus ou moins complètement qui cède alors place à des convulsions ou des signes de psychose aiguë (confusion, hallucination), surprenant par la même occasion la société moderne spectateurs des événements : celle-ci qui s'imagine alors des forces démoniaques, avec risque de contamination, une intrusion dévorante et mortelle, ou encore excitation érotique violente aussitôt punie,...

En effet, l'évolution de l'épilepsie est en générale peu favorable ; elle dépend de la transmutation des causes physiques et de la façon dont la personne épileptique va maîtriser ses blessures d'amour-propre. Si l'acceptation se passe sans difficulté, il y a possibilité de réduire et de réparer cette décharge électrique qui se produit en mode « court-circuit » provoquant ainsi des convulsions. Les personnes vivant avec épilepsie sont souvent confrontées à la stigmatisation et à la discrimination en raison des conceptions erronées et des attitudes négatives qui vont de paire avec la maladie[5]. On peut mentionner entre autres : la possession par des esprits démoniaques, la contagion de la maladie, la folie (maladie mentale)... Cette stigmatisation se traduit par des violations des droits de l'homme et une exclusion par la société. Ainsi, dans certains milieux, les enfants souffrants de l'épilepsie peuvent ne pas être autorisés à aller à l'école et les adultes peuvent ne pas trouver d'emplois appropriés ou de se marier. Outre ses conséquences sociales, l'épilepsie a un coût économique considérable. De ce fait, pour parler de sa prise en charge, certains éléments tels que la prévention, le traitement de la maladie, la médication et autres, entrent en réflexions :

### III.5.1. DE LA PRÉVENTION DE L'ÉPILEPSIE

L'épilepsie est une affection neurologique qui nécessite un diagnostic médical. Toutes les crises épileptiques ne sont pas accompagnées de crises convulsives, et toutes les crises convulsives ne sont pas épileptiques. Une crise convulsive peut facilement être confondue avec une crise de tétanie, et une crise convulsive peut être due à un traumatisme neurologique (traumatisme crânien ou rachidien) ou à une hyperthermie (Élévation de la température du corps au-dessus de sa valeur normale) c'est notamment le cas des crises convulsives dues à la fièvre chez le nourrisson. Les crises peuvent réellement être impressionnantes, avec perte de connaissance et mouvements convulsifs, dans trois cas sur dix. Mais le plus souvent, la crise touche une seule zone cérébrale et les symptômes ne transparaissent que sur une partie du corps ou sur une fonction notamment secousses musculaires, troubles sensitifs. Chez l'enfant, la crise d'épilepsie peut se manifester par des absences, de brèves ruptures de contact avec fixité du regard, parfois des clignements de paupières.

Dans la prévention primaire de l'épilepsie, il est couramment demandé d'éviter par exemple l'anoxie néonatale[10] (insuffisance d'apport en oxygène aux organes et aux tissus vivants du fœtus et du nouveau-né avant, pendant et après la naissance jusqu'au 28ème jour de la vie). Quant à la prévention secondaire, il est recommandé la guidance du patient et de sa famille sur la conduite à tenir en expliquant la prévention des causes déclenchant, la prévention des crises par les médicaments, le soutien psychologique dans une évolution tertiaire du patient et de sa famille. Similairement, il faudrait limiter les régressions et les crises psychologiques par une meilleure intégration possible dans le groupe familial ; un placement n'est justifié que pour des cas graves, et il visera à recréer une communauté familiale pour le patient.

Si une crise de convulsion survient, il faut s'assurer que l'individu ne puisse pas se blesser par ses mouvements (protection) : les objets autour de lui doivent être écartés, et un linge plié ou coussin peut être posé sous sa tête. Il faut tenter d'éloigner la personne de la « possible » source de son épilepsie (lumière stroboscopique, bruit inhabituel). Une fois que la crise est passée (elle dure rarement plus de quelques dizaines de secondes, même si ce temps paraît plus long), la victime doit répondre aux questions concernant sa santé. Si elle ne répond pas ou ne réagit pas, sa respiration doit être contrôlée et une action doit être exécutée en conséquence : mise en position latérale de sécurité

et alerte aux secours si elle respire (dans la plupart des cas), ou bien alerte puis réanimation cardio-pulmonaire si elle ne respire plus. En général, un individu reprend conscience après la crise convulsive, la conduite à tenir face à un malaise est de le mettre au repos, de l'interroger sur les circonstances de son malaise, notamment si c'est la première fois, si elle est sous traitement médical et si elle a eu un accident récemment.

Un avis médical doit être demandé auprès d'un médecin, par exemple en appelant les services d'aide médicale d'urgence en précisant tous les éléments constatés. Voici les attitudes à prendre en trois phases :

Phase 1 : chute, muscles raides - ne rien mettre dans la bouche de la victime ;

Phase 2 : convulsion - ne pas tenter de stopper les mouvements ;

Phase 3 : confusion - lorsque la personne reprend conscience, ne pas la laisser seule.

De façon générale, il faut éviter tout ce qui peut favoriser les troubles comme les situations de fatigue, le manque de sommeil, la consommation d'alcool, le stress physique, et/ou psychique, les bruits permanents ou anormaux, la lumière intermittente, particulièrement celle des stroboscopes et le jeûne. Le tabac, le café et le thé peuvent, indirectement, augmenter la fréquence des crises, par un effet négatif sur la qualité du sommeil. Au-delà de l'impact de la maladie sur les parents, le retentissement de l'épilepsie sur l'enfant, selon les parents, a été étudié. Ainsi l'étude Trilogie a montré que, pour 70 % des parents, l'épilepsie nuit à l'épanouissement de l'enfant et pour près des deux tiers des parents, la fratrie souffre ou a souffert de la maladie de leur sœur ou frère.

En effet, dans un grand nombre de cas, l'un des deux parents a dû renoncer à avoir une activité professionnelle à plein temps pour pouvoir s'occuper de l'enfant épileptique, ce qui s'avère très chronophage et génère un sentiment d'abandon au sein de la fratrie. Il convient aussi de prendre en compte l'impact socio-familial du fait de la restriction de certaines activités et certains facteurs tels que :

- Les activités exercées- Les jeux vidéo, l'informatique et la vidéo en général, peuvent déclencher des crises chez les malades ayant une épilepsie « photosensible », c'est-à-dire sensible à la lumière. Il est nécessaire d'utiliser des écrans ou des télévisions avec une fréquence au moins égale à 100Hz, ou des écrans à cristaux liquides. L'activité

physique et sportive est fortement recommandée pour ses vertus d'intégration et de confiance en soi. Cependant, certains sports sont à pratiquer avec une vigilance particulière ou un équipement spécifique, parce que leur pratique pourrait mettre le malade en situation critique et risquée [12] en cas de survenue d'une crise. Par exemple : risque de chute gymnastique (aux agrès, équitation, alpinisme), risque de noyade (natation, plongé sous-marine) et risque de perte de contrôle sur le matériel (sports aériens comme le parachutisme, le deltaplane, les sports mécaniques).

▪ La conduite automobile - Comme dans de nombreux pays, la conduite automobile a longtemps été interdite aux patients souffrant d'épilepsie. Depuis récemment, les progrès dans la prise en charge thérapeutique permettent à des personnes épileptiques d'obtenir le permis de conduire. Le risque d'accident n'est en effet pas plus élevé chez les épileptiques que dans la population générale, sauf cas particuliers[47], à condition de suivre certaines recommandations médicales. Toujours selon la loi de certains pays, les professions de la route (transporteur, autobus ...) ne sont pas accessibles aux patients en épilepsie active. L'accès aux permis nécessite un examen neurologique approfondi pour les patients en épilepsie non active.

▪ Les professions interdites- En lien avec la survenue et les conséquences potentielles liées aux crises (perte partielle ou totale de conscience, risque de chutes, blessures, automatismes gestuels...) plusieurs professions ne peuvent être exercées par des personnes épileptiques, par exemple : Les conducteurs d'engins, d'autobus et poids lourds ; plongeur sauveteur ; maître nageur ; Personnel navigant aérien ; Chirurgien ; Policier et pompier ; Ambulancier et Militaire.

▪ L'alimentation - Toute personne vivant avec épilepsie n'est nullement interdite de prendre une nourriture particulièrement bien que certaines boissons fortement alcoolisées, des thés ou cafés sont à déconseiller à certains d'entre eux... suite à la condition physique du malade.

### III.5.2. ATTITUDE A PRENDRE FACE À LA MALADIE

Le résultat de la conception sur la contamination par l'influence d'un milieu social ou familial empoisonné entraîne la gravité et la persistance des crises. En voici les premières attitudes à prendre lors de la manifestation des crises :

- Eviter si possible que le patient se blesse. En particulier, les fractures ou les traumatismes crâniens, et le laisser glisser par terre. Le mettre sur le côté pour éviter des problèmes respiratoires/positions latérale de sécurité/si possible pendant la crise ou un moment de la phase post critique.
- Ne jamais placer un objet dans la bouche. Il ne faut jamais tenter de maîtriser la personne. La crise doit suivre son cours normal et ne doit pas être arrêté. Un objet dur provoque des cassures des dents du malade. Si l'on place le doigt, on peut assister facilement à ce que le doigt soit sectionné.
- Rassurer l'assistance, en particulier lors des crises partielles, où, après la crise, à la phase post critique, le patient est peut être confus, donc angoissé.
- Si l'épilepsie est connue : noter la description, contrôler les médicaments, le dossier et il s'agit surtout de savoir si c'est sa crise habituelle ou si c'est quelque chose de nouveau. Eventuellement, donner une dose supplémentaire de son antiépileptique.
- Si on a la crise inaugurale : faire les investigations, qui comprennent en tout cas l'anamnèse familiale, la recherche de facteurs déclenchant potentiels, un électro-encéphalogramme, une imagerie cérébrale, la recherche de causes métaboliques ou infectieuses.
- Si le patient fait une deuxième crise majeure dans les 24h, administrer un suppositoire de diazépam ou équivalent.
- S'il y a la 3<sup>ème</sup> crise ou crise prolongée : il faut l'hospitalisation en urgence car c'est une menace d'état de mal épileptique.

### III.5.3. DU TRAITEMENT DE L'ÉPILEPSIE[15]

L'épilepsie est la maladie neurologique la plus fréquente après la migraine. Très handicapantes dans la vie quotidienne, les crises peuvent être évitées grâce à un traitement adapté, condition sine qua non à une vie normale. Mais il n'existe pas de prise en charge universelle. A chaque patient correspond une solution singulière. Il est à noter autant que 1% de la population mondiale est atteint de l'épilepsie et a besoin de prendre des médicaments. Celle-ci ne

guérissent (Les médicaments ne guérissent pas l'épilepsie, néanmoins ils parviennent souvent à réduire et/ou arrêter les crises en modifiant l'activité de neurones dans le cerveau) pas l'épilepsie, mais réduisent les crises [45]. Et même si aucun médicament ne guérit l'épilepsie, le suivi réglementaire du traitement permet de stabiliser la maladie chez la majorité des patients.

### 1. LA MISE EN PLACE DU TRAITEMENT

Après un dépistage et une confirmation de la maladie, le médecin instaurera un traitement à l'aide d'un seul médicament (monothérapie). Quelques mois seront alors nécessaires pour ajuster les doses et réguler parfaitement les crises. On augmentera progressivement la quantité prise jusqu'à l'obtention de l'effet maximum avec le moins possible d'effets indésirables. Si un premier médicament (La plupart des traitements peuvent être maintenus durant la grossesse en cas d'absolue nécessité, il faudra cependant surveiller attentivement le développement de l'embryon car le risque de malformations chez les enfants de mères épileptiques sous traitement est deux fois plus élevé) ne fonctionne pas, il est également possible que le médecin en propose un autre. Enfin si un seul médicament ne suffit pas, il arrive parfois qu'on en associe plusieurs. Les médicaments doivent être pris très régulièrement sans oublier aucun comprimé. Attention, chaque cas est différent, on ne peut donc pas échanger son traitement avec quelqu'un d'autre (les doses et les produits sont personnels) et il ne faut surtout pas arrêter son traitement brutalement sous peine de voir resurgir les crises voir même de les empirer.

### 2. LES ANTIÉPILEPTIQUES

Ces médicaments forment le traitement de base de la maladie épileptique. Ils ne traitent pas la maladie mais bloquent les crises, diminuent leur intensité et leur gravité. Tous n'ont pas le même mode d'action :

- Les inhibiteurs des canaux sodium voltage-dépendants dont le chef de file est la phénytoïne (Di-hydan®, Dilantin®). Ces médicaments bloquent l'influx électrique dans le cerveau en diminuant les réactions des neurones qui provoquent les crises. On trouve aussi dans cette catégorie ; la fosphénytoïne (Prodilantin®), la carbamazépine (Tegretol®), l'oxcarbazépine (Trileptal®) et la lamotrigine (Lamictal®). Ces médicaments restent très différents et chacun a ses propres indications et effets indésirables. Le felbamate (Taloxa®) est proche de ces composés, mais ne peut être utilisé que par des spécialistes expérimentés dans le traitement de l'épilepsie en raison de sa toxicité.

- L'acide valproïque (Depakine® et Depakine chrono®) agit de la même façon que le groupe précédent mais elle a également une autre propriété sur des récepteurs du cerveau qui amplifie l'action contre les crises d'épilepsie. Ce médicament est actif dans tous les types d'épilepsie, y compris pour les enfants. Attention, la prise de ce médicament est susceptible d'entraîner des malformations du fœtus, des troubles de la coagulation chez le nouveau-né, des troubles du développement et des troubles autistiques chez l'enfant. En cas de projet de grossesse et quel que soit le traitement, les femmes doivent consulter un spécialiste pour adapter leur traitement.

- Le lévétiracétam (Keppra®) est utilisé en traitement additionnel dans les épilepsies partielles.

- D'autres traitements plus connus comprennent notamment le phénobarbital (Gardéнал®, Aparoxal®, Alepsal®), mais on y trouve aussi : le vigabatrin (Sabril®), et les benzodiazépines comme le diazépam (Valium®) et le clonazépam (Rivotril®), qui ont un effet sur ces récepteurs en mimant l'action d'un composé naturel présent dans notre organisme. Les benzodiazépines ne sont pas utilisées dans les traitements au long terme mais uniquement pour traiter la crise convulsive.

- Le topiramate (Epilemax®) augmente l'activité d'une substance qui bloque naturellement les crises d'épilepsie, la tiagabine (Gabitril®) quant à elle augmente la concentration de cette même substance dans le cerveau. Dans cette même famille, les médicaments gabapentinoïdes, gabapentine (Neurontin®) et prégabaline (Lyrica®), sont indiqués dans le traitement des épilepsies partielles, avec ou sans généralisation secondaire.

- Enfin l'ethosuximide (Zarontin®) peut être utilisé lorsqu'un premier traitement n'a pas fonctionné.

Il existe malheureusement une résistance aux médicaments chez 35% des patients, il faut alors envisager d'autres types de traitements (chirurgie, électrostimulation...). Toutefois, l'emploi d'un anticonvulsivant est recommandé dès la dixième minute de convulsions, par voie intraveineuse si possible, par voie anorectale sinon. L'état de mal convulsif, c'est-à-dire lorsque la crise se prolonge au-delà de 10 min (ou lorsque trois crises se succèdent), nécessite un transfert en

réanimation médicale (urgence médicale car le pronostic vital est en jeu). Un EEG [34] en urgence ainsi qu'un bilan médical devront être effectués, sans retarder la mise en œuvre des méthodes de réanimation et le traitement médicamenteux comme par exemple : le maintien d'une bonne fonction respiratoire (la mise en place d'une canule de Guedel, ventilation au masque, aspiration des sécrétions bronchiques, intubation et ventilation mécanique au maximum) ; Surveillance cardio-vasculaire (scopage cardio-tensionnel avec surveillance du rythme cardiaque, de la pression artérielle, de la saturation sanguine en oxygène) ; Pose d'une voie veineuse pour équilibration hydro-électrolytique et perfusion des médicaments anticonvulsivants.

En cas de mal convulsif, le traitement anticonvulsivant repose en première intention sur une benzodiazépine injectée par voie intraveineuse lentement sur 2 minutes (diazépam ou lorazépam, plus facile d'emploi), et sur un anticonvulsivant d'action prolongée (phénytoïne, fosphénytoïne ou phénobarbital). En cas d'échec à 10 minutes, une deuxième injection est effectuée[51]. En cas de difficulté d'un abord veineux, le diazépam peut être donné par voie intra-rectale ou lemidazolampar voie buccale (le médicament est alors absorbée par la muqueuse buccale sans que cela requiert une quelconque déglutition, impossible à obtenir chez un patient inconscient)[19].

### 3. AUTRES FORMES DE TRAITEMENT DE L'EPILEPSIE

Aujourd'hui, Les médecins disposent de très nombreux médicaments qu'il faudra choisir et adapter à chaque malade. Certains agissent sur toutes les épilepsies, d'autres sur certaines formes seulement mais l'arsenal thérapeutique est aujourd'hui tel que la plupart des patients peuvent être bien pris en charge. En cas d'échec de traitement médicamenteux de l'épilepsie ; en voici d'autres méthodes efficaces :

#### 3.1. METHODE CHIRURGICALE

Certains patients voient leurs crises contrôlées en monothérapie ou après divers ajustements thérapeutiques associant plusieurs médicaments antiépileptiques. Toutefois, une résistance relative ou absolue au traitement est parfois observée ; c'est ce qu'on appelle « pharmacorésistance ». Le pronostic sévère de ces épilepsies pharmacorésistantes peut être amélioré par le recours à la chirurgie. Cette chirurgie consiste en l'ablation d'une petite partie du cerveau

qui apparaît être à l'origine de l'épilepsie (lésionectomie ou cortectomie)[22]... Poser l'indication d'une telle intervention nécessite des procédures diagnostiques standardisées extrêmement fines. Il s'agit dans un premier temps de délimiter de façon très précise le point de départ des crises et de déterminer quels sont les territoires corticaux concernés. Les épilepsies multifocales seront la plupart du temps récusées.

Les patients candidats à la chirurgie sont donc soumis à un bilan pré-chirurgical complet mené par une équipe pluridisciplinaire. Il est composé d'investigations à la fois neurologiques, électrocliniques et neuropsychologiques. Des données cruciales sont également recueillies en électrophysiologie (enregistrement EEG, SEEG) et lors d'exams d'imagerie cérébrale (IRM morphologique et fonctionnelle, étude du métabolisme). Il s'agit d'apprécier le rapport bénéfice/risque de l'éventuel traitement chirurgical. La chirurgie de l'épilepsie comporte une première phase d'exploration (SEEG), suivie d'une procédure de résection. Certains sites hospitaliers utilisent des dispositifs robotisés, tel que le dispositif ROSA[24], pour apporter une grande précision et sécuriser l'acte chirurgical, en particulier chez les jeunes enfants, pour qui les procédures sont plus délicates à cause de la petite taille de leur tête et celle de leur cerveau. Globalement, ce sont 50 à 60 % des patients sélectionnés atteints d'épilepsies réfractaires (Essentiellement temporales mais aussi frontales, pariétales ou encore occipitales) qui voient leurs crises disparaître à moyen et long terme, contre 8 % avec un traitement médicamenteux[4].

#### 3.2. METHODE DE STIMULATION

Dans le cas de formes résistantes de la maladie il est possible d'envisager la pose d'un stimulateur sous clavicule, relié au nerf vague, dont la fonction sera d'envoyer des stimulations au cerveau (noyau antérieur du thalamus). Le traitement par stimulation a l'avantage d'être une bonne alternative dans le cas où l'opération chirurgicale n'est pas envisageable. Cette technique, employé chez près de 70 000 patients de par le monde en 2015, présente des résultats encourageants, la fréquence des crises diminuant de moitié dans près de 50% des personnes[37]. Elle ne permet cependant qu'exceptionnellement la disparition totale des crises. Certains effets secondaires peuvent se faire ressentir, notamment une contraction de la gorge pendant les périodes de stimulation, entraînant parfois une légère modification de la voix, et un essoufflement

pendant les périodes d'effort (en particulier en altitude)[17].

### 3.3. METHODE DIETETIQUE

Dans certains cas, surtout chez les enfants, la diète cétogène peut être essayée. La diète cétogène est un régime thérapeutique rigide et strictement calculé, prescrit par un neurologue pour traiter l'épilepsie réfractaire chez les enfants. La diète est riche en lipides et très pauvre en protéines et glucides. Elle diminue sensiblement la fréquence des crises. Un régime Atkins modifié serait moins contraignant et pourrait avoir des résultats similaires[31].

### 3.4. METHODE PSYCHOTHERAPIE

Les conséquences psychosociales de l'épilepsie étant parfois importantes (limitation de l'autonomie, stress, anxiété, dépression, faible estime de soi...), l'accompagnement psychologique peut être pertinent en plus du traitement médical. Il peut également être utile auprès des parents d'enfant épileptique. De plus, dans certains cas, l'appréhension d'avoir une crise peut elle-même générer une anxiété qui risque de faciliter son déclenchement, elle devient alors une réponse conditionnée à l'anxiété[7]. Les thérapies cognitivo-comportementales peuvent être proposées pour améliorer la qualité de vie et même réduire la fréquence des crises. L'essentiel d'une prise en charge repose sur le développement du sentiment de contrôle sur la maladie. Cela comprend l'entraînement à la gestion du stress et à la relaxation, ainsi que l'identification des situations à risque, ou même l'affirmation de soi. Les études récentes[11] indiquent qu'un travail psychologique axé sur les compétences de gestion du stress centré sur le problème, ainsi que sur la perception de l'impact de l'épilepsie sur la qualité de vie sont des pistes prometteuses.

### 3.5. METHODES ALTERNATIVES

Il n'existe pas d'efficacité démontrée d'un traitement de type phytothérapeutique ou aromathérapeutique. Par contre, certaines plantes, données par exemple pour traiter une dépression, une fatigue, peuvent interagir avec les médicaments antiépileptiques et en modifier leur efficacité, aboutissant parfois à une aggravation des crises. Cependant, certaines études en viennent à dire que le cannabidiol, une molécule non psychoactive du cannabis soulagerait largement les crampes musculaires et permettrait à certains patients de diviser leurs doses de médicaments conventionnels par deux[37]. Chez certains enfants, le traitement se révèle presque miraculeux en diminuant significativement les crises. Le sel et plus

précisément l'ion métallique (sodium) jouerait un rôle important dans l'épilepsie. Il semble être un commutateur unique pour d'importants récepteurs « kainates » de neurotransmetteurs nécessaires au bon fonctionnement du cerveau. Les désactiver permettraient peut-être de réduire les crises d'épilepsie[18]. L'utilisation d'une ligne de rayons X à l'European Synchrotron Radiation Facility dédiée à la radiothérapie, permet d'irradier des zones du cerveau humain afin de détruire certaines cellules avec une précision de l'ordre d'un centième de millimètre, grâce au croisement de microfaisceaux déposant une dose de radiation suffisante au point de convergence[32]. L'absence de lésions à proximité immédiate de la trajectoire des microfaisceaux montre une grande tolérance des tissus biologiques et intéresse le Grenoble-Institut des neurosciences afin de bloquer les crises d'épilepsie de patients pharmaco-résistants.

## CONCLUSION

Au cours de la vie, toute personne ne peut présenter une crise d'épilepsie à un moment ou à un autre. L'épilepsie n'est pas une maladie démoniaque ou une mauvaise fatalité issue de la famille, de la société et autre... c'est plutôt l'affection neurologique la plus fréquente (0,5 % à 0,7 %) après la migraine et ses différentes formes touchent près de 50 millions de personnes dans le monde, nourrissons, enfants, adolescents et adultes confondus. La durée moyenne calculée de cette maladie est de 6 à 10 ans. Et 30 % des cas d'épilepsie sont d'origine génétique ; 70 % des cas d'épilepsie seraient acquis, dont la moitié ont une cause déterminée (selon une lésion cérébrale due aux séquelles d'une souffrance lors de la grossesse et de l'accouchement, d'un traumatisme crânien lors de la petite enfance, ou d'un accident vasculaire cérébral...); pour les autres, les causes restent non élucidées. Aussi, l'allongement de l'espérance de vie accroît le risque d'apparition, chez les personnes âgées, de crises d'épilepsie liées à des accidents cérébro-vasculaires ou à des maladies dégénératives.

Le problème central de l'épilepsie aujourd'hui est que les personnes atteintes d'épilepsie souffrent avant tout de l'image négative encore attachée à cette pathologie. Le patient la vit dans le regard des autres. C'est un problème très spécifique de cette maladie, qui génère un véritable handicap social. C'est dans ce sens qu'elle est considérée comme une maladie sociale... Un patient qui fait une crise d'épilepsie dans la rue, à son travail, fait peur, alors que tout autre malaise, d'origine cardiaque ou autre, attire en général

plutôt la sympathie. Les crises sont donc vécues comme une menace pour le travail et pour les rapports humains, menace dont la survenue est aléatoire. D'où un sentiment d'insécurité permanent et une anxiété anticipatoire, très délétères pour l'image de soi et pour l'activité, qu'il est très difficile de mesurer car ils varient selon les personnalités. Un patient peut avoir un sentiment d'insécurité très fort avec une crise par an et un autre un sentiment d'insécurité faible avec une crise par semaine. Cela dépend de la sensibilité de la personne, de son style de vie, de la nature de son travail, de son entourage, du type de ses crises. Ainsi, la présente recherche, prône et suggère aux personnes atteintes de l'épilepsie, d'être amenée à suivre un certain nombre de règles simples tels que :

- Prise régulière et quotidienne de son traitement
- Temps de sommeil suffisant
- Mode de vie bien rythmé
- Limitation des boissons alcoolisées.

Cependant, le mode de traitement et instructions fournies dans la présente étude, ont pour but d'améliorer le confort de vie d'un sujet épileptique et ne se veut pas indispensable et exhaustives, surtout aux différentes contraintes et interdits ne doivent pas être excessifs préférablement, ils doivent être régulièrement réévalués.

#### REFERENCES

- [1]. Asadi-Pooya AA, & Sperling MR. « Health locus of control in patients with epilepsy and its relationship to anxiety, depression, and seizure control » *Epilepsy Behav*, 2007;
- [2]. Auteau E, « Evaluation de l'utilisation des médecines complémentaires et alternatives dans la prise en charge de l'épilepsie au Pérou », Université Toulouse III, 2016.
- [3]. Banerjee PN, Filippi D, « The descriptive epidemiology of epilepsy a review » *Epilepsy Res*. 2009;
- [4]. Beaussart J. « Épilepsies: avancées médicales et sociales ». Paris: John Libbey Eurotext, 2006
- [5]. Beyenburg S, Stavem K, Schmidt D. "Placebo-corrected efficacy of modern antiepileptic drugs for refractory epilepsy: Systematic review and meta-analysis". *Epilepsia* 2010;
- [6]. Buenda Edouard, Rapport mensuel/2013, santé mentale, Goma, 2013.
- [7]. Charlotte Dravet, « Comprendre l'épilepsie: notions élémentaires sur l'épilepsie et les épilepsies », John Libbey Eurotext, 2006
- [8]. Courtois G, « L'épilepsie », éd Montréal Médical, Montréal, 1960
- [9]. Crespel A, Genton P, Berramdane M, et al. "Lamotrigine associated with exacerbation or de novo myoclonus in idiopathic generalized epilepsies". *Neurology* 2005;
- [10]. Daco P., « Les triomphes de la psychanalyse. Du traitement psychologique A l'équilibre de la personnalité », éd. Gérard et C°, Paris, 1965
- [11]. Delandshere, « L'éducation et la formation », éd. PUF, Paris, 1992, pages 734.
- [12]. Diane Tremblay, « soins psychiatriques, facteurs qui prédisposent à la maladie mentale », éd. Du Renouveau Pédagogique INC, ottawa, CANADA, 1971.
- [13]. Donnini E., « Quand la peur prend le commandement, Comprendre et surmonter le traumatisme psychologique », les éditions de Montréal-Québec, 2007, pages 309.
- [14]. Dr Alain Dubos, « Peut-on conduire en étant épileptique ? », Doctissimo Santé, 2016
- [15]. Dr. Jésus Cardenas, « prise en charge médicamenteuse de l'épilepsie », Doctissime, Août 2016
- [16]. Fisher R, Salanova V, Witt T et al. « Electrical stimulation of the anterior nucleus of thalamus for treatment of refractory epilepsy » *Epilepsia* 2010
- [17]. Fisher R et al. "Epileptic seizures and epilepsy: Definitions proposed by the International league against epilepsy (ILAE) and the International bureau for epilepsy (IBE)". *Epilepsia* 2005;
- [18]. Godefroid J., « Le chemin de la psychologie », éd. HRW Itée Montréal, Bruxelles, 1987, p 779.
- [19]. Harden CL, Meador KJ, Pennell PB, et al. "Report of the Quality standards subcommittee and therapeutics and technology assessment subcommittee of the American academy of neurology and American epilepsy society; *Neurology* 2009;
- [20]. Helmstaedter C, Fritz NE, Kockelmann E, Kosanetzky N, Elger CE. "Positive and negative psychotropic effects of lévétiracétam" *Epilepsy Behav* 2008;
- [21]. Hunt S, Russell A, Smithson WH, et al. "Topiramate in pregnancy: Preliminary experience from the UK Epilepsy and Pregnancy Register". *Neurology* 2008;

- [22]. Ibrahim B., « Les dysfonctionnements psychomoteurs et leurs entraves chez les enfants épileptiques », Université Abou Berk Belkaid, Remchi, 2013
- [23]. Kellinghaus C, Berning S, Besselmann M. “Intravenous lacosamide as successful treatment for nonconvulsive status epilepticus after failure of first-line therapy”; *Epilepsy Behav* 2009;
- [24]. KIPMAN S.D. et al. « Dictionnaire critique des termes de psychiatrie et santé mentale », éd. Groupe Liaison, France, 2005
- [25]. Knake S, Gruener J, Hattemer K, et al. “Intravenous levetiracetam in the treatment of benzodiazepine refractory status epilepticus”; *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2008;
- [26]. Kwan P, Brodie MJ. “Early identification of refractory epilepsy”; *N Engl J Med* 2000;
- [27]. Laschet JJ, Kurcewicz I, Minier F et al. « Dysfunction of GABAA receptor glycolysis-dependent modulation in human partial epilepsy » *PNAS*, 2007
- [28]. Lee HW, Jung DK, Suh CK, Kwon SH, Park SP. “Cognitive effects of low-dose topiramate monotherapy in epilepsy patients: A 1-year follow-up”. *Epilepsy Behav* 2006;
- [29]. Luciano AL, Shorvon SD. “Results of treatment changes in patients with apparently drug-resistant chronic epilepsy”. *Ann Neurol* 2007;
- [30]. Marson AG, Al-Kharusi AM, Alwaidh M, et al. “The SANAD study of effectiveness of carbamazepine, gabapentin, lamotrigine, oxcarbazepine, or topiramate for treatment of partial epilepsy: An unblinded randomised controlled trial”. *Lancet* 2007
- [31]. Marson AG, Al-Kharusi AM, Alwaidh M, et al. “The SANAD study of effectiveness of valproate, lamotrigine, or topiramate for generalised and unclassifiable epilepsy : An unblinded randomised controlled trial”. *Lancet* 2007;
- [32]. Meir Bialer, « Key factors in the discovery and development of new antiepileptic drugs », *Nature Reviews Drug Discovery* volume 9, 1er janvier 2010
- [33]. Michel.F.B., « Pour en finir avec les maladies psychosomatique », éd. PUF, Paris, 1987
- [34]. Novy J, Hubschmid M, Michel P, Rossetti AO. “Impending status epilepticus and anxiety in a pregnant woman treated with levetiracetam”. *Epilepsy Behav* 2008;
- [35]. Novy J, Stupp R, Rossetti AO. “Pregabalin in patients with primary brain tumors and seizures: A preliminary observation”. *Clin Neurol Neurosurg* 2009;
- [36]. OMAR AKTOUF, « Méthodes des sciences sociales et approches qualifiées des organisations. Une introduction à la démarche classique et une critique », P.V.Q., 1992.
- [37]. OMS, Rapport Général du 12 décembre 2014.
- [38]. Outin H, Blanc T, Vinatier I; le groupe d’experts. « Prise en charge en situation d’urgence et en réanimation des états de mal épileptique de l’adulte et de l’enfant (nouveau-né exclu) ». Paris, 2009;
- [39]. Rossetti AO et al. « Le traitement actuel des épilepsies chez l’adulte ». *Rev Med Suisse* 2005;
- [40]. Rowan AJ, Ramsay RE, Collins JF, et al, “New onset geriatric epilepsy: A randomized study of gabapentin, lamotrigine, and carbamazepine”. *Neurology* 2005
- [41]. Sabers A, Tomson T. “Managing antiepileptic drugs during pregnancy and lactation”. *Curr Opin Neurol* 2009
- [42]. Saetre E, Perucca E, Isojärvi J, Gjerstad L, “An international multicenter randomized double-blind controlled trial of lamotrigine and sustained-release carbamazepine in the treatment of newly diagnosed epilepsy in the elderly”. *Epilepsia* 2007;
- [43]. SILLAMY N., « Dictionnaire usuel de la psychologie », éd. Bordas, Paris, 1983
- [44]. SMSSP, « Modules de formation des prestations de soins, Nations de base », Bujumbura, 2017.
- [45]. Tomson T, Palm R, Källén K, et al. “Pharmacokinetics of levetiracetam during pregnancy, delivery, in the neonatal period, and lactation”, *Epilepsia* 2007;
- [46]. Tremblay D., « Soins psychiatrique, Canada, éd. Renouveau pédagogique Inc., 1971
- [47]. Velissaris SL, Wilson SJ, and Newton « The psychological impact of a newly diagnosed seizure: Losing and restoring perceived control ». *Epilepsy & Behav*, 2007;
- [48]. YENDE Raphael G., « La méthode de recherche simplifiée : approche des sciences sociales et humaines », Les éditions du Net, 2016.