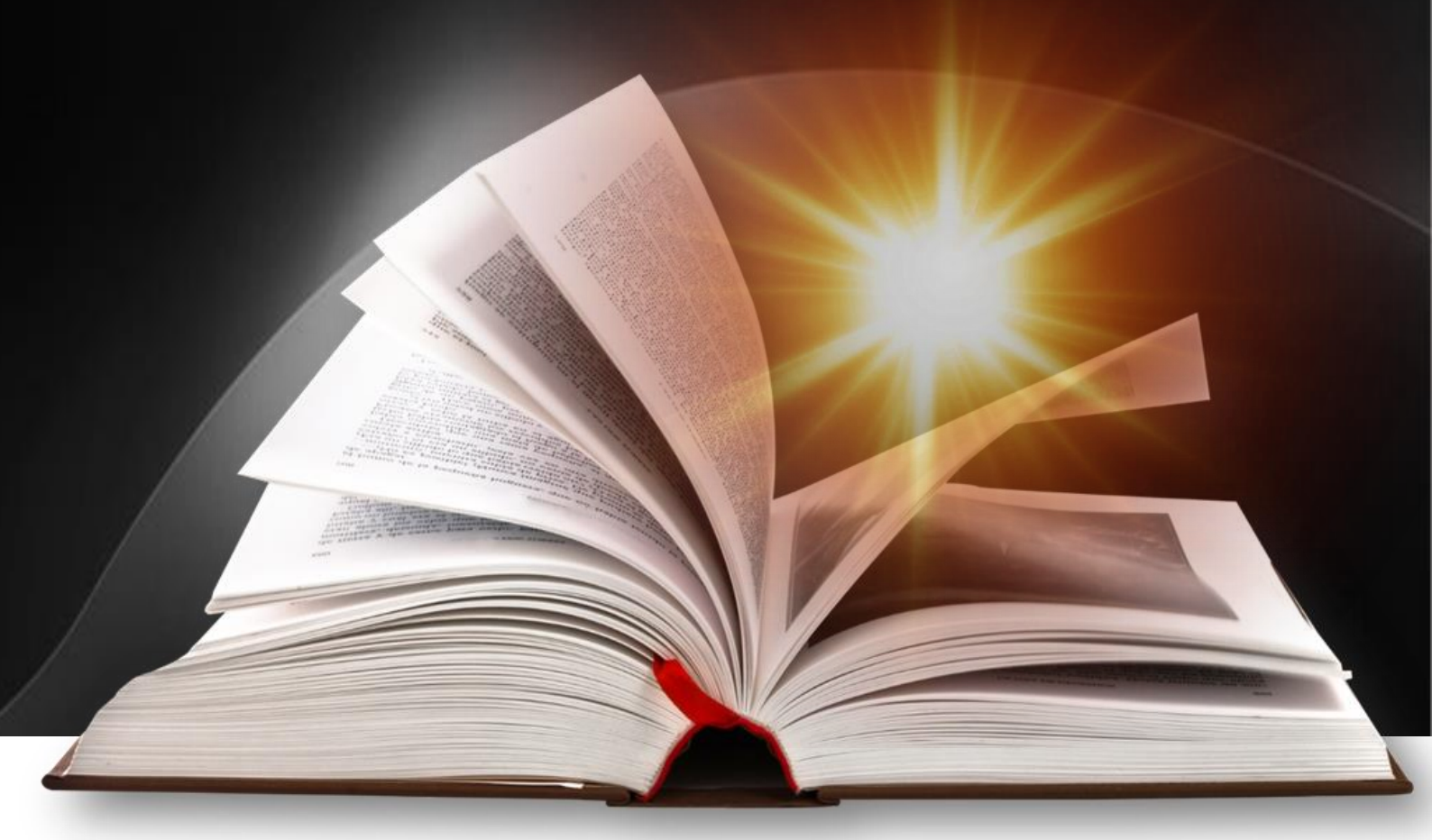
ISSN
: 2790-6248
: 2790-6256

RPJ

Revue Panafricaine de la Jeunesse

- Pan African Youth Journal -



Volume 4, n°1, Janvier- Avril 2025

EDITIONS LUMUMBA
Un nouvel élan de l'édition africaine

Association Panafricaine pour l'Encadrement et la Formation de la Jeunesse

African Scientific Universe

Afrindala Group

© Editions Lumumba

Aspects épidémiologiques de l'Epilepsie dans la province du Sud-Kivu en République Démocratique du Congo

[Epidemiological aspects of epilepsy in South Kivu Province, Democratic Republic of the Congo]

Dr François KULIMUSHI MWAMBUSA
Institut Supérieur des Techniques Médicales de Bukavu

Dr Innocent BABIHEMUNGU NGABOYEKA
Dr Aimé BUZIGIRE BAKENGA
Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kabare /RD Congo
E-mail : francoismwambusa@gmail.com

ISSN

: 2790-6248

: 2790-6256

Revue Panafricaine de la Jeunesse

- Pan African Youth Journal -

DOI : https://doi.org/10.58610/RPJ.2790.6248.6256.31

Editions Lumumba I Afriscience I Association Panafricaine pour l'Encadrement et la Formation de la Jeunesse

EDITIONS LUMUMBA

Un nouvel élan de l'édition africaine

Revue Panafricaine de la Jeunesse (RPJ)

ISSN : 2790-6248

e-ISSN : 2790-6256

© Editions Lumumba - APANAEFJ

Bibliothèque Nationale du Congo I Ordonnance loi n° 89-010 du 11 janvier 1989 – Permis d'implantation n° BNC/DPHK/08/2022

Afrindala Group

La Revue Panafricaine de la Jeunesse (RPJ) est une revue scientifique internationale, interdisciplinaire et interactive. Elle se veut un lieu de diffusion de travaux de recherche originaux et substantiels sur diverses questions liées aux enjeux et défis des sociétés africaines, dans toutes les disciplines scientifiques. La RPJ est enregistrée par le Centre International de l'ISSN (International Standard Serial Number) sous les numéros ISSN : 2790-6256 et e-ISSN : 2790-6248.

Les Éditions Lumumba, sous la houlette du label panafricain Afrindala Group, branche scientifique « Afriscience », sont une maison d'édition établie en RD Congo conformément à l'Ordonnance-Loi n° 89-010 du 11 janvier 1989 et opérant sous le permis d'établissement n° BNC/DPHK/08/2022. Enregistrées auprès de l'Agence Internationale de l'ISBN, par l'intermédiaire de l'Agence Francophone pour la Numérotation Internationale du Livre (AFNIL), les Éditions Lumumba sont répertoriées sous l'identifiant éditeur : 978-2-38489.

Le comité scientifique international, composé d'enseignants et de spécialistes d'Afrique et d'ailleurs, assure une diversité d'expertises et de perspectives. En tant que membre de Crossref, une organisation américaine participant à l'indexation globale du contenu scientifique, les Éditions Lumumba bénéficient d'un préfixe DOI (10.58610) pour attribuer un DOI unique à chaque œuvre éditée. Cela permet aux publications d'être accessibles à des milliers de membres de Crossref et à des centaines d'organisations, y compris des institutions scientifiques et universitaires du monde entier, augmentant considérablement la visibilité et l'impact international des travaux publiés.

Les Éditions Lumumba s'appuient sur un vaste réseau de distributeurs et de partenaires internationaux, incluant des universités, des ONG et de grandes plateformes telles que CAIRN.INFO (la plus grande bibliothèque numérique francophone), DILICOM, Afriscience, etc.

© Editions Lumumba

Revue Panafricaine de la Jeunesse

— RPJ —

– Pan African Youth Journal –

Revue scientifique internationale, interdisciplinaire et interactive

Périodicité : avril, août et décembre

Prix du numéro : 45 USD

Abonnement annuel : 100 USD

Version numérique disponible sur : www.afriscience.org

Suivez-nous sur nos réseaux sociaux :

@editionslumumba | @afriscience

Tél. (+243) 90 43 370 19
Email : contact@editionslumumba.com
Site web : www.editionslumumba.com
Siège : 10, avenue de la Moto croisement boulevard M'siri, ville de Lubumbashi, RD Congo

Editorial

Chères lectrices, chers lecteurs,

C'est avec une ferveur renouvelée et un sens aigu de notre responsabilité intellectuelle que nous vous convions à franchir les portes de cet espace unique, dédié à la célébration de l'intelligence et de la créativité africaines dans toute leur splendeur. La **Revue Panafricaine de la Jeunesse (RPJ)** se positionne ici comme un carrefour où se croisent réflexion académique et innovation pragmatique, dans une quête inlassable de réponses aux défis multiformes de notre époque.

Dans un monde en constante mutation, cette revue se veut une boussole, orientant les esprits curieux vers des territoires inexplorés de la pensée critique. Chaque article, chaque réflexion, chaque témoignage publié dans ces pages transcende les barrières géographiques et culturelles, tissant une toile intellectuelle où l'Afrique dialogue avec le reste du monde. Loin des visions simplistes et uniformisantes, cette revue offre une lecture plurielle et nuancée, où la diversité des perspectives est érigée en moteur de compréhension et de transformation.

Ce numéro particulier s'inscrit dans une dynamique audacieuse : celle de faire rayonner non seulement l'ingéniosité scientifique, mais également la richesse des expériences humaines qui en sont le socle. À travers des contributions d'une rigueur exemplaire, nos auteurs dévoilent des idées qui jaillissent des contextes de résilience et d'espoir, et qui trouvent leur force dans l'intersection de disciplines, de cultures et de visions. Ces pages témoignent d'une Afrique en mouvement, une Afrique créative et porteuse de solutions pour un avenir plus inclusif et durable.

Loin d'être un simple réceptacle de savoirs, cette revue est un espace vivant, animé par une communauté d'auteurs, de chercheurs et de penseurs qui s'engagent à poser des jalons pour le développement scientifique et social. Ensemble, ils bâtissent des ponts entre l'universel et le particulier, entre le local et le global, démontrant que l'innovation africaine est non seulement pertinente, mais essentielle à l'évolution des sociétés contemporaines.

Notre comité éditorial, appuyé par une équipe scientifique d'excellence, veille à garantir une qualité irréprochable à chaque publication. Ce travail collaboratif, empreint de rigueur et d'éthique, reflète notre ambition de faire de la RPJ un vecteur de transformation sociale et une tribune où les voix africaines s'expriment avec force et conviction. Chaque numéro est une invitation à repenser les paradigmes dominants, à déconstruire les stéréotypes, et à envisager de nouvelles façons de concevoir le rôle de l'Afrique dans le monde.

Alors que vous parcourez ces pages, nous espérons que vous serez saisi(e)s par l'ampleur des idées, la profondeur des analyses et la portée des visions qui y sont présentées. Plus qu'une lecture, cette revue est une expérience, une immersion dans un univers où la science et la pensée critique façonnent les contours d'un avenir prometteur.

Plongez dans cette aventure intellectuelle, où l'Afrique se réinvente et inspire le monde. Ensemble, poursuivons le rêve d'un continent qui, par sa richesse intellectuelle et sa créativité, se hisse au rang des acteurs incontournables de la réflexion mondiale.

Bonne lecture et bienvenue dans cet univers d'idées, d'innovations et de découvertes !

L'équipe éditoriale

Equipe de la revue

Comité de rédaction :

- Directeur de Publication : M. le Pr. Basile Mulwani Makelele, RD. Congo
- Rédacteur en chef : M. le Pr. Philippe Kasongo Maloba Tshikala, Belgique
- Rédacteur en chef Adjoint : M. Valery Ngoy Ndala, RD. Congo
- Secrétaire éditorial : William Agbaka, Bénin
- Coordinateur du processus d'adhésion : M. Josué Lwamba, RD Congo
- Gestionnaire administratif : Banon Zinsou Côme, Bénin
- Gestionnaire financière : Clarisse Mwelwa Bilepo, RD Congo
- Coordinateur des partenariats : Fidèle Bukasa Kabwe, RD Congo
- Traducteur en chef : Dr. Fo-Koku D. Woameno, Togo
- Responsable de la publication en ligne : M. Mayou Nkensa, Cameroun

Comité scientifique :

- Dr. Abdoulaye OUEDRAOGO, PhD en Gestion de Projets, Ministère de l'Economie, des Finances et du Plan (MEFP) au Burkina Faso, Burkina Faso
- Dr. Abi-Kaberou Gildas, PhD en Sciences de l'Education, Ecole Normale Supérieure (ENS/Porto-Novo) et à l'Institut de Psychologie de Travail et des Organisations (PTO), Bénin
- Dr. Adaba Koffi Amessou, PhD en Sociologie (Sociologie Politique), Université de Lomé, Togo
- Dr. Adrien Mazanga Nakunyi, PhD en Sciences de l'Education, Université Simon Kimbangu de Lubumbashi, RD Congo
- Dr. Akimou TCHAGNAOU, PhD en Sciences de l'Education et de la Formation, Université André Salifou de Zinder, Niger
- Dr. AMBOMBI EYOLO Azede Espoir, PhD en criminologie, PhD en pédagogie, en psychologie des organisations, Directeur de la chaire MBA, Afrikan campus, Formateur à l'école de police du Congo, Congo Brazza
- Dr. Amoussou Franck, PhD en Linguistique Anglaise Appliquée, Université d'Abomey-Calavi, Bénin
- Dr. Andi Cudai Nur, PhD en Education, Makassar State University, Indonésie
- Dr. Ballo Drisa, PhD en Roman africain, Université des Lettres et des Sciences Humaines de Bamako, Mali
- Dr. Basile Mulwani Makelele, PhD en Psychologie, Université de Lubumbashi, RD Congo
- Dr. Bernard Aristide BITOUGA, PhD en Anthropologie (Anthropologie sociale et culturelle), Université de Douala, Cameroun

- Dr. Bruno Duovany BEKOLO ENGOUDOU, PhD en ethnologie-anthropologie, Université de Douala, Cameroun
- Dr. Carine Nadège BOUMA, PhD en Droit privé, Université de Bamenda, Cameroun
- Dr. Dédé Terence, PhD en Lettres, Université Félix Houphouët-Boigny, Côte d'Ivoire
- Dr. Doba SORO, PhD en Anthropologie Sociologie, Université Polytechnique de Man, Côte d'Ivoire
- Dr. Dre NGONO OSSANGO PANGRACE, PhD en Psychologie, Spécialité : Psychologie du développement humain, Université de Yaoundé, Cameroun
- Dr. ESSOME LELE GIslain Arnaud, PhD en Langue et Linguistique espagnoles, option Sémiotique iconotextuelle, Asociación de Cervantistas ECLLA – Études du Contemporain en Littératures, Langues et Arts, UJM Saint-Étienne UFD LLSL – Littératures, Langues et Sciences du Langage, Univ. Maroua, Cameroun
- Dr. Fidélie NTSHIKALA MBUYA, PhD en Psychologie, Université de Kolwezi, RD Congo
- Dr. Fo-Koku D. Woameno, PhD en Littérature et civilisation américaine, Université de Lomé, Togo
- Dr. Gano Nouhou, PhD en Analyse du discours, Université cheikh Anta Diop de Dakar, Sénégal
- Dr. Gninneyo Sylvestre-Pierre NIYA, PhD en Sciences de l'éducation, Spécialité : Politiques éducatives (Éducation inclusive), Ecole Normale Supérieure/Koudougou, Burkina Faso
- Dr. Ilunga Bumute Christian, PhD en Psychologie, Université de Likasi, RD Congo
- Dr. Jean Pierre Kayembe Kayembe, PhD en Chimie, Rhodes University, South Africa
- Dr. Jeef TSHITAMBA KABALA, PhD en Sciences Politiques et Administratives, Université de Lubumbashi, RD Congo
- Dr. José NGOY WA NGOY TWITE, PhD en Psychologie du travail, spécialité : psychopathologie du travail, Université de Kolwezi, RD Congo
- Dr. Kabiena Kuluila Pierre Valery Dieudonné, PhD en Droit, Université Officielle de Mbuji-Mayi, RD Congo
- Dr. Kabuya-Kabeya Sthilobo Hilaire, PhD en Droit, Université Officielle de Mbuji-Mayi, RD Congo
- Dr. Kaniki Wa Cilombo Joseph-Robert, PhD en Droit, Université Officielle de Mbuji-Mayi, RD Congo
- Dr. KONGUE Toyindou, PhD en Géographie, Option Géographie humaine, rurale et économique, Université de Lomé, Togo
- Dr. KONÉ PATRICE M'BÉTIEN, PhD en Criminologie, Université Félix Houphouet Boigny, Côte- d'Ivoire

- Dr. KOUADIO BAYA BOUAKI, PhD en Sociologie, Université Félix Houphouët-Boigny, Côte d'Ivoire
- Dr. KOUADIO Yao Adoman Francis, PhD en Sociologie politique, West Africa Social Science Laboratory, Côte- d'Ivoire
- Dr. Lago Blé Angelin, PhD en Histoire, Université Jean-Lorougnon Guede, Côte d'Ivoire
- Dr. Lokossou Bonaventure, PhD en audiovisuel et de l'information, de la communication, Université d'Abomey-Calavi, Bénin
- Dr. Matthias Cinyabuguma, PhD en Economie, Banque mondiale, RD Congo
- Dr. MBANGI MBONZALE, PhD en sciences sociales, Université de Lubumbashi, RD Congo
- Dr. MBULA MUSASA M. Serge Caleb, PhD en Sciences (Géologie du Pétrole), Université Pédagogique Nationale (UPN)/Kinshasa, RD Congo
- Dr. Metsena Ndjavoua, PhD en Histoire des Relations Internationales, Université de Maroua (Cameroun)/ Institut Universitaire de Développement International (IUDI), Cameroun
- Dr. Mohamed Atteyoub H. dit Modibo SIDIBÉ, PhD en Sciences Économiques et de gestion, Université des sciences sociales et de gestion de Bamako, Mali
- Dr. Moussa Coulibaly, PhD en Sciences du langage et de la Communication, Université Assane Seck de Ziguinchor du Sénégal, Sénégal
- Dr. Moussa Dourfaye Abdoul-kadze, PhD en santé, Santé publique, épidémiologie, biostatistique, recherche en santé, Hôpital de référence de Maradi, Niger
- Dr. Nebie Boukary, PhD en Sciences du Langage, Université de Fada N'Gourma, Burkina Faso
- Dr. Ngala Ntumba Peter, PhD en Droit, Université Officielle de Mbuji-Mayi, RD Congo
- Dr. NGOIE KAZIMINGI Patrick, PhD en Sciences de l'Education, Université de Lubumbashi, RD Congo
- Dr. Ngoy Ndombe Alain, PhD en Droit, Université de Lubumbashi, RD Congo
- Dr. Nkongolo Mulami Kapweka Alphonse, PhD en Droit, Université Officielle de Mbuji-Mayi, RD Congo
- Dr. Norbert Aimé MELINGUI AYISSI, PhD en Histoire, Université de Douala, Cameroun
- Dr. Ntita Ntita Jean Christ, PhD en Droit, Université Officielle de Mbuji-Mayi, RD Congo
- Dr. Nyebe Atangana Sandrine, PhD en Sciences de l'Education, Membre du Laboratoire BONHEURS, CY Cergy Paris Université, Cameroun
- Dr. Outéndé TOUNDOU, PhD en Physiologie végétale, Agrophysiologie, fertilisation des sols, Université de Lomé, Togo

- Dr. Philippe KASONGO MALOBA TSHIKALA, PhD en Psychologie, Université de Lubumbashi, Belgique
- Dr. Raymond-Bernard AHOUANDJINOU, PhD en socio-anthropologie, andragogue et juriste, Association Internationale des Sociologues de Langue Française et du Centre d'Etudes et de Recherche en Education et Interventions Sociales pour le Développement (CEREID), Bénin
- Dr. Richard Muimbi Kitumba, PhD en Droit, Université de Kabinda, RD Congo
- Dr. SAIDI Hicham, PhD en sciences économiques et gestion, Université Moulay Ismaïl, FSJES – Meknès, Maroc
- Dr. SIDIBÉ OUSMANE, PhD en Linguistique du Discours, Université de San Pedro, Côte d'Ivoire
- Dr. Tamia Jules-Amstrong, PhD en Psychologie, Spécialité : Psychologie du Travail et des Organisations, Université Félix Houphouët-Boigny, Côte d'Ivoire
- Dr. Xie Huifang, PhD en Sciences de l'Education, Université pédagogique d'Etat du Liaoning, Chine
- Prof. Dr. DIEU LOBA ARNAUD, Professeur titulaire CAMES, Université Félix Houphouet Boigny, Côte d'Ivoire.

Revue Panafricaine de la Jeunesse
Revue scientifique internationale
ISSN : 2790-6248 I e-ISSN : 2790-6256
Editions Lumumba
Un nouvel élan de l'édition africaine
Email : contact@editionslumumba.com
Afriscience
African Scientific Universe

Aspects épidémiologiques de l'Epilepsie dans la province du Sud-Kivu en République Démocratique du Congo

[Epidemiological aspects of epilepsy in South Kivu Province, Democratic Republic of the Congo]

Dr François KULIMUSHI MWAMBUSA[1]
Institut Supérieur des Techniques Médicales de Bukavu

Dr Innocent BABIHEMUNGU NGABOYEKA[2]
Dr Aimé BUZIGIRE BAKENGA [2]
Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kabare /RD Congo
E-mail : francoismwambusa@gmail.com

Résumé

Cette étude visait à identifier les facteurs épidémiologiques associés aux patients épileptiques pris en charge au centre neuropsychiatrique SOSAME de Bukavu, dans la province du Sud-Kivu. Il s'agit d'une étude transversale menée en 2016, portant sur un échantillon de 180 patients épileptiques sélectionnés de manière systématique. Les données recueillies ont été saisies et analysées à l'aide du logiciel Epi Info 7.2, en recourant aux tests statistiques du chi carré et de Student, avec un seuil de signification fixé à $p < 0{,}005$. Trois principaux résultats ont été mis en évidence : les caractéristiques sociodémographiques des patients, les aspects cliniques de la maladie, et les perceptions socioculturelles de l'épilepsie. Aucune différence significative n'a été observée entre les sexes. Toutefois, la perception de la maladie révèle que 57,8 % des enquêtés considèrent l'épilepsie comme une maladie « extraordinaire », liée à des causes mystiques, spirituelles ou surnaturelles, tandis que 42,2 % la perçoivent comme une pathologie ordinaire. La prise en charge au SOSAME se fait majoritairement en ambulatoire (89,4 %), contre 10,6 % en hospitalisation. Les médicaments les plus fréquemment prescrits sont l'acide valproïque, la carbamazépine, le phénobarbital, la phénytoïne et le lévétiracétam (Keppra). Enfin, bien que l'épilepsie touche l'ensemble des groupes sociodémographiques et toutes les tranches d'âge, ces différences ne sont pas statistiquement significatives.

Mots-clés : Epilepsie, Epidémiologie, Centre SOSAME

Abstract

This study aimed to identify the epidemiological factors associated with epileptic patients treated at the SOSAME Neuropsychiatric Center in Bukavu, South Kivu Province. It was a cross-sectional study conducted in 2016, involving a systematically selected sample of 180 epileptic patients. Data were entered and analyzed using Epi Info 7.2 software, with chi-square and Student's *t*-tests applied at a significance level of $p < 0.005$. Three main findings emerged: the sociodemographic characteristics of the patients, the clinical features of epilepsy, and the sociocultural perceptions of the disease. No significant differences were observed between

[1] Medical Doctor, Master in Public Health et Chef de Travaux à l'Institut Supérieur des Techniques Médicales (ISTM) et à l'Université Simon Kimbangu de Bukavu (USK) en République démocratique du Congo.
[2] Medical Doctor et Assistant à l'Institut Supérieur des Techniques Médicales (ISTM) de Kabare en République démocratique du Congo.

sexes. However, perceptions of the illness revealed that 57.8% of participants viewed epilepsy as an "extraordinary" disease, associated with conflict, evil spirits, or misfortune, while 42.2% perceived it as an ordinary medical condition. Treatment at SOSAME was primarily outpatient (89.4%), with a smaller proportion hospitalized (10.6%). The most commonly prescribed medications included valproic acid, carbamazepine, phenobarbital, phenytoin, and levetiracetam (Keppra). Although epilepsy affects all sociodemographic groups and age ranges, these differences were not statistically significant.

Keywords: Epilepsy, Epidemiology, SOSAME Center.

0. Introduction

L'épilepsie est une maladie neurologique chronique dont peut souffrir toute personne, à tout âge, en tout lieu, et ce, indépendamment de sa classe sociale (Fabrice Quet, 2010 ; OMS, 2016 ; Ngoungou et al., 2006). Du point de vue historique, le terme « épilepsie » dérive du grec *epilambanein*, signifiant « saisir » ou « *attaquer par surprise* », illustrant la nature brutale et imprévisible des manifestations cliniques de cette affection. Sur le plan physiopathologique, l'épilepsie se définit comme une maladie neurologique chronique, résultant d'une décharge électrique excessive, brutale, hyper synchrone et transitoire d'un groupe de neurones du cortex cérébral, entraînant une perturbation fonctionnelle temporaire de l'activité cérébrale (Loiseau P. et coll., 1990 ; Gilliam F.G. et coll., 2004). Cette activité paroxystique, localisée ou généralisée, traduit une souffrance neuronale qui peut être de diverses étiologies et s'exprime par des crises répétées, spontanées et imprévisibles, indépendamment des manifestations cliniques ou paracliniques qui les accompagnent. Cliniquement, l'épilepsie se manifeste par un ensemble de symptômes transitoires : moteurs, sensoriels, psychiques ou comportementaux, révélant un dysfonctionnement neuronal focal ou global (Kanner A.M. et coll., 2002 ; Thomas S.V. et coll., 2001). Ainsi, l'épilepsie n'est pas seulement un ensemble de crises isolées, mais bien un syndrome traduisant une vulnérabilité durable du cerveau à générer de telles décharges, ce qui confère à la maladie un enjeu médical, neurologique et social majeur.

Cette problématique constitue l'un des axes du Programme National de Santé Mentale (PNSM), bien qu'elle ne bénéficie pas encore d'un véritable soutien opérationnel (OMS, 2016). Or, plus le diagnostic et le traitement de l'épilepsie sont posés précocement, meilleur est le pronostic. Selon Fabrice Quet (2010), l'épilepsie est, après les céphalées, la pathologie neurologique la plus fréquente dans le monde. L'Organisation Mondiale de la Santé estime à environ 50 millions le nombre de personnes épileptiques à travers le monde, dont près de 80 % vivent sous des latitudes tropicales (OMS, 2016). Cette prévalence fait de l'épilepsie l'une des affections neurologiques les plus courantes. Globalement, le risque de faire une crise épileptique au cours de la vie est estimé entre 2 % et 5 %, en incluant toutes les formes de crises, y compris les convulsions. Si l'on considère l'épilepsie comme une maladie chronique caractérisée par la répétition des crises, sa prévalence est de l'ordre de 0,5 % à 1 % dans la population générale (Thomas P. et al., 2003 ; Cabier J. et al., 2000). Environ 80 % des personnes atteintes vivent dans des régions à revenu faible ou intermédiaire (Ngoungou et al., 2006 ; Simion Alina T. et al., 2005). Selon Dumas M. et al. (2013),

l'épilepsie est diagnostiquée chaque année chez environ 2,4 millions de personnes à travers le monde. Dans les pays à revenu élevé, le taux annuel de nouveaux cas est estimé entre 30 et 50 pour 100 000 habitants (Conseil National pour l'Épilepsie, 2015, p. 13). Dans les pays à faible revenu, ce taux peut être jusqu'à deux fois plus élevé (Thomas P. et al., 1994 ; Ben Khada Siham et al., 2007, p. 89).

Dans les pays occidentaux, la prévalence semble stable, oscillant entre 0,5 % et 0,8 % de la population générale (Bear M. et al., 2012, p. 612 ; Diagana M. et al., 2006 ; Almu S. et al., 2006). Des études menées en Chine et en Inde en 1998 ont respectivement montré que le coût du traitement antiépileptique représentait jusqu'à 88,2 % du produit national brut par habitant, et que les coûts liés à l'épilepsie (frais médicaux, déplacements, absentéisme) dépassaient 1,7 million de dollars par an (Njamnshi, Dongmo et al., 2005 ; Wenzhi W. et al., 2011). En Afrique, la prévalence de la maladie est 2 à 5 fois plus élevée que dans les pays développés (Diagana M., 2006), avec des variations selon les régions. Elle atteint 2,95 % en Éthiopie (Almu S. et al., 2006) et jusqu'à 6,05 % au Cameroun (Njamnshi, Dongmo et al., 2005). Dans d'autres pays d'Afrique subsaharienne, les taux de prévalence sont les suivants : Côte d'Ivoire : 74,0 ‰ (OMS, 2017) ; Nigeria : 37,0 ‰ ; Libéria : 28,0 ‰ ; Bénin : 24,5 ‰ ; Sénégal : 21,0 ‰ ; Togo : 18,6 ‰ (Wenzhi W. et al., 2011) ; Kenya : 18,2 ‰ ; Mali : 15,6 ‰ ; Ouganda : 13,0 ‰ ; Zambie : 12,5 ‰ pour 1000 ; Burkina Faso : 10,6 ‰ pour 1000 ; Tanzanie : 10,2 ‰. Ces taux peuvent également varier à l'intérieur d'un même pays, en fonction des régions (Krishnan A. et al., 2004). Il ressort de ce qui précède que l'épilepsie est une pathologie qui touche toutes les populations du monde (Dumas M. et al., 2013). L'OMS et plusieurs études indiquent que près de 75 % des personnes atteintes dans les pays à revenu faible ou intermédiaire n'ont pas accès au traitement nécessaire, alors que la maladie peut être efficacement traitée dans environ 70 % des cas (OMS, 2016 ; OMS, 2017). Sous les latitudes tropicales, l'épilepsie représente un enjeu majeur de santé publique en raison de ses répercussions médicales, sociales, culturelles et économiques, tant pour les personnes atteintes que pour la société dans son ensemble.

L'épilepsie chez l'enfant entraîne une dépendance accrue à autrui, des difficultés d'intégration sociale, ainsi que des problèmes scolaires susceptibles d'avoir des répercussions socioprofessionnelles à long terme. Les crises épileptiques sont souvent à l'origine de troubles cognitifs, sensoriels, moteurs et psychiques (Krishnan A. et coll., 2004). Dès lors, la mise en place de mesures précoces de prévention ciblée revêt une importance capitale, tant sur le plan humain qu'économique. Ces répercussions s'étendent aussi à la sphère professionnelle et récréative, modifiant la manière dont la société perçoit les individus atteints. Comme le souligne Jacoby, l'épilepsie ne constitue pas uniquement un diagnostic médical, mais également une étiquette sociale (Balogou A.A. et coll., 2007). La stigmatisation sociale qui en découle est significative et se manifeste dans divers milieux, scolaire, professionnel, etc. pouvant mener à l'exclusion des personnes concernées. La dépression est retrouvée chez 3 à 60 % des patients épileptiques, contre une prévalence de 2 à 4 % dans la population générale (Alain M. et coll., 2007). Selon Kanner, ce risque est particulièrement élevé chez les patients

résistants aux traitements (OMS, 2001). Une étude cas-témoins réalisée au Danemark a montré que le risque de suicide chez les personnes épileptiques était trois fois supérieur à celui observé dans la population générale (Hassan Hosseini et coll., 2005). Les personnes atteintes d'épilepsie sont également exposées à un risque accru de développer des troubles psychiatriques et de subir des accidents traumatiques (Loiseau P. et coll., 1990). Par ailleurs, l'épilepsie est responsable d'une surmortalité importante, avec environ 33 000 décès liés à cette maladie enregistrés chaque année en Europe (Jacoby A. et coll., 1992). Dans les pays en développement, les données sur la mortalité restent limitées en raison du manque d'autopsies. Toutefois, les certificats de décès suggèrent un taux de mortalité associé à l'épilepsie compris entre 2 et 6,2 pour 1 000 personnes. Plus de 50 % de ces décès sont directement liés à l'épilepsie, soit à travers un état de mal épileptique, soit de façon indirecte (chutes, brûlures, noyades) survenues lors des crises (Fabrice Quet, 2010).

En République Démocratique du Congo (RDC), notamment dans la province du Sud-Kivu, la majorité des familles continue de recourir aux tradi-praticiens ou à certaines confessions religieuses plutôt qu'aux structures hospitalières pour traiter l'épilepsie (Balogou A.A. et coll., 2007). Cette situation préoccupe les professionnels de santé, d'autant plus que la maladie y est souvent perçue comme une malédiction, un fléau invisible aux yeux de la communauté. Le nombre de personnes touchées reste élevé en RDC. À titre d'exemple, un centre de Matadi a rapporté avoir accueilli 6 000 nouveaux cas entre 2008 et 2015. Au Sud-Kivu, les recherches scientifiques sur l'épilepsie demeurent rares, bien que cette pathologie y soit l'une des affections mentales les plus fréquentes. En 2015, la Coordination provinciale de la santé mentale a enregistré 1 500 cas d'épilepsie sur un total de 6 138 pathologies mentales, soit une proportion de 24,81 %. Cette même année, le centre SOSAME de Bukavu a recensé 251 cas d'épilepsie, représentant 20,9 % des 1 197 patients suivis pour des troubles mentaux. L'hypothèse retenue pour notre étude est que l'épilepsie affecte de manière comparable toutes les catégories sociodémographiques, sans distinction significative entre les sexes.

Soulignons que les étiologies de l'épilepsie, selon Harison (2006), se répartissent en deux grandes catégories. D'une part, les facteurs endogènes, notamment génétiques, sont impliqués dans certaines formes familiales d'épilepsie, suggérant une prédisposition génétique partielle, souvent exacerbée par des facteurs environnementaux. D'autre part, les facteurs exogènes englobent les causes prénatales (infections in utero, anoxie fœtale), périnatales (complications à l'accouchement), et postnatales (infections cérébrales telles que la malaria, l'herpès, ou la cysticercose, fréquente en RDC), ainsi que les traumatismes crâniens, les intoxications, les tumeurs ou encore les troubles métaboliques. Épidémiologiquement, l'épilepsie touche environ 1 % de la population mondiale, et jusqu'à 3 % des personnes y seront confrontées au cours de leur vie (Njamnshi et coll., 2005). Elle survient majoritairement chez des sujets jeunes, sans distinction de sexe, d'origine ou de condition sociale. Le diagnostic repose sur l'anamnèse, l'examen clinique et les explorations paracliniques (EEG, bilans sanguins). La prise en charge est

principalement médicamenteuse : environ 80 % des cas peuvent être contrôlés par des antiépileptiques tels que le phénobarbital, la carbamazépine, l'acide valproïque, la phénytoïne ou le keppra, choisis selon le type de crise, leur accessibilité et les effets secondaires (Thomas et coll., 2001 ; Gentilini, 1977).

En effet, il existe plusieurs types de crises épileptiques, que l'on peut regrouper en trois grandes catégories :

- Les crises généralisées, qui résultent de décharges affectant l'ensemble du cortex cérébral (par exemple, les crises tonico-cloniques et les absences) ;
- Les crises partielles, localisées dans une zone spécifique du cerveau ;
- L'aura, souvent considérée comme une manifestation subjective précédant certaines crises.

En termes de classification des crises épileptique, la Commission de Classification et de Terminologie de la Ligue Internationale Contre l'Épilepsie (LICE), 1981 (Fabrice Quet, 2010). Présente ce qui suit :

CRISES GENERALISEES
Absences
Absences typiques
Absences atypiques
Crises myocloniques
Crises cloniques
Crises toniques
Crises tonico-cloniques
Crises atoniques
CRISES PARTIELLES (Focales)
Crises partielles simples
avec signes moteurs
avec signes somato sensitifs ou sensoriels
avec signes végétatifs
avec signes psychiques
début partiel simple suivi de trouble de la conscience et/ou d'automatismes
Crises partielles complexes
avec trouble de la conscience initial, accompagné ou non d'automatismes
début partiel simple suivi de trouble de la conscience et/ou d'automatismes
avec trouble de la conscience initial, accompagné ou non d'automatismes
Crises partielles secondairement généralisées
crises partielles simples secondairement généralisées
crises partielles complexes secondairement généralisées
crises partielles simples évoluant vers une crise partielle
complexe puis vers une généralisation secondaire
CRISES NON CLASSEES

De ce qui précède, les objectifs poursuivis dans le cadre de notre étude sont les suivants :

- Déterminer les catégories et couches sociodémographiques touchées par l'épilepsie dans la province du Sud-Kivu ;
- Identifier les types de molécules (médicaments) utilisés dans la prise en charge des patients épileptiques au centre SOSAME de Bukavu.

1. Méthodologie

1.1. Site d'étude

Cette étude a été conduite au sein du Centre SOSAME, une structure spécialisée en santé mentale, opérationnelle depuis le 2 août 1994. Ce centre est localisé dans la ville de Bukavu, province du Sud-Kivu (à l'est de la République Démocratique du Congo), précisément dans la commune de Kadutu, quartier Nkafu, cellule Karhale, le long de la route nationale n°2.

Administré par l'Archidiocèse de Bukavu à travers la Congrégation des Frères de la Charité, le Centre SOSAME constitue, à ce jour, l'unique établissement de soins en santé mentale dans une province subdivisée en 34 zones de santé et comptant une population estimée à 6 587 539 habitants en 2015 (Centre SOSAME, 2014).

Doté d'un plateau technique modeste, le centre assure la prise en charge de la quasi-totalité des patients épileptiques de la province. Il bénéficie de ressources humaines qualifiées, notamment des médecins et infirmiers formés spécifiquement en psychiatrie, ainsi que d'un électroencéphalogramme (EEG) utilisé pour le diagnostic et le suivi des cas d'épilepsie. Par ailleurs, le centre garantit un approvisionnement relativement constant en médicaments antiépileptiques essentiels, parmi lesquels figurent le phénobarbital, l'acide valproïque, la carbamazépine, la phénytoïne et le lévétiracétam (Keppra).

En ce qui concerne la fréquentation annuelle pour les cas d'épilepsie, le centre a enregistré 202 cas en 2014, 251 cas en 2015, et 190 cas en 2016.

1.2. Type d'étude, périodicité et techniques de collecte

Il s'agit d'une étude transversale à visée descriptive, menée sur la période allant du 1er janvier au 31 décembre 2016. Elle repose sur une double approche : l'analyse documentaire et la collecte d'informations par entretiens, réalisés auprès de patients épileptiques et/ou de leurs accompagnateurs présents au moment de l'enquête. La phase de terrain s'est déroulée sur une durée d'environ deux mois.

1.3. Population et échantillon

Notre étude a porté sur l'ensemble des patients épileptiques ayant consulté le centre SOSAME de Bukavu au cours de l'année 2016. Étant donné l'importance de la population concernée, il nous a paru pertinent d'appliquer un échantillonnage systématique. Celui-ci a été effectué sur les 190 patients diagnostiqués et suivis pour

épilepsie durant cette période au sein du centre. Ces patients ont constitué les unités statistiques de l'étude (Centre SOSAME, 2016 ; Coordination Provinciale de la Santé Mentale, 2015). La sélection a été opérée sur la base de critères bien définis.

- **Critères d'inclusion**

Ont été inclus dans l'étude :

- Les patients ayant consulté le centre SOSAME en 2016 avec un diagnostic clinique ou paraclinique d'épilepsie ;
- Ceux ayant bénéficié d'un suivi thérapeutique pour épilepsie dans ce centre ;
- Les cas dont les dossiers médicaux étaient complets.

- **Critères d'exclusion**

Ont été exclus de l'étude :

- Les patients atteints d'autres troubles mentaux que l'épilepsie, vus en 2016 ;
- Les patients dont la consultation s'est faite en dehors de la période considérée ;
- Les cas présentant des dossiers médicaux incomplets.

Ainsi, sur les 190 cas recensés, 10 ont été exclus en raison de l'incomplétude des dossiers médicaux (Coordination Provinciale de la Santé Mentale, 2015).

1.4. Variables de l'étude

Le formulaire de collecte des données comprenait plusieurs paramètres répartis comme suit :

- **Variable dépendante** : Présence de l'épilepsie (épilepsie diagnostiquée au centre SOSAME).
- **Variables indépendantes** : Sexe, âge, profession, adresse ou commune de résidence, type d'épilepsie, type et mode de traitement antiépileptique, niveau d'instruction.

1.5. Plan de collecte des données

Pendant deux mois, les données ont été collectées par deux infirmières A2 formées par l'ITMA/ISTM Bukavu, un infirmier du centre SOSAME, un médecin du centre, et l'investigateur principal. Un briefing de deux heures a été organisé, suivi d'un pré-test de 30 minutes des outils. Chaque enquêteur remplissait les formulaires selon son affectation (consultation externe ou hospitalisation). La phase terrain a duré 60 jours ouvrables, avec un contrôle qualité quotidien assuré par le superviseur avant transmission au chercheur principal.

1.6. Autorisations et considérations éthiques

Avant le début de l'enquête, les autorisations suivantes ont été obtenues :

- L'aval de la Commission d'éthique de l'École Régionale de Santé Publique de l'Université Catholique de Bukavu (UCB).

- L'autorisation de la Direction du centre SOSAME et du personnel médical pour accéder aux patients et aux documents pertinents.

1.7. Traitement et analyse des données

Les données ont été saisies avec Epi Info version 7.2, nettoyées et encodées via MS Excel 2013, puis analysées avec Epi Info 7.2 et SPSS version 19. Une analyse descriptive et inférentielle a été menée. L'association entre variables a été estimée avec un intervalle de confiance à 95 % à l'aide du coefficient bêta. Deux tests ont été appliqués :

- Le test du Chi carré pour comparer les variables qualitatives.
- Le test t de Student pour la comparaison des moyennes, avec un seuil de signification fixé à $p < 0,005$.

1.8. Limites de l'étude

L'étude ne permet pas d'évaluer les coûts directs liés à la prise en charge des patients épileptiques au centre SOSAME. Elle est également sujette à deux biais potentiels : le biais de Berkson et le biais d'information.

2. Résultats

Les principaux résultats de cette étude sont présentés dans des tableaux, facilitant ainsi la mise en évidence des détails. De plus, une description narrative des tableaux est annexée. Nous présenterons d'abord les facteurs sociodémographiques des participants, puis les paramètres cliniques de l'épilepsie et les traitements utilisés.

Tableau 1. Caractéristiques sociodémographiques des malades au centre Sosame selon le sexe.

Caractéristiques	N=180 (%)	Sexe		p
		Masculin : n (%)	Féminin : n (%)	
Age (moyenne et déviation standard)	25,9±15,3	24,9 ±14,8	27,8 ± 16,0	0,226*
≤ 25 ans	101 (56,1)	71 (60,7)	30 (47,6)	0,092**
25 ans et plus	79 (43,9)	46 (39,3)	33 (52,4)	
Résidence de malade				
Ville de Bukavu	119 (66,5)	83 (70,9)	36 (57,1)	0,062**
Hors ville de Bukavu	60 (33,5)	34 (29,1)	27 (42,9)	
Profession				
Ne travaille pas	123 (68,3)	79 (67,5)	44 (69,8)	0,749**
Travaille	57 (31,7)	38 (32,5)	19 (30,2)	
Niveau d'étude				
Non instruit	116 (64,4)	71 (60,7)	45 (71,4)	0,15**
Instruit	64 (35,6)	46 (39,3)	18 (28,6)	

**** : Test de Chi-carré. * : Test de Student**

Généralement, les jeunes sont les plus touchés par l'épilepsie (56,1 %), mais les femmes âgées de plus de 25 ans étaient davantage affectées que les hommes (âge moyen : 24,9 ± 14,8 ans contre 27,8 ± 16,0 ans), sans différence statistiquement significative (p > 0,05). La majorité des patients provenaient de trois communes de la ville de Bukavu, avec une prévalence légèrement plus élevée chez les hommes (70,9 %) que chez les femmes (57,1 %). Les personnes sans emploi ou exerçant une activité agricole étaient plus nombreuses (68,3 %) que celles travaillant dans la fonction publique, le commerce ou le secteur privé (31,7 %). Les patients n'ayant pas fréquenté l'école ou ayant au plus un niveau primaire représentaient la majorité (64,4 %). Le revenu moyen des patients était de 73,6 ± 38,3 $. Le tableau 1 résume les caractéristiques sociodémographiques.

Tableau 2. Paramètres cliniques des malades au Sosame selon le sexe.

Paramètres	N=180	Sexe		p
		Masculin : n (%)	Féminin : n (%)	
Perception de l'épilepsie				
Maladie ordinaire	76 (42,2)	52 (44,4)	24 (38,1)	0,41**
Maladie extraordinaire	104 (57,8)	65 (55,6)	39 (61,9)	
Lieu de 1er recours en cas de crises				
Formations sanitaires	81 (45,0)	58 (49,6)	23 (36,5)	0,092**
Ailleurs (chambre de prière,…)	99 (55,0)	59 (50,4)	40 (63,5)	
Formes cliniques des épilepsies				
Partielles	43 (23,9)	28 (23,9)	15 (23,8)	0,985**
Généralisées	137 (76,1)	89 (76,1)	48 (76,2)	

**** : Test de Chi-carré.**

Il n'existe pas de différence significative entre les hommes et les femmes concernant les paramètres cliniques des patients. Cependant, plus de la moitié d'entre eux perçoivent l'épilepsie comme une maladie extraordinaire (d'origine conflictuelle, attribuée à un mauvais esprit ou à un mauvais sort, etc.), tandis que 42,2 % la considèrent comme une maladie ordinaire, comparable à d'autres pathologies. En cas de crise, le premier recours était souvent les chambres de prière, les tradipraticiens ou les féticheurs (55,0 %), alors que seulement 45,0 % se tournaient vers une structure de santé, que ce soit un centre de santé, un hôpital ou directement le centre Sosame. La forme clinique de l'épilepsie la plus fréquente observée au centre Sosame était la forme généralisée (76,1 %), comme indiqué dans les résultats du tableau 2.

Tableau 3. Paramètres de prise en charge des malades épileptiques au Sosame selon le sexe.

Paramètres	N=180	Sexe		p
		Masculin : n (%)	Féminin : n (%)	
Mode de traitement				
Ambulatoire	161 (89,4)	105 (89,7)	56 (88,9)	0,858**
Hospitalisation	19 (10,6)	12 (10,3)	7 (11,1)	
Antiépileptiques reçus				
Carbamazépine	29 (16,1)	19 (16,2)	10 (15,9)	0,191**
Acide valproique	111 (61,7)	75 (64,1)	36 (57,1)	
Keppra	7 (3,9)	2 (1,7)	5 (7,9)	
Phénobarbital	20 (11,1)	11 (9,4)	9 (14,3)	
Phénytoine	13 (7,2)	10 (8,5)	3 (4,8)	
Survenue de complications				
Oui	115 (63,9)	73 (62,4)	42 (66,7)	0,569**
Non	65 (36,1)	44 (37,6)	21 (33,3)	
Types de complications				
Brûlure	7 (6,1)	3 (2,6)	4 (6,3)	0,050**
Dépression	24 (20,9)	14 (12,0)	10 (15,9)	
Troubles mentaux	44 (38,3)	24 (20,5)	20 (31,7)	
Traumatisme	40 (34,8)	32 (27,3)	8 (12,7)	

**** : Test de Chi-carré.**

Les patients suivis en ambulatoire représentaient la majorité (89,1 %) pour les deux sexes. Les principaux antiépileptiques administrés étaient l'acide valproïque (61,7 %), la carbamazépine (16,1 %) et le phénobarbital (11,1 %). La majorité des patients ont présenté des complications liées à l'épilepsie (63,9 %), principalement des troubles mentaux (38,3 %) et des traumatismes (34,8 %), comme indiqué dans les résultats du tableau 3.

3. Discussion

Le présent travail a conduit à trois principaux résultats : l'identification des paramètres sociodémographiques des personnes épileptiques, les aspects cliniques de la maladie et la perception de l'épilepsie. Aucune différence statistiquement significative n'a été observée entre les variables étudiées.

Cependant, comme mentionné dans la section « Limites de l'étude » de la partie « Méthodologie », notre recherche présente certaines faiblesses. Premièrement, l'étude portait sur les coûts directs de la prise en charge des personnes épileptiques à Bukavu. Un biais de Berkson est probable, étant donné que tous les individus épileptiques de Bukavu ou de la province du Sud-Kivu ne sont pas suivis au Centre Sosame, où l'étude a été réalisée. Deuxièmement, un biais d'information pourrait exister, car toutes les

données nécessaires n'étaient pas disponibles dans les dossiers des patients. Ces limites, toutefois, n'invalident pas les résultats obtenus.

3.1. Caractéristiques sociodémographiques des patients du Centre Sosame selon le sexe

Globalement, les hommes prédominent dans notre échantillon (65 %). Ce résultat est cohérent avec les observations de Fabrice Quet dans sa thèse doctorale intitulée Outils épidémiologiques pour l'étude de l'épilepsie en zone tropicale : intérêt et application (Université de Limoges, 2010), où les hommes représentaient 56,7 % des cas contre 43,5 % pour les femmes. En revanche, une étude menée par André Azumitla au Mexique a rapporté une prédominance féminine (56,7 % de femmes contre 43,3 % d'hommes) (Quet, 2010 ; OMS, 2017). La prédominance masculine à Bukavu pourrait s'expliquer par une stigmatisation et une discrimination plus marquées à l'égard des femmes, qui craignent que leur maladie soit connue en consultant le Centre Sosame. Cette crainte peut limiter leur accès à certains avantages sociaux, tels que le mariage ou l'emploi. Comme le souligne l'Organisation mondiale de la santé (OMS), « les personnes atteintes d'épilepsie peuvent être victimes de préjugés. La stigmatisation associée à cette maladie peut dissuader les patients de chercher un traitement, par peur d'être identifiés comme épileptiques » (OMS, 2016).

La majorité des patients épileptiques sont des jeunes âgés de 25 ans ou moins (56,1 %), avec un âge moyen de 24,1 ± 12,7 ans (Quet, 2010). Selon Ngougou et al. (2006), l'épilepsie débute généralement avant l'âge de 20 ans dans plus de 60 % des cas. Nos résultats corroborent ceux de la littérature. Cette prédominance chez les jeunes pourrait être liée à des facteurs prénataux et périnataux, ainsi qu'à une espérance de vie relativement basse en République démocratique du Congo (RDC), estimée entre 48 et 52 ans (EDS, RDC, 2014). Contrairement aux pays industrialisés, où une distribution bimodale de l'incidence est observée, cette tendance n'est pas constatée en Afrique subsaharienne (Ngougou et al., 2006). La différence observée dans notre étude n'est pas statistiquement significative ($p = 0,226$).

En termes de provenance, les patients proviennent des trois communes de Bukavu ainsi que de zones rurales environnantes, sans différence significative ($p = 0,062$). Le Centre Sosame, unique centre spécialisé dans la prise en charge de l'épilepsie à Bukavu et au Sud-Kivu, est équipé d'un électroencéphalogramme (EEG), ce qui explique pourquoi des patients de territoires périphériques y affluent pour une meilleure prise en charge.

Le niveau d'instruction des patients est généralement faible, sans différence significative entre les sexes. En RDC, le taux de scolarisation reste bas : 15,4 % des femmes et 4,1 % des hommes n'ont aucun niveau d'éducation ; 36,9 % des femmes et 21,8 % des hommes ont un niveau primaire ; 44,0 % des femmes et 65,3 % des hommes ont un niveau secondaire ; et 3,7 % des femmes contre 8,8 % des hommes ont un niveau supérieur (DSRP, RDC, 2013). L'épilepsie contribue de manière significative à la non-scolarisation (Ngougou et al., 2006 ; OMS, 2016). Dans l'étude

de Quet (2010), 42 % des patients avaient un niveau primaire et 58 % aucun niveau d'éducation.

En ce qui concerne l'emploi, 68,3 % des patients épileptiques sont sans emploi. Outre le chômage élevé en RDC (DSRP, RDC, 2013), l'épilepsie entraîne une double invalidité, en raison de sa morbidité et de la stigmatisation qui en découle (OMS, 2017). Cela contribue à l'augmentation du taux de chômage parmi les personnes épileptiques. Aucune différence significative n'a été observée entre les sexes ($p = 0,749$).

3.2. Paramètres cliniques des malades au Sosame

Les patients ayant consulté le Centre Sosame à Bukavu perçoivent l'épilepsie comme une maladie extraordinaire, c'est-à-dire d'origine mystique, liée au mauvais sort, aux esprits maléfiques, aux conflits familiaux, à des facteurs climatiques, à la pauvreté, à l'hérédité ou encore à une maladie dite « d'oiseau » (« maladi ya ndege » en kiswahili) (Mwambusa, 2016). Aucune différence significative n'a été observée entre les sexes concernant cette perception. Historiquement, même à l'époque grecque, l'épilepsie était considérée comme une maladie surnaturelle, attribuée à un sortilège (Ngougou et al., 2006). Ces croyances indiquent qu'une sensibilisation reste nécessaire à Bukavu et dans ses environs pour promouvoir une compréhension scientifique de l'épilepsie, une maladie neurologique caractérisée par une décharge électrique anormale des neurones, générant un potentiel d'action qui peut se propager à l'ensemble ou à une partie du système nerveux, entraînant des crises généralisées ou partielles (Harrison, 2006).

Cette conception empirique de l'épilepsie conduit de nombreux patients à consulter des structures non médicales ou peu rationnelles lors de leurs crises. À cet égard, les chambres de prière et les tradi-praticiens locaux sont fréquemment sollicités par les patients dans l'espoir d'une guérison. Le recours aux formations sanitaires (centres de santé, hôpitaux, Centre Sosame, etc.) pour la prise en charge des premières crises reste faible : 49 % pour les hommes et 36,5 % pour les femmes. Les femmes consultent davantage les structures informelles, ce qui pourrait s'expliquer par leur niveau d'instruction généralement plus faible comparé à celui des hommes, les amenant à considérer l'épilepsie comme une maladie extraordinaire et à ne pas juger nécessaire de consulter des structures médicales. La stigmatisation associée à l'épilepsie pourrait également jouer un rôle (voir tableau 3).

Concernant les formes cliniques de l'épilepsie, les crises généralisées sont les plus fréquentes (76 % pour les deux sexes, $p > 0,05$). Selon Ngougou et al. (2006), dans une étude menée en Afrique subsaharienne, la crise généralisée tonico-clonique est bien connue des populations africaines, contrairement aux autres types de crises, souvent non reconnus ou confondus, à l'exception des convulsions fébriles. La forme généralisée incite davantage les patients à consulter un médecin, car elle est associée à des complications majeures, telles que des troubles du comportement (Harrison, 2006).

3.3. Paramètres de prise en charge des malades épileptiques au Sosame

La prise en charge de l'épilepsie se fait de deux manières : en hospitalisation, qui représente environ 10 % des cas, ou en ambulatoire, le mode le plus fréquent avec près de 90 %. Toutes choses étant égales par ailleurs, le traitement de l'épilepsie ne constitue généralement pas une urgence médicale, car il s'agit d'un traitement de longue durée, pouvant s'étendre sur plus de deux ans. Il est donc difficile d'hospitaliser un patient sur une si longue période, d'autant plus que les crises sont imprévisibles et incertaines. La gravité de l'épilepsie réside précisément dans cette imprévisibilité, les crises pouvant survenir à tout moment, même dans les circonstances les moins attendues (Ngougou et al., 2006 ; OMS, 2016). Selon certains auteurs, un traitement antiépileptique bien conduit permet d'obtenir une rémission dans plus de 70 % des cas (Ngougou et al., 2006). Par conséquent, le traitement peut être interrompu après deux ans sans crise, sous réserve d'un consentement éclairé du patient (Médecins Sans Vacances, 2011 ; Mwambusa, 2016).

En termes de médicaments antiépileptiques, cinq molécules sont disponibles et utilisées au Centre Sosame à Bukavu. L'acide valproïque est la plus prescrite, représentant 61,66 % des prescriptions. La bi- ou trithérapie est généralement utilisée en cas de troubles du comportement, principalement lors d'une hospitalisation. Ces résultats sont cohérents avec ceux de Benjamin Clet Tchaleu, qui, dans une étude épidémiologique sur l'épilepsie en Afrique centrale et à Madagascar, a rapporté que l'acide valproïque était le traitement le plus prescrit (39,4 %) et que la monothérapie était utilisée dans 93 % des cas (Tchaleu, 2011). La prédominance de l'acide valproïque au Centre Sosame s'explique par son efficacité dans le traitement des épilepsies généralisées, son indication chez les enfants et son profil d'effets secondaires relativement faible (Ngougou et al., 2006). Cette molécule est également recommandée en cas de complications telles que les troubles mentaux ou la dépression. Selon le tableau 3, 64 % des patients ont présenté des complications, ce qui justifie en partie la prescription élevée d'acide valproïque. Selon le Flow Chart de la pharmacothérapie de Médecins Sans Vacances (2011), l'acide valproïque est adapté à toutes les formes d'épilepsie (Médecins Sans Vacances, 2011 ; Mwambusa, 2016).

4. Conclusion

Cette étude que nous avons mené au Centre SOSAME de Bukavu en 2016 apporte un éclairage crucial sur les réalités épidémiologiques, cliniques et socioculturelles de l'épilepsie dans un contexte de précarité et de fortes croyances traditionnelles. À travers une analyse rigoureuse de 180 patients, nos résultats confirment que l'épilepsie touche sans distinction toutes les catégories d'âge et de sexe, bien que les hommes soient surreprésentés, probablement en raison d'un accès plus limité aux soins pour les femmes, amplifié par la stigmatisation. Le profil sociodémographique des patients, marqué par un faible niveau d'instruction (64,4 %) et un taux élevé de chômage (68,3 %), révèle une marginalisation exacerbée des personnes épileptiques, piégées dans un cycle de pauvreté et d'exclusion.

Les données cliniques mettent en avant une prédominance des crises généralisées tonico-cloniques (76,1 %), souvent associées à des complications graves telles que des troubles mentaux, traumatismes et dépressions. Le recours tardif aux soins biomédicaux, au profit des tradi-praticiens (55 %), est largement influencé par les croyances mystiques : 57,8 % des patients perçoivent l'épilepsie comme une maladie extraordinaire, d'origine surnaturelle. Ce retard de prise en charge compromet le pronostic, surtout chez les femmes moins éduquées.

Le traitement reste majoritairement ambulatoire (89,4 %), avec des antiépileptiques tels que l'acide valproïque, la carbamazépine, le phénobarbital et, dans certains cas, la phénytoïne ou le Keppra. Si la présence d'un EEG et de personnel qualifié au Centre SOSAME est un atout, celui-ci demeure la seule structure spécialisée pour plus de 6,5 millions d'habitants, révélant une disparité criante entre besoins et offre de soins.

Au terme de cette étude, trois éléments majeurs se dégagent : la caractérisation sociodémographique des patients, la typologie des manifestations cliniques, et la perception sociale de l'épilepsie. Ces résultats appellent à des actions urgentes. Il est impératif de renforcer les campagnes de sensibilisation pour démystifier la maladie, d'intégrer la santé mentale comme composante essentielle des soins de santé primaires à tous les niveaux du système de santé congolais, et de garantir un meilleur accès aux traitements modernes. Car si 70 % des cas d'épilepsie sont traitables (OMS, 2016), ce potentiel ne pourra être pleinement réalisé sans une synergie entre acteurs de santé, décideurs politiques et communautés locales, pour transformer cette pathologie longtemps stigmatisée en une condition médicalement maitrisée et socialement acceptée.

5. Conclusion

Alain, M., Holen, S., Sane, H., & Thuy, P. (2007). *La maladie épileptique*. Rennes : INCR, rue Anatole Le Braz – 35700.

Almu, S., Tadess, Z., Cooper, P., & Hackett, R. (2006). The prevalence of epilepsy in the Zay Society, Ethiopia – an area of high prevalence. *Seizure*, 15(3), 211–213.

Balogou, A. A., Grunitzky, E. K., Belo, M., Sankaredja, M., Djagba, D. D., Tatagan-Agbi, K., et al. (2007). Management of epilepsy patients in Batamariba district, Togo. *Acta Neurologica Scandinavica*, 116, 211–216.

Bear, M., et coll. (2012). *Neurosciences : à la découverte du cerveau* (3e éd.). Paris, p. 612.

Ben Khada, S. (2007). *Le coût de l'épilepsie dans la ville de Marrakech et sa région* (Thèse de doctorat). Université Cadi Ayyad, Faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech, p. 89.

Cabier, J., Masson, M., & Dehen, H. (2000). *Neurologie* (7e éd.). Paris, Milan, Barcelone : Masson, p. 599.

Centre Sosame Bukavu. (2014). *Archives internes*.

Centre Sosame Bukavu. (2016). *Registre de consultation*.

Christensen, J., Vestergaard, M., Mortensen, P. B., Sidenius, P., & Agerbo, E. (2007). Epilepsy and risk of suicide: a population-based case-control study. *The Lancet Neurology*, 6(8), 693–698.

Conseil National pour l'Épilepsie. (2015). *L'épilepsie en France : une thématique aux enjeux considérables*. Fondation Française pour la Recherche sur l'Épilepsie (FFRE), 9 avenue Percier, 75008 Paris, p. 13.

Coordination provinciale de la santé mentale. (2015). *Rapport annuel*. DPS/Sud-Kivu.

Diagana, M., Preux, P. M., Ould Hamady, A., & Druet-Cabanac, M. (2006). Dépistage de l'épilepsie en zones tropicales : validation d'un questionnaire en Mauritanie. *Bulletin de la Société de Pathologie Exotique*, 99(2), 103–107.

Dumas, M., et coll. (2013). *Réflexion sur l'épilepsie dans les milieux tropicaux*. Dakar, p. 15671.

EM-Consulte. (n.d.). *Physiopathologie des crises d'épilepsie*. http://www.em-consulte.com/article/13369/physiopathologie-des-crises-d-%C3%A9pilepsie

Épilepsie Canada. (n.d.). *Fiches d'information*. http://www.epilepsy.ca/fran/content/sheetFR.html#anchor962860

Gentilini, M. (1977). *Médecine tropicale* (4e éd.). Paris : Flammarion-Médecines Sciences, p. 561.

Gilliam, F. G., Santos, J., Vahle, V., Carter, J., Brown, K., & Hecimovic, H. (2004). Depression in epilepsy: ignoring clinical expression of neuronal network dysfunction? *Epilepsia*.

Harrison, T. (2006). *Principes de médecine interne* (16e éd.). Paris : Masson.

Hosseini, H. (2005). *Neurologie*. Conférence Hippocrate, Paris, février, p. 373.

Infirmiers.com. (n.d.). *Cours de neurologie – L'épilepsie*. http://www.infirmiers.com/etudiants-en-ifsi/cours/cours-neurologie-l-epilepsie.html

Jacoby, A. (1992). Epilepsy and the quality of everyday life: findings from a study of people with well-controlled epilepsy. *Social Science & Medicine*, 34(6), 657–666.

Kanner, A. M., & Balabanov, A. (2002). Depression and epilepsy: how closely related are they? *Neurology*, 58(8 Suppl. 5), S27–S39.

Krishnan, A., Sahariah, S. U., & Kapoor, S. K. (2004). Cost of epilepsy in patients attending a secondary-level hospital in India. *Epilepsia*, 45(3), 289–291.

Loiseau, P., & Jallon, P. (1990). *Dictionnaire analytique d'épileptologie clinique*. Paris, Londres : John Libbey Eurotext.

Médecins sans Vacances. (2011). *Flow chart de la pharmacothérapie* (Nouvelle édition revue et corrigée).

Mwambusa, F., Ombeni, M., & Mwambusa, B. (2016). Prospection sur la connaissance, l'attitude et les pratiques des épileptiques chroniques dans la ville de Bukavu. *Cahiers du CERUKI*, nouvelle série, 51, 267–275.

Ngoungou, E., Quet, F., Dubreuil, C. M., Marin, B., Houinato, D., Nubukpo, P., Dalmay, F., Millogo, A., Nsengiyumva, G., Kouna-Ndouongo, P., Diagana, M., Ratsimbazafy, V., Druet-Cabanac, M., & Preux, P. M. (2006). Épidémiologie de l'épilepsie en Afrique subsaharienne : une revue de la littérature. *Neurologie*, 16(4), octobre-novembre-décembre.

Njamnshi, A. K., Dongmo, L., Sini, V., Echouffo, J., Kamdem, F., Pepouomi, M., & Atchou, B. (2005). Epilepsy in rural Cameroon: the alarming prevalence rates in the Mbam valley. *Journal of the Neurological Sciences*, 238(Suppl. 1), 1–2.

Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2001). *L'épilepsie : conséquences sociales et aspects économiques*. Genève : OMS.

Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2016). *Épilepsie – Aide-mémoire n°999*, février. https://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs999/fr/

Quet, F. (2010). *Outils épidémiologiques pour l'étude de l'épilepsie en zone tropicale : intérêts et applications* (Thèse de doctorat). Institut d'épidémiologie neurologique et de neurologie tropicale, Université de Limoges.

République Démocratique du Congo. (2013). *Document de stratégie pour la réduction de la pauvreté*, juillet.

République Démocratique du Congo. (2014). *Enquête démographique et de santé : rapport préliminaire (EDS-RDC II, 2013–2014)*.

Simion, A. T. (2005). *Diagnostic et prise en charge hospitalière du syndrome de West en Roumanie : analyse, comparaison avec la Suisse et pistes de réflexion* (Mémoire de master). IEMS, HEC & FBM – Université de Lausanne (UNIL).

Tchaleu, B. C. (2011). Profil épidémiologique de l'épilepsie en Afrique centrale et à Madagascar. *Médecine d'Afrique Noire*, 5809, 389–394.

Thomas, P., & Arzimanoglou, A. (2003). *Épilepsies* (3e éd.). Masson, 120 boulevard Saint-Germain, 75280 Paris Cedex 06.

Thomas, P., & Genton, P. (1994). *Épilepsies*. Paris : Masson.

Thomas, P., & Genton, P. (1994). *Épilepsies*. Paris : Masson.

Thomas, S. V., Sarma, P. S., Alexander, M., Pandit, L., Shekhar, L., Trivedi, C., & Vengamma, B. (2001). Economic burden of epilepsy in India. *Epilepsia*, 42, 1052–1060.

Wenzhi, W., Jianzhong, W., Xiuying, D., Guangyu, Y., Yang, B., Wang, T., Chenglin, Y., Ding, D., Zhen, H., Kwan, P., Gail, S. B., Prilipko, L., Hanneke, M., & Josemir, W. (2011). *Campagne mondiale contre l'épilepsie : évaluation d'un projet de démonstration en Chine rurale*.



PARTENAIRES ET RESEAUX

ISSN INTERNATIONAL STANDARD SERIAL NUMBER

CAIRN.INFO CHERCHER, REPÉRER, AVANCER

diliCOM LE RÉSEAU DU LIVRE

BDL Banque du Livre asbl

doi Crossref Content Registration

MEDIATHEQUE DÉPARTEMENTALE du Gers

MOUVEMENT LAUDATO SI' Catholiques pour notre maison commune

parcours formation

MOOC Gestion de Projet

MAXITY

CS4ME CIVIL SOCIETY FOR MALARIA ELIMINATION

UOC UNIVERSITE VIRTUELLE DU CONGO

10.000 {CODEURS} 2015-2025

JEUNESSE AFRICAINE POUR L'ENVIRONNEMENT

UNITED FOR HUMAN RIGHTS

Youth for Human Rights International

AGAPE asbl Amour sans condition et sans limite

RESEAU ELIKYA

FORUM INTERNATIONAL de GOMA pour la RESOLUTION des CONFLITS

COPAS

REVUE PLURIDISCIPLINAIRE AFRICAINE DE L'ENVIRONNEMENT

AS

AGOS EFFICACITÉ SOLIDARITÉ PAIX

IJAS

Scopalto ACADEMIA

Editions Lumumba, un nouvel élan de l'édition africaine

10, avenue de la Moto x boulevard Ms'iri, Quartier Gambela, commune de Lubumbashi, ville de Lubumbashi, République démocratique du Congo
Tél. : 00243 90 433 70 19
contact@editionslumumba.com
www.editionslumumba.com

Imprimé en République démocratique du Congo

©Edition Lumumba, avril 2025

Afrindala Group
« New African Generation »
www.afrindalagroup.com

Association Panafricaine pour l'Encadrement et la Formation de la Jeunesse (APANAEFJ)
Courriel : info@apanaefj.org
Site web : www.apanaefj.org

Siège : 10, Avenue de la Moto croisement Boulevard M'siri, Ville de Lubumbashi, RD Congo

APANAEFJ

REVUE PANAFRICAINE DE LA JEUNESSE

Revue scientifique internationale, interdisciplinaire et interactive

Publiée par les Editions Lumumba
Avec le soutien
d'Afriscience

&

Association Panafricaine pour l'Encadrement et
la Formation de la Jeunesse
(APANAEFJ)

Courriel : rpj@afriscience.org
Site web : www.afriscience.org
Tél. (+243) 973738975
Siège : 10, avenue de la Moto croisement boulevard M'siri, ville de Lubumbashi, RD Congo