



Comorbidités psychiatriques et leurs déterminants chez les patients épileptiques au Centre Hospitalier Neuropsychiatrique de Goma, République Démocratique du Congo

François M. Polepole^{1,2}, Olivier Mukuku³, Alfred C. Murhula²,
Marcellin Bugeme⁴, Théophile B. Kabesha⁵, Stanis O. Wembonyama⁴,
Zacharie K. Tsongo⁶

¹ Faculté de Médecine, Université de Goma, Goma, République Démocratique du Congo.

² Centre Hospitalier Neuropsychiatrique de Goma, Goma, République Démocratique du Congo.

³ Institut Supérieur des Techniques Médicales de Lubumbashi, Lubumbashi, République Démocratique du Congo.

⁴ Faculté de Médecine, Université de Lubumbashi, Lubumbashi, République Démocratique du Congo.

⁵ Faculté de Médecine, Université Officiel de Bukavu, Bukavu, République Démocratique du Congo.

⁶ Faculté de Médecine, Université de Kisangani, Kisangani, République Démocratique du Congo.

Résumé

Introduction : L'épilepsie est une maladie neurologique chronique qui est fortement prédisposée à une variété de problèmes de santé mentale en raison de ses énormes fardeaux biologiques, sociaux et psychologiques. Cette étude visait à déterminer la prévalence des comorbidités psychiatriques (CMP) ainsi que les facteurs associés chez les patients épileptiques à Goma, en République Démocratique du Congo.

Méthodologie : Il s'agit d'une étude transversale analytique hospitalière réalisée au Centre Hospitalier Neuropsychiatrique de Goma (en RDC), de mars à avril 2022 auprès 302 patients épileptiques diagnostiqués cliniquement et suivi. Un questionnaire a été rempli chez les patients inclus, précisant les données sociodémographiques, les antécédents personnels et familiaux, les éléments cliniques de la maladie épileptique et sa prise en charge. Les CMP ont été recherchés à l'aide du questionnaire d'auto-déclaration SRQ-20. Une analyse bivariable a été faite suivie d'une analyse multivariée et les variables avec $p < 0,05$ dans le modèle final ont été considérées comme des facteurs associés aux CMP.

Résultats : Sur un total de 302 patients épileptiques inclus, 56,9% étaient des hommes. L'âge moyen des participants était de $28,4 \pm 11,0$ ans. Les troubles mentaux étaient présents chez 39,1% des patients épileptiques. Les déterminants de CMP étaient le nombre de crises au cours du mois précédent l'enquête ≥ 5 (odds ratio ajusté = 3,8 ; IC 95% : 1,7 - 8,3) et la présence d'une maladie comorbide (odds ratio ajusté = 3,1 ; IC 95% : 1,5 - 6,4).

Conclusion. La prévalence des CMP chez les patients épileptiques était élevée (39,1%), ce qui suggère qu'il s'agit d'un problème de santé publique. Par conséquent, le dépistage précoce et la reconnaissance des symptômes de CMP devraient être une activité de routine lors de la prise en charge des patients épileptiques.

Mots-clés : Epilepsie ; Comorbidité psychiatrique ; Trouble mental ; Facteurs de risque ; Goma

Correspondance:

Olivier Mukuku, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Lubumbashi, Lubumbashi, République Démocratique du Congo.

Téléphone: +243 997 925 649 - Email: oliviermukuku@yahoo.fr

Article reçu: 25-04-2022 Accepté: 12-06-2022

Publié: 15-06-2022



Copyright © 2022. François M. Polepole. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Pour citer cet article: Polepole FM, Mukuku O, Murhula AC, Bugeme M, Kabesha TB, Wembonyama SO, Tsongo ZK. Comorbidités psychiatriques et leurs déterminants chez les patients épileptiques au Centre Hospitalier Neuropsychiatrique de Goma, République Démocratique du Congo. Journal of Medicine, Public Health and Policy Research. 2022;2(1):22-31.

Introduction

Selon la Ligue Internationale contre l'épilepsie, l'épilepsie est définie comme une affection neurologique caractérisée par au moins deux crises non provoquées [1]. L'épilepsie exerce un effet multidimensionnel sur le corps, comme les limitations des fonctions physiques, mentales et comportementales. En raison de facteurs tels qu'une lésion traumatique au cerveau, la pneumonie, un état de mal épileptique, le suicide et la mort subite, l'épilepsie est associée à un risque élevé de mortalité prématurée [2]. La prévalence de ces comorbidités psychiatriques (CMP) chez les personnes vivant avec l'épilepsie (PVE) demeure encore floue. Cette difficulté d'estimation de la prévalence est due à un certain nombre de difficultés méthodologiques concernant les critères diagnostiques et de la classification des épilepsies, la sélection des populations étudiées, le choix du type d'enquête et des instruments diagnostiques et par la suite l'interprétation des données recueillies [3]. Les PVE souffrent davantage de CMP que la population générale. La plupart des études indiquent que plus de 50% des PVE présentent des CMP diverses [4-8]. Ils sont souvent mal reconnus et insuffisamment traités. Dans un pays bien médicalisé comme le Canada, il y a eu 38% des épileptiques ayant eu un trouble dépressif et qui n'ont pas eu de prise en charge psychiatrique durant l'année qui a précédé l'étude de Fuller-Thomson *et al.* [9]. Quand ces CMP ne sont pas soignées, elles constituent un facteur d'aggravation et de pérennisation de l'épilepsie et un facteur de renforcement de l'exclusion sociale, scolaire et professionnelle. La CMP chez les PVE crée un fardeau supplémentaire pour les patients et leurs proches. L'apparition de CMP et un mauvais contrôle des crises peuvent affecter directement la qualité de vie des PVE [10].

L'évaluation des CMP chez les PVE et l'identification des facteurs de risque y afférents sont des questions plus importantes car le risque de troubles cognitifs, comportementaux et psychosociaux est accru chez ces patients [10,11]. Le sexe féminin, le jeune âge, le faible revenu, une mauvaise qualité de vie, le chômage [12], les antécédents familiaux de maladie psychiatrique [13], la fréquence élevée des crises, le faible niveau d'éducation [14], la durée de la maladie épileptique, la mauvaise observance thérapeutique antiépileptique [15,16] et la présence de comorbidités médicales [16,17] avaient été retrouvés comme facteurs de risque de CMP.

Aucune recherche dans ce domaine, en particulier dans le contexte congolais, n'a été effectuée. A notre connaissance, il s'agit de la première étude réalisée sur la prévalence et les facteurs associés aux CMP chez les

patients épileptiques en République Démocratique du Congo (RDC). Par conséquent, cette étude visait à déterminer la prévalence et les facteurs de risque des CMP chez les patients épileptiques, dans le but de combler le manque d'information dans ce domaine et de servir des données de base pour les futurs chercheurs et décideurs.

Matériel et méthodes

Cadre et type d'étude

Il s'agit d'une étude transversale analytique hospitalière réalisée au Centre Hospitalier Neuropsychiatrique de Goma (en RDC), de mars à avril 2022. Cette étude a été menée dans ce centre spécialisé dans la prise en charge des patients épileptiques et est situé à Goma ; qui est la capitale de la province du Nord-Kivu. Cet hôpital dessert une population de plus de 2 millions de personnes.

Population d'étude

Les participants étaient tous des patients épileptiques inscrits pour le suivi au Centre Hospitalier Neuropsychiatrique de Goma et, comme en témoigne le registre d'inscription, plus de 2500 patients ont des antécédents de suivi de l'épilepsie dans ce centre. En moyenne, 50 patients épileptiques visitent la clinique chaque semaine, de sorte que le nombre total de patients épileptiques estimés au suivi pendant la période de collecte des données est de 400. La taille optimale de l'échantillon avait été calculée à l'aide d'une formule de proportion de population unique; en prenant la prévalence du trouble mental courant 35,8% d'une étude menée dans Wubie *et al.* [16] avec une marge d'erreur de 5% et un intervalle de certitude de confiance de 95% ($\alpha = 0,05$) et 10% de non-réponse. Sur la base de ces hypothèses, la taille de l'échantillon pour l'étude a été calculée à 388. Une méthode d'échantillonnage systématique a été appliquée pour recruter les participants admissibles.

Tous les cas d'épilepsie de suivi au cours de la période d'étude dont l'âge était de 18 ans et plus ont été autorisés à participer à l'étude, tandis que les patients épileptiques incapables de communiquer pendant l'entretien ont été exclus.

Définitions opérationnelles

L'épilepsie était définie comme une affection neurologique caractérisée par deux crises non provoquées ou plus [1]. Le trouble mental ou trouble psychiatrique était défini par un score ≥ 7 sur le questionnaire d'auto-déclaration SRQ-20 [18].

S'agissant de l'abus de consommation d'alcool, le questionnaire CAGE a été utilisé. Ce questionnaire comporte 4 questions et est coté de 0 à 4. Les patients ayant totalisé un score ≥ 2 étaient considérés comme ayant un problème de consommation d'alcool [19].

La dépendance au tabac/nicotine était évaluée par le test Fagerström (FTND). Ce test comporte 6 questions et est coté de 0 à 10. ; un score ≥ 1 a été considéré comme une dépendance à la nicotine [20].

L'observance du traitement a été considérée comme faible, moyenne et élevée avec un score < 6 , 6 - 7 et 8 respectivement sur l'échelle d'observance du traitement de Morisky à 8 éléments [21,22].

Collecte de données

Des questionnaires préparés en français et traduits en swahili (pour certains patients) ont été utilisés pour recueillir les données. Un questionnaire basé sur l'intervieweur a été utilisé pour recueillir des données sur les CMP à l'aide d'un questionnaire SRQ-20 normalisé et valide comportant 20 éléments pour évaluer les troubles mentaux [18]. Un score ≥ 7 a été utilisé pour définir la présence de troubles mentaux. SRQ-20 évalue les symptômes mentaux courants au cours des 30 derniers jours.

Le questionnaire a été pré-testé sur 20 personnes n'ayant pas été incluses dans l'étude une semaine avant la période de collecte des données. Les données ont été recueillies par des 10 médecins en stage après qu'une formation adéquate ait été donnée sur les objectifs de recherche, les procédures et les questions éthiques. La clarté, la cohérence et l'exhaustivité du questionnaire recueilli ont été vérifiées chaque jour par les enquêteurs et les corrections nécessaires ont été apportées avant le début des travaux du lendemain. La double saisie des données a été effectuée pour des raisons de fiabilité et d'exactitude et le nettoyage des données informatiques a été entrepris.

Analyses statistiques

Le logiciel STATA version 16 a été utilisé comme outil de saisie et d'analyse de données. Des statistiques descriptives (pourcentages, moyenne, écart-type) ont été utilisées pour résumer les caractéristiques sociodémographiques et cliniques des patients épileptiques inclus dans l'étude. Une analyse bivariée suivie d'un modèle de régression logistique ont été réalisées pour évaluer les facteurs de risque potentiels d'un trouble mental. Les variables dont la valeur $p < 0,2$ dans l'analyse bivariée ont été regroupées en régression

logistique multivariable. L'odds ratio ajusté [ORa] avec son intervalle de confiance à 95% [IC 95%] a été utilisé pour mesurer la force de l'association et la signification statistique a été fixée à une valeur de $p < 0,05$ dans le modèle final.

Considérations éthiques

La présente étude a été approuvée par le comité d'éthique médicale de l'Université de Goma (N° d'approbation : UNIGOM/CEM/002/2022). Le consentement libre et éclairé a été obtenu oralement de chaque participant avant l'entrevue après avoir fourni une brève explication concernant l'étude. Chaque participant a également été informé qu'il a le droit de refuser ou de retirer sa participation à tout moment et qu'aucun préjudice ne sera imposé à la suite de sa participation ou de son refus. Lors de la collecte des données, les identifiants personnels tels que le nom et les numéros de téléphone des participants à l'étude n'avaient jamais été enregistrés. Les données recueillies ont été gardées confidentielles et utilisées uniquement aux fins de l'étude.

Résultats

▪ **Caractéristiques sociodémographiques des participantes**

Au total, 302 patients épileptiques ont participé à l'étude avec un taux de réponse de 100%. L'âge moyen des participants était de $28,4 \pm 11,0$ ans et la plupart des 135 (44,7%) avaient entre 18 et 24 ans. Plus de la moitié (56,9%) des répondants étaient des hommes. La moitié (151/302) des participants avaient atteint un niveau de scolarité secondaire. Plus de la moitié (53,3%) des participants étaient protestants. Deux cent vingt-neuf (75,8%) participants étaient célibataires et plus du tiers (35,1%) avaient une occupation professionnelle (*tableau 1*).

▪ **Caractéristiques cliniques des patients épileptiques**

Cent quarante-sept (48,7%) des patients épileptiques avaient des crises convulsives depuis moins de 5 ans et 73 (24,2%) n'avaient présenté aucune crise le mois précédent l'enquête. La médication antiépileptique était une monothérapie chez 138 (45,7%) participants et la bithérapie chez 33 (10,9%) participants ; 131 (43,4%) avaient déjà interrompu le traitement antiépileptique. En ce qui concerne la comorbidité médicale, elle était présente chez 43 (14,2%) participants et l'antécédent familial d'épilepsie était présent chez 100 (33,1%) participants. La dépendance à la nicotine était notée chez

13 (4,3%) participants et l'abus de consommation thérapeutique était bonne chez seulement 7 (2,3%) d'alcool chez 35 (11,6%) participants. L'adhérence participants (*tableau 2*).

Tableau 1. Caractéristiques sociodémographiques des répondants

Variable	Total (N=302)	Patients avec comorbidité psychiatrique (n = 118), n (%)	Patients sans comorbidité psychiatrique (n = 184), n (%)	OR brut [IC95%]	p
Age					
18-24 ans	135	55 (40,7)	80 (59,3)	1,5 [0,6-3,8]	0,4626
25-29 ans	81	33 (40,7)	48 (59,3)	1,5 [0,6-4,0]	0,4977
30-34 ans	28	10 (35,7)	18 (64,3)	1,3 [0,4-3,9]	0,9232
35-44 ans	32	12 (37,5)	20 (62,5)	1,4 [0,5-4,0]	0,5917
≥45 ans	26	8 (30,8)	18 (69,2)	1,0	
Sexe					
Féminin	130	54 (41,5)	76 (58,5)	1,2 [0,8-1,9]	0,4452
Masculin	172	64 (37,2)	108 (62,8)	1,0	
Niveau de scolarité					
Aucun	67	24 (35,8)	43 (64,2)	1,2 [0,5-3,0]	0,9148
Primaire	84	30 (35,7)	54 (64,3)	1,2 [0,5-2,9]	0,9088
Secondaire	123	55 (44,7)	68 (55,3)	1,7 [0,7-4,1]	0,3158
Supérieur	28	9 (32,1)	19 (67,9)	1,0	
Statut matrimonial					
Marié	60	25 (41,7)	35 (58,3)	1,2 [0,7-2,1]	0,7104
Célibataire	229	87 (38,0)	142 (62,0)	1,0	
Divorcé/Veuf	13	6 (46,2)	7 (53,8)	1,4 [0,5-4,3]	0,7676
Religion					
Catholique	126	53 (42,1)	73 (57,9)	1,3 [0,8-2,0]	0,4169
Protestante	161	59 (36,6)	102 (63,4)	1,0	
Autres	15	6 (40,0)	9 (60,0)	1,1 [0,4-3,4]	1,0000
Occupation professionnelle					
Avec	106	36 (34,0)	70 (66,0)	1,0	
Sans	196	82 (41,8)	114 (58,2)	1,4 [0,8-2,3]	0,2243

▪ **Prévalence des troubles mentaux chez les patients épileptiques**

Un score ≥ 7 sur le questionnaire SRQ-20 a été utilisé pour classer les patients épileptiques comme ayant des CMP tandis que ceux ayant obtenu un score inférieur à 7 sur le SRQ-20 ont été classés comme n'ayant pas de CMP. La prévalence du trouble mental courant dans cette étude était de 39,1% (IC à 95% : 33,7% – 44,7%) (*figure 1*).

Les symptômes de CMP les plus courants dans cette étude étaient un mal de tête (50,0%), la difficulté de travailler quotidiennement (40,1%), la nervosité (39,7%), un manque d'appétit (31,5%), des mauvaises conditions de sommeil (29,5%) et une sensation de fatigue constante (29,5%). Des idées suicidaires ont été dénoncées par 43 (14,2%) des participants (*tableau 3*).

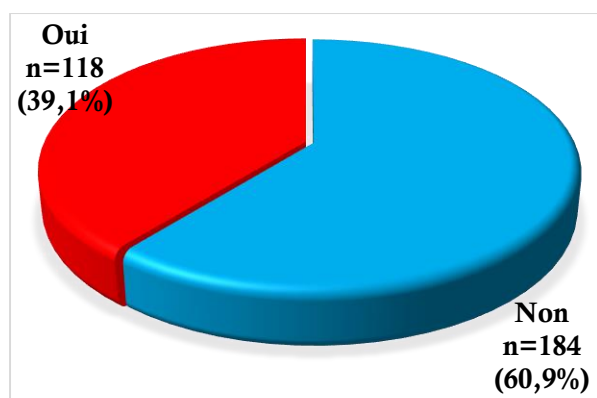


Figure 1 : Prévalence des troubles psychiatriques chez les patients épileptiques fréquentant le Centre Hospitalier Neuropsychiatrique de Goma (n = 302)

▪ **Facteurs associés aux troubles mentaux chez les patients épileptiques**

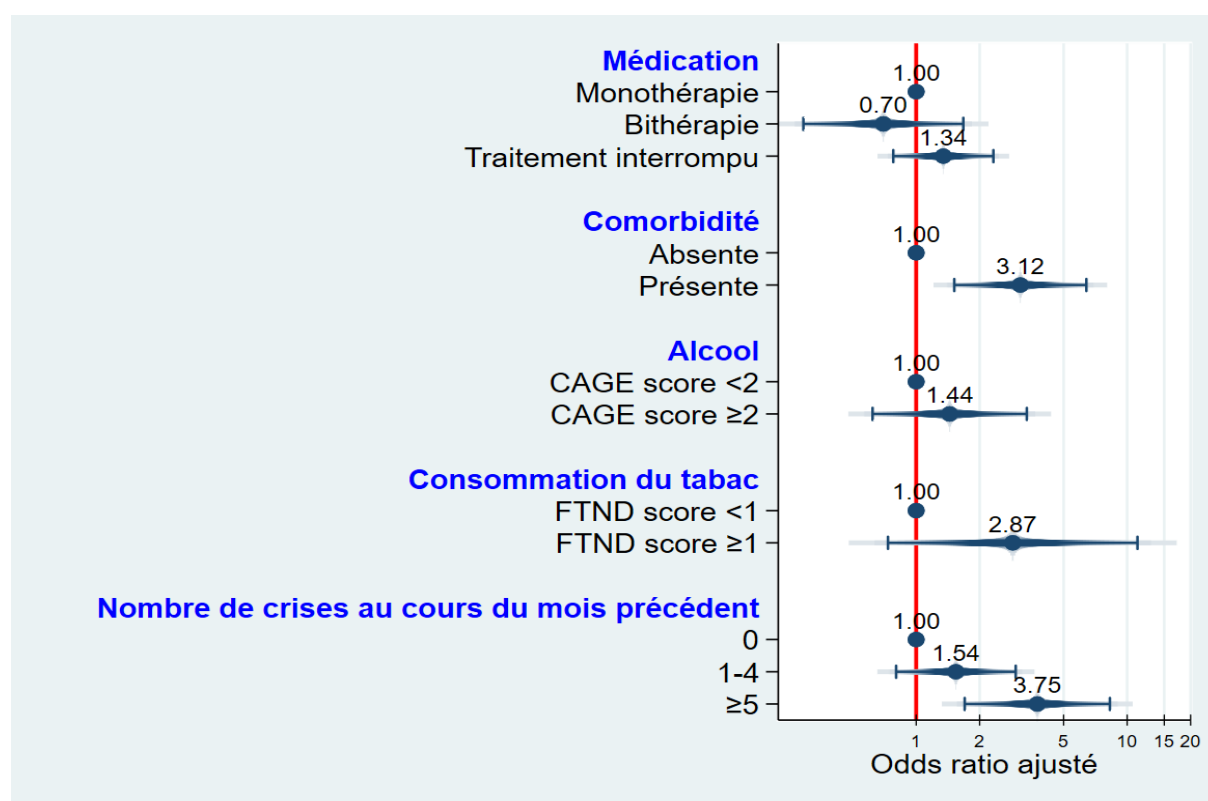
Le tableau 1 montre qu'aucune de caractéristiques sociodémographiques étudiées n'a été significativement associée aux CMP. Les corrélations entre les caractéristiques cliniques et les troubles psychiatriques sont retrouvées dans le tableau 2. Il ressort que le nombre de crises épileptiques au cours du mois précédent l'enquête, l'absence de médication antiépileptique, la présence de comorbidité médicale, l'abus de consommation d'alcool (CAGE score ≥ 2) et la dépendance à la nicotine (FTND score ≥ 1) étaient significativement associées aux troubles psychiatriques ($p < 0,05$).

Tableau 2. Caractéristiques cliniques des patients épileptiques

Variable	Total (N=302)	Patients avec comorbidité psychiatrique (n = 118), n (%)	Patients sans comorbidité psychiatrique (n = 184), n (%)	OR brut [IC95%]	p
Durée de crises épileptiques					
<5 ans	147	55 (37,4)	92 (62,6)	1,0	
5-10 ans	68	30 (44,1)	38 (55,9)	1,3 [0,7-2,4]	0,4326
>10 ans	87	33 (37,9)	54 (62,1)	1,0 [0,6-1,8]	1,0000
Nombre de crises au cours du mois précédent					
0	73	18 (24,7)	55 (75,34)	1,0	
1-4	171	66 (38,6)	105 (61,40)	1,9 [1,0-3,6]	0,0358
≥ 5	58	34 (58,6)	24 (41,38)	4,3 [2,1-9,1]	<0,0001
Médication antiépileptique					
Monothérapie	138	44 (31,9)	94 (68,12)	1,1 [0,5-2,5]	1,0000
Bithérapie	33	10 (30,3)	23 (69,70)	1,0	
Aucune	131	64 (48,9)	67 (51,15)	2,2 [1,0-5,0]	0,0499
Comorbidité médicale					
Absente	259	90 (34,7)	169 (65,3)	1,0	
Présente	43	28 (65,1)	15 (34,9)	4,0 [2,0-7,9]	<0,0001
Consommation d'alcool					
CAGE score <2	267	98 (36,7)	169 (63,3)	1,0	
CAGE score ≥ 2	35	20 (57,1)	15 (42,9)	2,3 [1,1-4,7]	0,0198
Consommation du tabac					
FTND score <1	289	109 (37,7)	180 (62,3)	1,0	
FTND score ≥ 1	13	9 (69,2)	4 (30,8)	3,7 [1,0-16,8]	0,0380
Adhérence thérapeutique					
MMAS-8 score ≥ 6	7	1 (14,3)	6 (85,7)	1,0	
MMAS-8 score <6	295	117 (39,7)	178 (60,3)	3,9 [0,5-182,9]	0,2530
Antécédent familiale d'épilepsie					
Non	202	74 (36,6)	128 (63,4)	1,0	
Oui	100	44 (44,0)	56 (56,0)	1,4 [0,8-2,2]	0,2169

Tableau 3. Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20)

Items	Oui	Non
Avez-vous souvent mal à la tête ?	151 (50,0)	151 (50,0)
Vous manquez d'appétit ?	95 (31,5)	207 (68,5)
Dormez-vous mal ?	89 (29,5)	213 (70,5)
Êtes-vous facilement effrayé ?	90 (29,8)	212 (70,2)
Vos mains tremblent ?	93 (30,8)	209 (69,2)
Vous sentez-vous nerveux, tendu ou inquiet ?	120 (39,7)	182 (60,3)
Votre digestion est mauvaise ?	26 (8,6)	276 (91,4)
Avez-vous du mal à penser clairement ?	93 (30,8)	209 (69,2)
Vous sentez-vous malheureux ?	96 (31,8)	206 (68,2)
Pleures-tu plus que d'habitude ?	60 (19,9)	242 (80,1)
Trouvez-vous difficile de profiter de vos activités quotidiennes?	95 (31,5)	207 (68,5)
Trouvez-vous difficile de prendre une décision?	84 (27,8)	218 (72,2)
Votre travail quotidien souffre-t-il ?	121 (40,1)	181 (59,9)
Êtes-vous incapable de jouer un rôle utile dans la vie?	88 (29,1)	214 (70,9)
Vous avez perdu tout intérêt pour les choses (de la vie) ?	61 (20,2)	241 (79,8)
Avez-vous le sentiment d'être une personne sans valeur ?	66 (21,9)	236 (78,1)
L'idée de mettre fin à vos jours vous trotte dans la tête ?	43 (14,2)	259 (85,8)
Vous sentez-vous fatigué tout le temps ?	74 (24,5)	228 (75,5)
Avez-vous des sensations désagréables dans l'estomac ?	42 (13,9)	260 (86,1)
Êtes-vous facilement fatigué?	89 (29,5)	213 (70,5)

**Figure 2. Régression logistique multiple de facteurs de risque de comorbidités psychiatriques**

La figure 2 montre les résultats de la régression logistique multiple. Les participants ayant présenté 5 crises épileptiques ou plus étaient environ quatre fois plus susceptibles ($ORa = 3,8$; $IC\ 95\% : 1,7 - 8,3$) de développer une CMP par rapport aux participants ayant présenté moins de 5 crises épileptiques. Les chances que les participants développent une CMP en présence d'une maladie comorbide étaient trois fois plus élevées que chez les participants sans condition médicale comorbide ($ORa = 3,1$; $IC\ 95\% : 1,5 - 6,4$).

Discussion

La présente étude a estimé la prévalence et les facteurs de risque de CMP en utilisant le SRQ-20 chez les patients épileptiques à Goma (RDC). Les résultats indiquent que les CMP étaient fréquentes chez 39,1% des patients épileptiques dans la présente étude. La présence d'une comorbidité médicale et le nombre de crises ≥ 5 étaient les déterminants de comorbidités psychiatriques. Ce résultat a donc révélé qu'une prise en charge médicale et psychologique doit être faite spécifiquement pour ces CMP lors de suivi de patients épileptiques renforçant ainsi la nécessité d'établir un lien entre les services entre un service psychiatrique et neurologique pour les patients épileptiques. La présence de CMP peut affecter négativement le résultat de la prise en charge de patients épileptiques. L'évaluation de l'ampleur de ces CMP ainsi que leurs déterminants s'avère capitale dans les pays en développement comme la RDC où l'épilepsie est le problème neurologique le plus répandu dont l'origine est organique n'est pas souvent reconnue suite à des croyances erronées [23].

Quelques études antérieures avaient également rapporté des prévalences comparables à celle rapportée dans la présente étude : 35 à 35,8% en Éthiopie [16,24], 35,5% en Islande [25], 36,5% aux États-Unis [12] et 37% en Europe [26]. Par ailleurs, d'autres études avaient trouvé des prévalences largement supérieures variant de 45% à 80% [15,27-34]. Par contre, d'autres études avaient enregistré des prévalences inférieures à celle notée dans cette étude allant de 5,9% à 29% [11,35-37]. La différence dans la taille de l'échantillon, les instruments d'évaluation utilisés et les formes d'épilepsie pourrait être à l'origine de la variation de la prévalence dans les différentes études. La présente étude avait évalué toutes les formes d'épilepsie contrairement à d'autres études qui n'avaient étudié que l'épilepsie du lobe temporal laquelle présente un risque plus élevé de CMP [29].

De nombreuses études ont unanimement prouvé que les CMP les plus fréquentes chez les patients épileptiques sont l'anxiété et la dépression [4,38-40]. La prévalence de

ces troubles diffère d'une étude à l'autre. Cela pourrait être expliqué par des divergences méthodologiques portant surtout sur le choix des instruments de mesure utilisés et sur les scores pris en compte pour évaluer la gravité des symptômes anxieux et dépressifs. Cependant, les résultats de la présente étude ont montré que la prévalence de CMP était près de trois fois supérieure à celle du rapport de l'OMS concernant le fardeau mondial de la CMP (14%) dans la population générale [41], indiquant que le fardeau de CMP chez les patients épileptiques dans l'Est de la RDC est plus élevé que dans la population générale. Ceci serait le résultat de problèmes auxquels fait face les patients épileptiques entre autres l'état des crises d'épilepsie, du fardeau financier du traitement, les effets secondaires des médicaments et la discrimination communautaire liée à une crise épileptique.

La présente étude indique que les patients épileptiques développent une CMP en présence d'une condition médicale comorbide ($ORa = 3,1$). Ceci est en accord avec une étude éthiopienne qui avait trouvé que les patients épileptiques présentant une comorbidité médicale avaient trois fois plus de risque d'être touché par une CMP que leurs homologues sans comorbidité médicale ($ORa = 2,99$; $IC\ 95\% : 1,95 - 9,39$) [16]. Cela pourrait être attribué au fait que les conditions médicales affectant la qualité de vie des patients épileptiques comme le soutient d'autres auteurs [42].

Les participants ayant présenté 5 crises épileptiques ou plus étaient environ quatre fois plus susceptibles ($ORa = 3,8$; $IC\ 95\% : 1,7 - 8,3$) de développer une CMP par rapport aux participants ayant présenté moins de 5 crises épileptiques au cours du mois précédent l'enquête. Dans une récente étude éthiopienne menée par Mekuriaw *et al.* [43], les patients épileptiques qui avaient des crises d'épilepsie non contrôlées au cours de l'année précédant leur enquête étaient plus susceptibles de présenter une CMP que leurs homologues ($ORa = 1,96$; $IC\ 95\% : 1,21 - 3,18$). Cette association pourrait s'expliquer par le fait que les personnes ayant une crise d'épilepsie incontrôlée deviennent généralement désespérées et peuvent manquer de confiance dans les thérapies médicamenteuses [44]. La persistance de crises épileptiques due souvent à une mauvaise observance thérapeutique conduit les patients épileptiques à développer une sorte de condition physique ou autre comorbidité supplémentaire et des pensées désespérées en raison de l'incurabilité de la maladie et de la fatigue de la prise de médicaments [43]. Selon Mekuriaw *et al.* [43], la non-observance thérapeutique entraînera une réduction du contrôle des crises, une baisse de la qualité de vie, une diminution de la productivité voire une perte

d'emploi liée aux crises épileptiques. Suite à la récurrence des crises épileptiques compliquant les CMP, s'installe ainsi une interaction bidirectionnelle entre l'épilepsie et les CMP.

Parmi les limites de cette étude, il y a le fait que les résultats peuvent ne pas être généralisables à l'ensemble de la population congolaise, car l'étude n'a été menée que dans une seule ville du pays. L'utilisation de questionnaires autodéclarés sur des aspects liés à la santé mentale pourrait être influencée par un biais positiviste ou une tendance à surestimer les valeurs réelles de la santé mentale, ainsi que par un biais de rappel. En raison de la nature transversale de la conception de l'étude, il est difficile de tirer une conclusion sur la causalité entre la CMP et ses facteurs de risque associés.

Références

1. Fisher RS, Acevedo C, Arzimanoglou A, Bogacz A, Cross JH, Elger CE, *et al.* ILAE official report: a practical clinical definition of epilepsy. *Epilepsia*. 2014;55(4):475–82.
2. Forsgren L, Beghi E, Oun A, Sillanpää M. The epidemiology of epilepsy in Europe—a systematic review. *Eur J Neurol*. 2005;12(4):245–53.
3. Elghazouani F, Aarab C, Faiz F, Midaoui A, Barrimi M, Elrhazi K, *et al.* Troubles psychiatriques et facteurs associés chez une population de patients épileptiques à Fès, Maroc. *L'Encéphale* 2015 ; 41(6) : 493-498.
4. Marsh L, Rao V. Psychiatric complications in patients with epilepsy: a review. *Epilepsy Res* 2002;49:11-13.
5. Vuilleumier P, Jallon P. Épilepsie et troubles psychiatriques : données épidémiologiques. *Rev Neurol* 1998;154:305—17.
6. LaFrance WC Jr, Kanner AM, Hermann B. Psychiatric comorbidities in epilepsy. *Int Rev Neurobiol*. 2008;83:347–83.
7. Kanner AM, Soto A, Gross-Kanner H. Prevalence and clinical characteristics of postictal psychiatric symptoms in partial epilepsy. *Neurology*. 2004;62(5):708–13.
8. de Oliveira GNM, Kummer A, Salgado JV, Portela EJ, Sousa-Pereira SR, David AS, *et al.* Psychiatric disorders in temporal lobe epilepsy: an overview from a tertiary service in Brazil. *Seizure*. 2010;19(8):479–84.
9. Fuller-Thomson E, Brennenstuhl S. The association between depression and epilepsy in a nationally representative sample. *Epilepsia* 2009;50(5):1051—8.
10. Bragatti JA, Torres CM, Isolan GR, Bianchin MM. Psychiatric comorbidities of epilepsy: A review. *J Neurol Neurophysiol* 2011; S2.
11. Tellez-Zenteno JF, Patten SB, Jetté N, Williams J, Wiebe S. Psychiatric comorbidity in epilepsy: a population-based analysis. *Epilepsia*. 2007;48(12):2336–44.
12. Ettinger A, Reed M, Cramer J. Depression and comorbidity in community-based patients with epilepsy or asthma. *Neurology*. 2004;63(6):1008–14.
13. Schmitz EB, Robertson MM, Trimble MR. Depression and schizophrenia in epilepsy: social and biological risk factors. *Epilepsy Res*. 1999;35(1):59–68.
14. Tsegabrhan H, Negash A, Tesfay K, Abera M. Comorbidity of depression and epilepsy in Jimma University specialized hospital, Southwest Ethiopia. *Neurol India*. 2014;62(6):649.
15. Biftu BB, Dachew BA, Tiruneh BT, Tebeje NB. Depression among people with epilepsy in Northwest Ethiopia: a cross-sectional institution based study. *BMC Res Notes*. 2015;8(1):585.
16. Wubie MB, Alebachew MN, Yigzaw AB. Common mental disorders and its determinants among epileptic patients at an outpatient epileptic clinic in Felegehiwot Referral Hospital, Bahirdar, Ethiopia: cross-sectional study. *International Journal of Mental Health Systems* 2019 ; 13 : 76.
17. Taylor DC. Factors influencing the occurrence of schizophrenia-like psychosis in patients with temporal lobe epilepsy. *Psychol Med*. 1975;5(3):249–54.

Conclusion

La présente étude a montré que les CMP sont fréquentes chez les patients épileptiques à Goma, à l'Est de la RDC et que le nombre de crises épileptiques ≥ 5 et la présence d'une comorbidité médicale en sont les déterminants. Il s'avère très important que la prise en charge des patients épileptiques intègre le soutien psychosocial et les approches psychothérapeutiques comme complément à l'intervention pharmacologique de l'épilepsie tout en mettant davantage l'accent sur les facteurs de risque de ces CMP. Cela peut également être utilisé comme un moyen d'améliorer l'observance du traitement, la relation thérapeutique et les résultats globaux du traitement des personnes atteintes d'épilepsie avec des services réalisables et rentables

Conflits d'intérêt : Aucun.

18. Beusenbergh M, Orley JH, & World Health Organization. A User's guide to the self-reporting questionnaire (SRQ). Geneva: World Health Organization; 1994.
19. Dhalla S, Kopec JA. The CAGE questionnaire for alcohol misuse: a review of reliability and validity studies. *Clin Invest Med*. 2007;30(1):33–41.
20. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerstrom KO. The Fagerström test for nicotine dependence: a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *Br J Addic*. 1991;86(9):1119–27.
21. Al-Qazaz HK, Hassali MA, Shafie AA, Sulaiman SA, Sundram S, Morisky DE. The eight-item Morisky Medication Adherence Scale MMAS: translation and validation of the Malaysian version. *Diabetes Res Clin Pract*. 2010;90(2):216–21.
22. De Oliveira-Filho AD, Morisky DE, Neves SJF, Costa FA, de Lyra DP. The 8-item Morisky Medication Adherence Scale: validation of a Brazilian-Portuguese version in hypertensive adults. *Res Soc Admin Pharm*. 2014;10(3):554–61.
23. Mukuku O, Naweji P, Bugeme M, Nduu F, Mawaw PM, Luboya ON. Epidemiology of epilepsy in Lubumbashi, Democratic Republic of Congo. *Neurology Research International* 2020; 2020: 5621461. <https://doi.org/10.1155/2020/5621461>
24. Tegegne MT, Mossie TB, Awoke AA, Assaye AM, Gebrie BT, Eshetu DA. Depression and anxiety disorder among epileptic people at Amanuel Specialized Mental Hospital, Addis Ababa, Ethiopia. *BMC psychiatry*. 2015;15(1):210.
25. Stefansson SB, Olafsson E, Hauser WA. Psychiatric morbidity in epilepsy: a case controlled study of adults receiving disability benefits. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1998;64(2):238–41.
26. Davies S, Heyman I, Goodman R. A population survey of mental health problems in children with epilepsy. *Dev Med Child Neurol*. 2003;45(5):292–5.
27. Swinkels W, Kuyk J, De Graaf E, Van Dyck R, Spinhoven P. Prevalence of psychopathology in Dutch epilepsy inpatients: a comparative study. *Epilepsy Behav*. 2001;2(5):441–7.
28. Gudmundson G. Epilepsy in Iceland: a clinical and epidemiological investigation. *Acta Neurol Scand Suppl*. 1966;25:1–124.
29. Bragatti JA, Torres CM, Londero RG, Assmann JB, Fontana V, Martin KC, *et al.* Prevalence of psychiatric comorbidities in temporal lobe epilepsy: the value of structured psychiatric interviews. *Epileptic Disorders*. 2010;12(4):283–91.
30. Victoroff JI, Benson DF, Grafton ST, Engel J, Mazziotta JC. Depression in complex partial seizures electroencephalography and cerebral metabolic correlates. *Arch Neurol*. 1994;51(2):155–63.
31. Strine TW, Kobau R, Chapman DP, Thurman DJ, Price P, Balluz LS. Psychological distress, comorbidities, and health behaviors among US adults with seizures: results from the 2002 National Health Interview Survey. *Epilepsia*. 2005;46(7):1133–9.
32. Kobau R, Gilliam F, Thurman DJ. Prevalence of self-reported epilepsy or seizure disorder and its associations with self-reported depression and anxiety: results from the 2004 Healthstyles Survey. *Epilepsia*. 2006;47(11):1915–21.
33. Edeh J, Toone B. Relationship between interictal psychopathology and the type of epilepsy: results of a survey in general practice. *Br J Psychiatry*. 1987;151(1):95–101.
34. Perini G, Tosin C, Carraro C, Bernasconi G, Canevini M, Canger R, *et al.* Interictal mood and personality disorders in temporal lobe epilepsy and juvenile myoclonic epilepsy. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1996;61(6):601–5.
35. Forsgren L. Prevalence of epilepsy in adults in northern Sweden. *Epilepsia*. 1992;33(3):450–8.
36. Mensah SA, Beavis JM, Thapar AK, Kerr M. The presence and clinical implications of depression in a community population of adults with epilepsy. *Epilepsy Behav*. 2006;8(1):213–9.
37. Pond D, Bidwell B. A survey of epilepsy in fourteen general practices: social and psychological aspects. *Epilepsia*. 1959;1(1–5):285–99.
38. Hermann B, Seidenberg M, Bell B. Psychiatric comorbidity in chronic epilepsy: identification, consequences, and treatment of major depression. *Epilepsia* 2000;41(Suppl. 2):S31–41.
39. Nubukpo P, Preux PM, Houinato D. Psychosocial issues in people with epilepsy in Togo and Benin (WEST Africa). Anxiety and depression measured using Goldberg's scale. *Epilepsy Behav* 2004;5:722–7.
40. Beyenburg S, Damca C. Psychiatric comorbidity in epilepsy. *Bull Soc Sci Med Grand Duche Luxemb* 2005;(3):283–92.
41. World Health Organization. Global burden of mental disorders and the need for a comprehensive, coordinated response from health and social sectors at the country level: report by the Secretariat. Geneva: WHO; 2012. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/78898>. Accessed April 12, 2022.
42. Pulsipher DT, Seidenberg M, Jones J, Hermann B. Quality of life and comorbid medical and psychiatric conditions in temporal lobe epilepsy. *Epilepsy Behav*. 2006;9(3):510–4.

43. Mekuriaw B, Mantefardo B, Molla A, Berhanu G, Mehare T, Belayneh Z. Magnitude, Symptom Presentation and Correlates of Psychological Distress Among People with Epilepsy in Southern Ethiopia: A Cross-Sectional Study. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2020 Sep 18;16:2143-2151.
44. Niriayo YL, Mamo A, Kassa TD, *et al.* Treatment outcome and associated factors among patients with epilepsy. *Sci Rep.* 2018;8(1):1-9.