

ACADÉMIE D'ORLÉANS-TOURS
UNIVERSITÉ DE TOURS

FACULTE DE PHARMACIE « Philippe-Maupas »

Année 2024-2025

N° 41

THÈSE D'EXERCICE
pour le
DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Par
Bruno MEYBLUM

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 3 JUILLET 2025 A 14H

**EVALUATION DE LA QUALITE DE VIE DU PATIENT SOUS
ANTIEPILEPTIQUES**

JURY

Président :

M. BREDELOUX Pierre, Pharmacien, Maitre de conférences, UFR Pharmacie - TOURS

Membres :

M. TULOUP Vianney, Pharmacien hospitalo-universitaire - TOURS

Mme. PHEAR Manavy, Pharmacien titulaire d'officine - CHATEAUDUN

ANNEE : 2024 - 2025

Directeur : Pr Denys BRAND

Directeur Adjoint : M. Matthieu JUSTE

**Assesseurs : M. Gildas PRIE, Mme Mélanie BOUVIN PLEY, Mme Emilie ALLARD-VANNIER,
M. Bruno GIRAUDAU, Mme Claire POUPLARD, Mme Audrey OUDIN, Mme GERMON
Stéphanie**

ENSEIGNANTS

16 PROFESSEURS D'UNIVERSITÉ

ALLARD-VANNIER	Emilie	PHARMACIE GALENIQUE
ALLOUCHI	Hassan	CHIMIE PHYSIQUE
BOUDESOCQUE-DELAYE	Leslie	PHARMACOGNOSIE
BRAND	Denys	MICROBIOLOGIE
BRAIBANT	Martine	MICROBIOLOGIE
CHEVALIER	Stéphane	BIOCHIMIE GENERALE & BIOTHERAPIE
CHOURPA	Igor	CHIMIE ANALYTIQUE
CLASTRE	Marc	BIOLOGIE CELLULAIRE & BIOCHIMIE VEGETALE
DIMIER-POISSON	Isabelle	PARASITOLOGIE & MYCOLOGIE MEDICALES, IMMUNITE ANTI-
ENGUEHARD-GUEIFFIER	Cécile	CHIMIE THERAPEUTIQUE
MAHEO	Karine	PHYSIOLOGIE
MAUPOIL-DAVID	Veronique	PHARMACOLOGIE
MUNNIER	Émilie	PHARMACIE GALENIQUE
TAUBER	Clovis	BIOPHYSIQUE & BIOINFORMATIQUE
VELGE-ROUSSEL	Florence	IMMUNOLOGIE PARASITAIRE
VIAUD-MASSUARD	Marie-Claude	CHIMIE ORGANIQUE

6 PROFESSEURS D'UNIVERSITÉ ET PRATICIENS HOSPITALIERS

ANTIER	Daniel	PHARMACIE CLINIQUE
ARLICOT	Nicolas	BIOPHYSIQUE & BIOINFORMATIQUE
EMOND	Patrick	BIOPHYSIQUE & BIOINFORMATIQUE
GIRAUDAU	Bruno	SANTÉ PUBLIQUE, BIostatistique & ÉPIDÉMIOLOGIE
LANOTTE	Philippe	MICROBIOLOGIE
POUPLARD	Claire	HEMATOLOGIE

2 PROFESSEURS ÉMERITES

BARIN	Francis	MICROBIOLOGIE
THIBAUT	Gilles	IMMUNOLOGIE

33 MAITRES DE CONFÉRENCES

AUBREY	Nicolas	BIOCHIMIE GENERALE & BIOTHERAPIE
BESSION	Pierre	PHYSIOLOGIE

BIRER-WILLIAMS	Caroline	BIOLOGIE CELLULAIRE & BIOCHIMIE VEGETALE
BONNIER (disponibilité)	Franck	CHIMIE ANALYTIQUE
BORDY	Romain	PHARMACOLOGIE & TOXICOLOGIE
BOUVIN-PLY	Mélanie	MICROBIOLOGIE
BREDELOUX	Pierre	PHARMACOLOGIE
DAVID	Stéphanie	PHARMACIE GALENIQUE
DEBIERRE-GROCKIEGO	Françoise	PARASITOLOGIE & MYCOLOGIE MEDICALES, IMMUNITE ANTI-
DELAYE	Pierre-Olivier	CHIMIE THERAPEUTIQUE
DENEVAULT	Caroline	CHIMIE THERAPEUTIQUE
DOUZIECH-EYROLLES	Laurence	AFFAIRE REGLEMENTAIRE ET MANAGEMENT DE LA QUALITE
DUMAS	Jean-François	BIOCHIMIE GENERALE ET BIOTHERAPIE
GERMON	Stéphanie	PARASITOLOGIE & MYCOLOGIE MEDICALES, IMMUNITE ANTI-
GLEVAREC	Gaëlle	BIOLOGIE CELLULAIRE & BIOCHIMIE VEGETALE
HERVE-AUBERT	Katel	CHIMIE ANALYTIQUE
JUSTE	Matthieu	PARASITOLOGIE & MYCOLOGIE MEDICALES, IMMUNITE ANTI-
LAJOIE	Laurie	IMMUNOLOGIE
LANOUE	Arnaud	BIOLOGIE CELLULAIRE & BIOCHIMIE VEGETALE
MARC	Jillian	BIOMOLECULES ET BIOTECHNOLOGIES VEGETALES
MAVEL	Sylvie	CHIMIE THERAPEUTIQUE
LOUDIN	Audrey	BIOLOGIE CELLULAIRE & BIOCHIMIE VEGETALE
POUPET	Cyril	BIOLOGIE CELLULAIRE & BIOCHIMIE VEGETALE
PASQUALIN	Côme	PHARMACOLOGIE
PRIE	Gildas	CHIMIE ORGANIQUE
SAHLI	Ramla	PHARMACOGNOSIE
SIEROCKI	Pierre	CHIMIE ORGANIQUE
SOUCE	Martin	CHIMIE ANALYTIQUE
VERCOUILLIE	Johnny	BIOPHYSIQUE & BIOINFORMATIQUE
VERGER	Alexis	PHARMACIE GALENIQUE
VERGOTE	Jackie	AFFAIRE REGLEMENTAIRE ET MANAGEMENT DE LA QUALITE
VIERRON	Emilie	SANTÉ PUBLIQUE, BIostatistique & ÉPIDÉMIologie
ZHANG	Bei-Li	PHARMACOLOGIE

1 MAST

CAMUS GABRIEL	Mathilde	<i>Filière Officine</i>
---------------	----------	-------------------------

5 MAITRES DE CONFÉRENCES ET PRATICIENS HOSPITALIERS

FOUCAULT-FRUCHARD	Laura	PHARMACIE CLINIQUE
FOUCAULT	Amélie	HEMATOLOGIE
MARLET	Julien	MICROBIOLOGIE
POUPIN	Pierre	SANTÉ PUBLIQUE, BIostatistique & ÉPIDÉMIologie
VEYRAT DUREBEX	Charlotte	BIOCHIMIE CLINIQUE

3 AHU (Assistant Hospitalier Universitaire)

BOULARD	Pierre	IMMUNOLOGIE
DOUEZ	Emmanuel	PHARMACIE GALENIQUE

TULOUP	Vianney	PHARMACIE CLINIQUE
		1 PRAG

WALTERS-GALOPIN	Susan	ANGLAIS
-----------------	-------	---------

1 CONTRAT D'ENSEIGNEMENT

GERBIER	Soledad	ANGLAIS
---------	---------	---------

3 CHARGÉS DE RECHERCHE

EPARDAUD	Mathieu	INRAE
MEVELEC	Marie-Noëlle	INRAE
MOIRE	Nathalie	INRAE



SERMENT DE GALIEN

En présence des Maitres de la Faculté, je fais le serment :

D'honorer ceux qui m'ont instruit(e) dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle aux principes qui m'ont été enseignés et d'actualiser mes connaissances ;

D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de Déontologie, de l'honneur, de la probité et du désintéressement ;

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers la personne humaine et sa dignité ;

En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels ;

De ne dévoiler à personne les secrets qui m'auraient été confiés ou dont j'aurais eu connaissance dans l'exercice de ma profession ;

De faire preuve de loyauté et de solidarité envers mes collègues pharmaciens ;

De coopérer avec les autres professionnels de santé ;

***Que les Hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert(e) d'opprobre et méprisé(e) de mes confrères si j'y manque.***

Date : 03 Juillet 2025

MEYBLUM Bruno

***Le Doyen de la Faculté
Professeur Denys BRAND***

REMERCIEMENTS

Au jury de thèse,

A M. Pierre BREDELOUX,

Professeur en pharmacologie à la faculté de pharmacie « Philippe Maupas » de TOURS,

Pour m'avoir fait l'honneur de présider cette thèse,
Pour son enseignement au cours de ces années d'études ;

A M. Vianney TULOUP,

Pharmacien hospitalo-universitaire à TOURS,

Pour m'avoir fait l'honneur de diriger ma thèse ainsi que de m'avoir donner les conseils nécessaires pour l'avancement de celle-ci,

Pour l'ensemble des choses que vous m'avez montré durant le stage hospitalo-universitaire lors des transmissions et des staffs ;

A Mme Manavy PHEAR,

Pharmacien titulaire à CHATEAUDUN,

Pour m'avoir laissé ma chance en 2021 à faire mes premiers pas au sein de votre officine. Grâce à vous, j'ai pu apprendre les différents aspects de l'officine que ça soit sur l'aspect pratique au comptoir ou l'aspect de gestion. Vous avez réussi à me faire apprécier le métier de pharmacien à travers l'ensemble des conseils que vous m'avez prodigué et je ne vous en remercierai jamais assez pour ça.

**A l'ensemble des enseignants et de l'équipe de l'UFR des sciences pharmaceutiques
« Philippe Maupas »,**

Pour leur investissement ainsi que pour leurs précieux enseignements au cours de toutes ces années d'études.

A ma famille,

A ma mère,

 Jour après jour tu m'as accompagné tout au long de mes études depuis la première année jusqu'à la dernière. Tu as su me rassurer et me réconforter lorsque ça n'allait pas. Merci pour tout ce que tu as fait.

A mon père,

 Tu n'es plus là aujourd'hui mais tu resteras à jamais dans mon cœur. Merci de m'avoir permis de faire ces études et de m'avoir accompagné tout au long de celles-ci et d'avoir cru en moi.

Au reste de mes proches,

 Merci à vous d'être présent à mes côtés à la fois en ce jour et à la fois dans ma vie.

A ma future épouse Elora

Depuis presque 6 ans, je suis sur l'autoroute du bonheur à tes côtés. Tu es mon pilier. Sans toi ma vie ne serait pas la même. Je peux tout te dire. Tes conseils sont objectifs et sont le plus souvent justes. Je n'ai pas besoin de te faire un roman pour te dire à quel point je t'aime et je suis fier de t'avoir à mes côtés.

A mes amis,

A Joanne,

Cela fait maintenant plus de 15 ans que nous nous connaissons. Même si nous nous voyons un peu moins à cause de nos emplois du temps de ministre, tu es et tu resteras à jamais une amie.

A Julien,

Mon acolyte depuis des années, je me souviens encore des parties de Playstation passées ensemble les mercredis et week-end durant le lycée. Je suis content de t'avoir à mes côtés et te remercie encore pour tous tes coaching dans la course à pied. Grâce à toi, je me suis remis au sport.

A Soussène,

Je peux le dire sans hésitation, tu es une personne exceptionnelle. Les appels passés ensembles pour réviser nos partiels, nos dépressions durant ces années scolaires m'auront marqué. Hâte de festoyer notre diplôme que l'on aura plus que mérité depuis toutes ces années.

A Bastien, Clémence et Luana,

Nous nous connaissons depuis 2 ans et je peux le dire, sans vous, mes dernières années de pharmacie auraient été moins fun. Entre nos jeux durant les TD, les sorties champignons et même les soirées jeux passées avec vous, on peut dire que l'on a pas eu le temps de s'ennuyer. Merci encore d'égayer ma vie avec votre présence.

Au reste de ma camaraderie,

Malgré la distance qui nous sépare et malgré le fait que nous soyons moins en contact, votre présence m'aura été précieuse et je ne vous en serais jamais assez reconnaissant.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	6
TABLE DES MATIÈRES	10
LISTE DES ABREVIATIONS	12
TABLE DES TABLEAUX.....	13
TABLE DES FIGURES	14
INTRODUCTION	15
I. PREMIÈRE PARTIE : GÉNÉRALITÉ SUR L'ÉPILEPSIE.....	16
A. Définition	16
B. Physiopathologie	16
C. Classification des formes d'épilepsie	21
1. Crises focales	22
2. Crises généralisées	23
4. Syndromes épileptiques	24
D. Diagnostic.....	26
E. Facteurs déclenchants.....	27
F. Traitements.....	28
1. Traitements médicamenteux	28
2. Traitements non médicamenteux	30
3. Traitement chirurgical.....	31
G. Prise en charge.....	32
1. Pharmacologique.....	32
2. Non pharmacologique	33
H. Population particulière	34
1. La femme enceinte	34
2. L'enfant	36
3. Le sujet âgé	36
4. Le sujet pharmacorésistant.....	36
II. DEUXIÈME PARTIE : ANALYSE DES DONNÉES	38
A. Matériels et Méthodes	38
B. Résultat.....	38
D. Discussion	48
III. RECOMMANDATIONS	49
V. CONCLUSION.....	51

VI.	ANNEXES	52
VIII.	RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	61

LISTE DES ABREVIATIONS

AE : Antiépileptique

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

CBZ : Carbamazépine

EEG : Electroencéphalogramme

ETP : Education thérapeutique du patient

GABA : Acide gamma-aminobutyrique

GBP : Gabapentine

IRM : Imagerie par résonance magnétique

LTG : Lamotrigine

LVT : Lévétiracétam

OXC : Oxcarbazépine

PAP : Plan d'Accompagnement Personnalisé

TDM : Tomodensitométrie

TPM : Topiramate

VPA : Acide valproïque

TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Proposition de la classification des syndromes épileptiques par la LICE.	25
Tableau 2 : Données démographiques de la population étudiée.	40
Tableau 3 : Données cliniques et psychologiques de l'étude.	45

TABLE DES FIGURES

Figure 1 : Les différents lobes du cerveau.	17
Figure 2 : Schéma d'un neurone.	18
Figure 3 : Schéma d'une synapse.....	18
Figure 4 : Schéma représentant le fonctionnement d'une synapse en conditions normales et en conditions pathologiques (épilepsie).	20
Figure 5 : Schéma de la balance GABA et glutamate en situation normale et pathologique...	21
Figure 6 : Démarche de la classification des épilepsies (D'après Scheffer et al 2017, traduit par Nabbout et al, 2020).	22
Figure 7 : Schéma représentant la méthode d'enregistrement du signal électrique du cerveau durant un EEG.	26
Figure 8 : Lésion responsable d'épilepsie (dysplasie corticale focale) visible sur l'IRM cérébrale du patient (encadré bleu, image de gauche).	31
Figure 9 : Système implantable typique de stimulation du nerf vague.	32
Figure 10 : Schéma représentant les différentes anomalies du palais.	35
Figure 11 : Histogramme représentant le ressenti de l'annonce de la maladie du patient avant la prise d'un traitement pharmacologique.	42
Figure 12 : Histogramme représentant le ressenti de l'annonce de la maladie du patient après la prise d'un traitement pharmacologique.	47
Figure 13 : Exemple de carte patient(e) pouvant être donnée (recto)	49
Figure 14 : Exemple de carte patient(e) pouvant être donnée (verso).....	49

INTRODUCTION

Le mot « épilepsie » provient du grec « epilêpsis » se traduisant par « surprise » ou « rétention de tous les sentiments ». Cette origine grecque traduit le fait que l'épilepsie est une pathologie reconnue depuis des milliers d'années. Néanmoins, les progrès de la médecine ainsi que des sciences pharmaceutiques ont permis l'avancée de la compréhension et de la prise en charge de la pathologie.

Malgré une prise en charge adaptée, la représentation et l'acceptation de la pathologie reste patient-dépendante. C'est pourquoi nous avons décidé de mener une étude de cohorte auprès de ces patients à l'officine et à l'hôpital à l'aide d'un questionnaire permettant d'en savoir plus sur eux et sur leur maladie. Ce questionnaire permet de retracer, du point de vue du patient, la manière dont ils ont vécu le diagnostic et la prise en charge de leur pathologie. Il a également pour objectif d'établir le rôle du professionnel de santé, toujours du point de vue du patient. Ce questionnaire permet aussi de faire l'état des lieux des méthodes proposées au patient dans la prise en charge de sa pathologie. Toutes ces informations permettront d'évaluer la qualité de vie des patients avec ou sans antiépileptiques.

Dans un premier temps, nous aborderons l'épilepsie dans sa globalité en évoquant la physiopathologie, les différentes formes associées ainsi que sa prise en charge grâce aux traitements pharmacologiques mais également des traitements non médicamenteux et des traitements chirurgicaux.

Dans un second temps, nous interpréterons les résultats de l'étude dans le but de savoir si un traitement a permis une amélioration ou non de la qualité de vie des patients épileptiques.

Chacun est différent. Comprendre le ressenti et rester à l'écoute des patients épileptiques pourra peut-être améliorer leur quotidien et leur prise en charge dans notre société.

I. PREMIÈRE PARTIE : GÉNÉRALITÉ SUR L'ÉPILEPSIE

A. Définition

Il faut revenir en Antiquité et plus précisément en Inde pour avoir les premières manifestations recensées de l'épilepsie. Celles-ci se manifestaient par des crises convulsives, des cris ainsi que des chutes. De nos jours, on classerait ce type de crises comme étant des crises tonico-cloniques ou « grand-mal ». Une croyance sacrée y était souvent associée (manifestation divine ou diabolique). (1)

C'est entre le V^{ème} et le IV^{ème} siècle avant J-C que l'on retrouve dans les écrits d'Hippocrate une association entre une anomalie de l'encéphale et l'épilepsie. (2) Cependant, il aura fallu attendre le XIX^{ème} siècle pour considérer l'épilepsie est une maladie neurologique centrale.

Hans Berger, neurologue allemand né en 1873, met en évidence une nouvelle méthode permettant d'enregistrer l'activité neuronale par la pose d'électrodes sur la tête du patient. Cette méthode a permis de montrer qu'un sujet épileptique possède une activité neuronale différente d'un sujet sain. (3)

De nos jours, on peut définir l'épilepsie comme étant une maladie neurologique chronique caractérisée par des interruptions récurrentes et imprévisibles d'une fonction cérébrale normale. (4)

Actuellement, l'épilepsie est la seconde maladie neurologique derrière la maladie d'Alzheimer. Il existe environ 50 millions d'épileptiques dans le monde avec une majorité de personnes vivant dans des pays à revenus plus ou moins faibles créant des inégalités en ce qui concerne l'accès aux soins et plus particulièrement à un traitement. En France, on dénombre 600 000 personnes diagnostiquées épileptiques, soit 0.9% de la population (5).

B. Physiopathologie

Avant de rentrer dans la physiopathologie de l'épilepsie, il est important de poser certaines bases anatomiques permettant la bonne compréhension de celle-ci.

Il existe 5 régions au sein du cerveau ; 4 lobes ainsi que le cervelet (Fig. 1). Chacun jouera un rôle clé dans le fonctionnement de notre corps (6) :

- Lobe pariétal : il joue un rôle dans le toucher, la position du corps, la thermorégulation et la douleur.
- Lobe occipital : il a une action dans le traitement visuel (ordonne, interprète et intègre les informations visuelles).
- Lobe frontal : il agit sur la mémoire, le langage, les émotions ainsi que le contrôle musculaire.

- Lobe temporal : il contrôle l'odorat, le goût et l'ouïe.
- Cervelet : il permet de contrôler l'équilibre, la parole ainsi que la coordination des différents mouvements. Il a un rôle de jonction entre le cerveau et la moelle épinière.

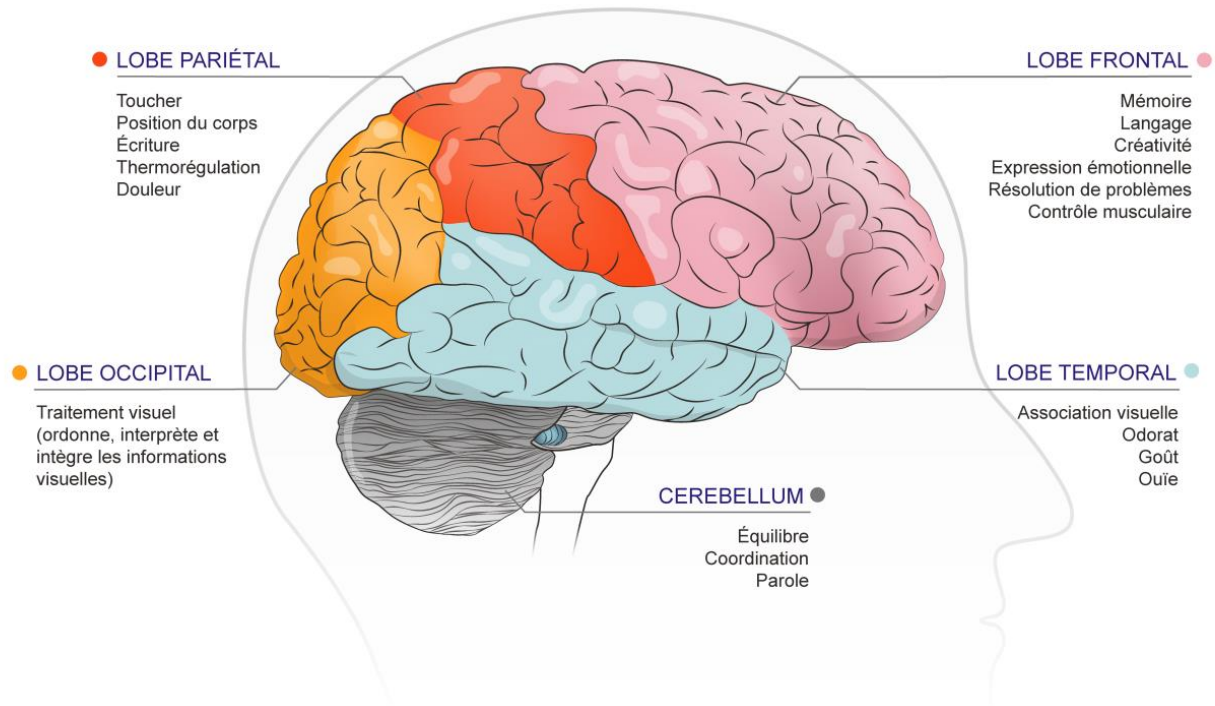


Figure 1 : Les différents lobes du cerveau. (6)

Le cerveau est composé de 100 milliards de cellules nerveuses appelés « neurones ». (6) Ils sont composés de trois parties : le corps cellulaire, les dendrites et l'axone. Ces trois parties sont composés (Fig. 2) :

- Le corps cellulaire :
 - o Noyau : il sert au bon fonctionnement du neurone et contient le matériel génétique. (7)
 - o Cytoplasme et sa membrane.
- L'axone : allant de quelques millimètres jusqu'à un mètre, les axones sont entourés d'une gaine de myéline dans une grande partie des cas permettant la propagation de l'influx nerveux. Lorsque le neurone reçoit un message (8), cet influx nerveux aura pour rôle d'aller jusqu'aux terminaisons nerveuses. (6)
- Les dendrites : elles permettent la communication entre plusieurs neurones grâce aux synapses. (9)

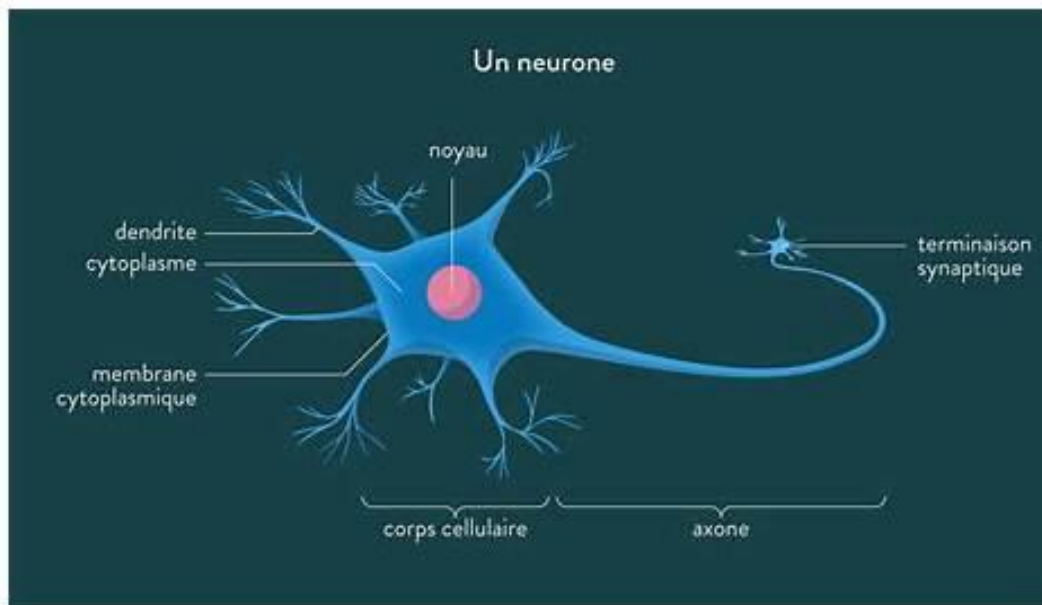


Figure 2 : Schéma d'un neurone. (10)

Comme vu précédemment, une synapse permet la communication entre deux neurones (Fig.3). Il en existe deux types : les synapses électriques et les synapses chimiques. La principale différence entre ces deux types sont que les synapses chimiques nécessitent des neurotransmetteurs pour permettre la communication. Au niveau des synapses, il existe de petites fentes synaptiques. Celles-ci sont nécessaires pour la communication car il faut impérativement que ces neurotransmetteurs aillent se fixer au niveau des fentes de l'autre neurone. (11) En ce qui concerne les synapses électriques, il n'y a pas de neurotransmetteurs. Les membranes des deux neurones sont les plus rapprochés et l'influx électrique est légèrement plus lent. (11)

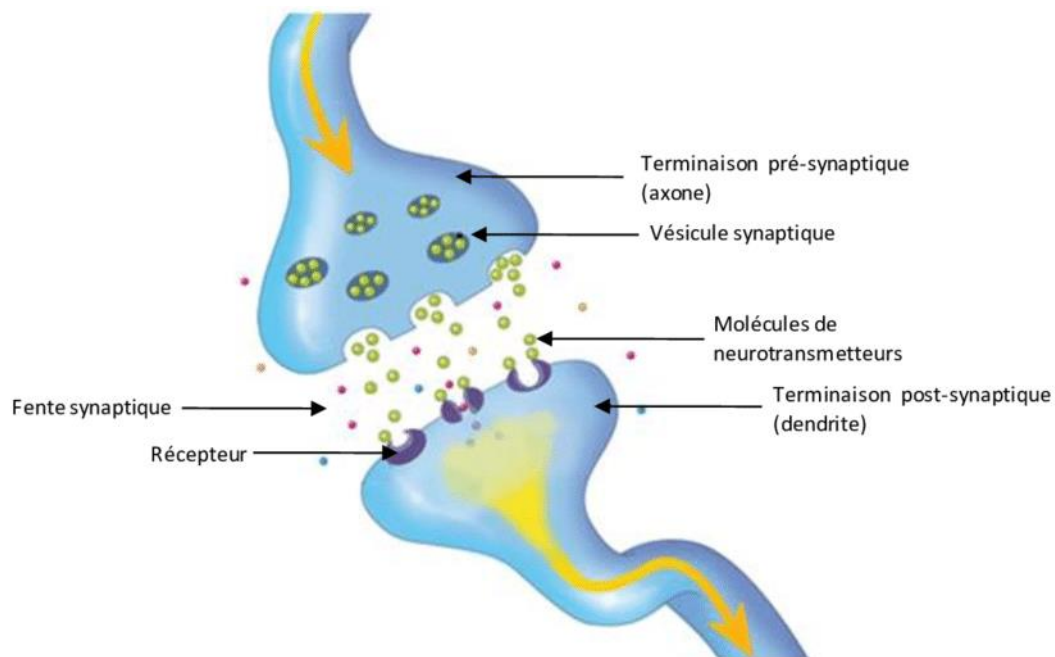


Figure 3 : Schéma d'une synapse (12)

En cas de crise d'épilepsie, on observe une hyperexcitabilité des neurones provoquant un déséquilibre au sein des synapses. (Fig.4)

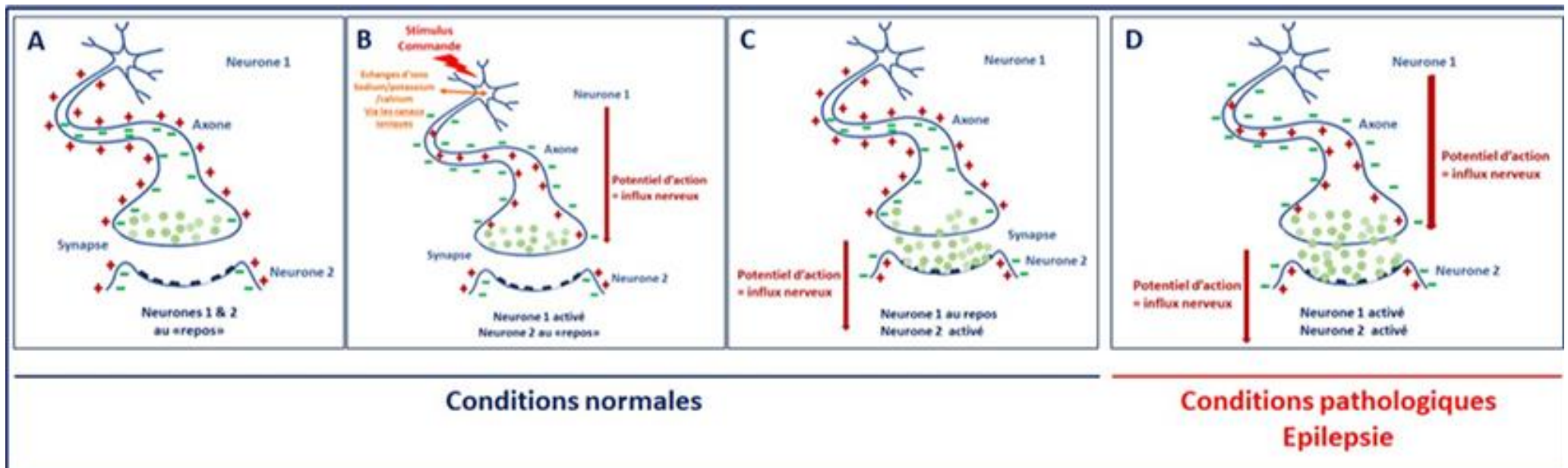


Figure 4 : Schéma représentant le fonctionnement d'une synapse en conditions normales et en conditions pathologiques.(épilepsie)(13)

En effet, celle-ci provoque « un orage électrique »(14) provoquant elle-même une succession de potentiels d'actions sans phases de repos. Cela est due au déséquilibre entre l'équilibre de la neurotransmission inhibitrice (GABA) et de la neurotransmission excitatrice (glutamate).(15) Dans certaines formes d'épilepsies, il y a une hyperexcitabilité neuronale due à la diminution de la neurotransmission inhibitrice GABA et une augmentation de la neurotransmission excitatrice (glutamate). (Fig.5) Ce déséquilibre est à l'origine de l'épileptogénèse.(16,17)

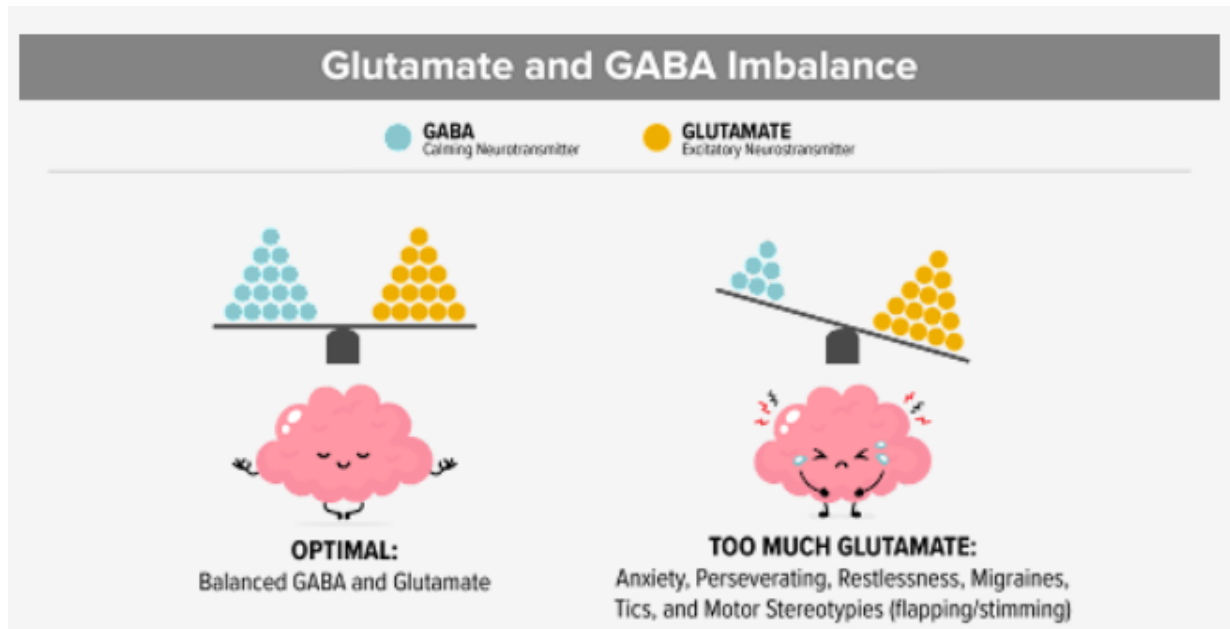


Figure 5 : Schéma de la balance GABA et glutamate en situation normale et pathologique. (16)

Le but des traitements pharmacologiques est d'agir en bloquant l'hyperexcitabilité en contrebalançant le déséquilibre par une augmentation de la neurotransmission GABA ainsi qu'une diminution de la neurotransmission du glutamate. (15)

Cette succession de potentiels d'actions permet d'identifier le foyer épileptique, c'est-à-dire, là où se déroule la crise dans le cerveau. (13)

En fonction de l'endroit où se situe le foyer, les symptômes ne sont pas les mêmes. Si le foyer se limite à une zone dans le cerveau, on parlera de crise focale. Néanmoins, si les décharges touchent l'ensemble du cerveau, c'est-à-dire les deux hémisphères, on parlera de crises généralisées. (14,18)

C. Classification des formes d'épilepsie

La classification de l'épilepsie est plus qu'importante dans la prise en charge de celle-ci. En effet, la classer nous permet d'adapter la prise en charge car la stratégie thérapeutique n'est pas la même selon le type d'épilepsie et plus précisément le type de crise. Selon l'ILAE (International League Against Epilepsy), un diagnostic à trois niveaux doit être recherché en commençant par le type de crise puis le type d'épilepsie et enfin le syndrome épileptique.(19,20)

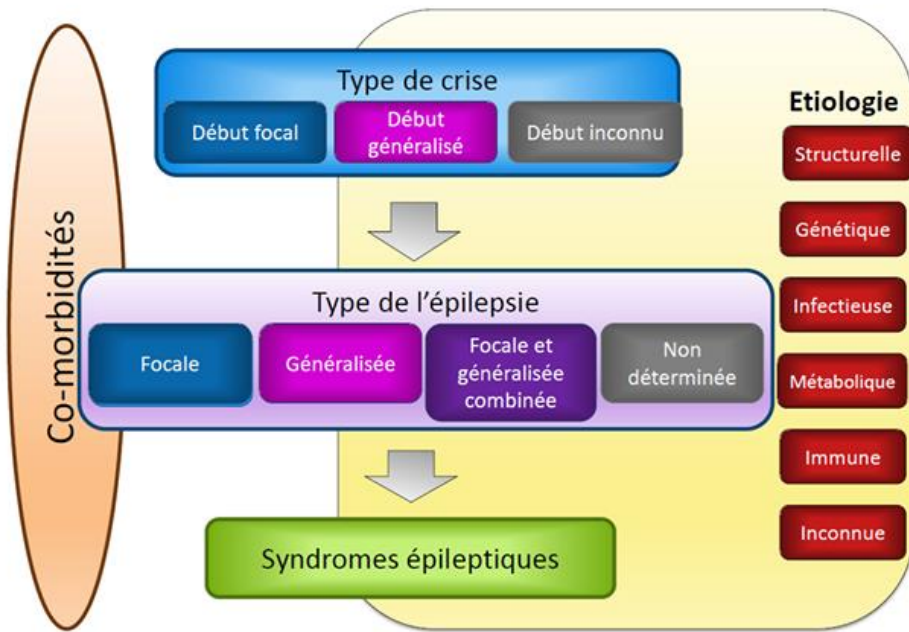


Figure 6 : Démarche de la classification des épilepsies (D'après Scheffer et al 2017, traduit par Nabbout et al, 2020) (20)

1. Crises focales

Appelées aussi crises partielles, les crises focales s'étendent à une seule partie du cerveau permettant d'éviter une perte de connaissance durant une crise. L'avant crise du patient se manifeste par une « aura », symptôme sensoriel permettant la localisation de la zone cérébrale mise en cause.(21) Les crises focales se divisent en deux parties distinctes, les crises partielles simples et complexes dont les manifestations cliniques les plus fréquentes pourront être(22,23) :

- Symptômes moteurs : mouvements involontaires
- Symptômes sensoriels : pouvant provoquer des hallucinations des sens (la vue, l'odorat, l'ouïe, le goût et le toucher).
- Symptômes végétatifs : altération du rythme cardiaque, hypersalivation, polypnée ...
- Symptômes psychiques : troubles des émotions pouvant conduire à des terreurs, des sensations de déjà-vu ainsi que des troubles du langage.

Tous ces symptômes ne sont pas retrouvés systématiquement. Néanmoins, le sujet présente à minima au moins un d'entre eux avant une crise. Les principales différences entre les crises partielles simples et complexes sont la durée de la crise ainsi que l'altération de la conscience. En effet, lors d'une crise partielle complexe, le sujet aura une perte de contact avec son entourage se manifestant par un regard vide ou une immobilisation nette.(24) Cette perte de contact avec l'extérieur provoquera un temps d'arrêt où le sujet n'aura plus conscience de

ce qu'il fait. Une fois la crise faite, le sujet pourra reprendre une activité comme si rien ne s'était passé.

2. Crises généralisées

A contrario des épilepsies focales, les décharges électriques provoquant une crise généralisée vont toucher les deux hémisphères du cerveau. Quatre grands types de crises se démarquent par leurs manifestations cliniques, leurs intensités et leurs durées.

Les crises tonico-cloniques, souvent appelé « le grand mal » sont de brèves crises durant en moyenne une minute. Trois grandes phases sont observables lorsqu'une crise apparaît.(24) La première phase est tonique, c'est-à-dire que le sujet chutera et présentera une révulsion oculaire, une tachycardie ainsi qu'une raideur musculaire. Succèdera une phase clonique durant laquelle des spasmes (contraction musculaire involontaire) remplaceront la rigidité musculaire. Le sujet pourra se mordre la langue, hypersécréter de la salive et présenter des pertes d'urines ainsi que de selles.(24,25) La fin de la crise se manifestera par une phase de récupération, entraînant une fatigue liée aux spasmes musculaires, un état de confusion et des maux de têtes. Le sujet ne gardera aucun souvenir de sa crise et il sera important de le mettre en position latérale de sécurité pour permettre la libération des voies aériennes supérieures.(24,26)

Les crises myocloniques sont brèves et se produisent au réveil. Elles sont en général de l'ordre de quelques secondes avec la présence de spasmes musculaires. Ce qui les différencie des crises tonico-cloniques est la perte de conscience car une crise myoclonique ne provoquera pas de perte de conscience.(25,27)

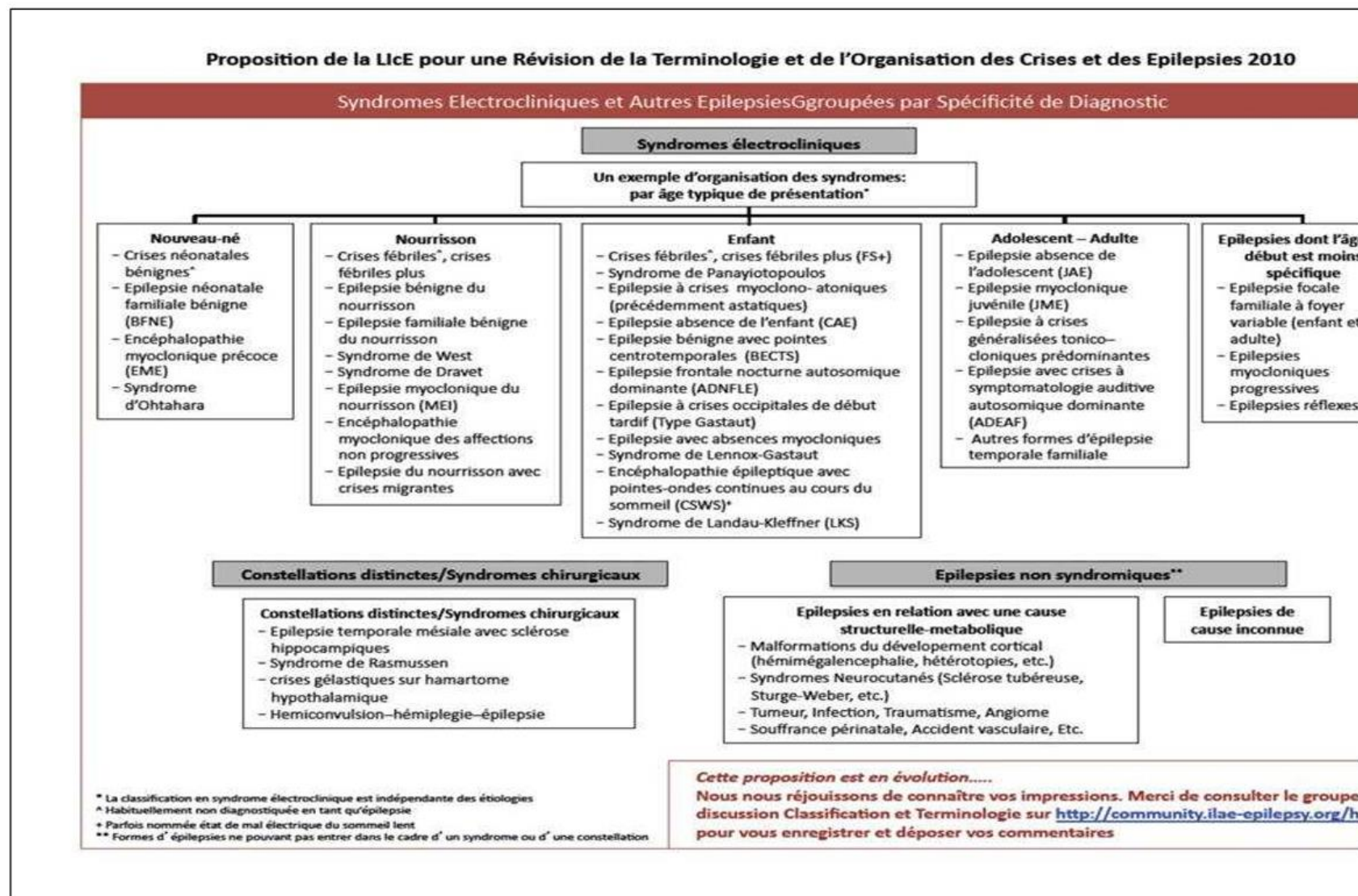
Plus rare, les crises atoniques sont aussi handicapante que les autres formes de crises. En effet, celles-ci se manifestent par une perte du tonus musculaire provoquant des chutes. Des traumatismes peuvent être fréquents. C'est pourquoi il est essentiel d'examiner le patient après une chute.(24,25)

Enfin, les absences généralisées sont les dernières formes de crise. Elles se manifestent par un arrêt brutal de l'activité en cours. La personne aura un regard vide de l'ordre de quelques secondes et ne se souviendra pas de l'épisode vécu. (24,28) Pouvant se produire plusieurs fois par jour et durant quelques secondes sans la présence de manifestation de spasmes musculaires, elles peuvent passer inaperçues dans une majorité de cas. (29)

4. Syndromes épileptiques

Les syndromes épileptiques sont définis comme étant un ensemble de manifestations cliniques et paracliniques comme les outils diagnostics et les crises.(30,31) Ils touchent tout âge et peuvent amener à une rémission ou engendrer des déficiences intellectuelles. Il faut souligner le fait qu'un syndrome épileptique n'a pas de corrélation parfaite avec un diagnostic mais a pour rôle de guider la conduite à tenir.(31)

Tableau 1 : Proposition de la classification des syndromes épileptiques par la LICE (Berg et al., 2010)(30)



D. Diagnostic

Le diagnostic représente une étape clé dans la prise en charge de l'épilepsie. La première partie du diagnostic repose sur une anamnèse, c'est-à-dire un ensemble d'informations données par le patient lors de l'interrogatoire. Le patient parlera de ses antécédents, des événements arrivés avant, durant la crise et après que celle-ci soit arrivée. (32) Dans la plupart des cas, le praticien présent durant cet échange est un neurologue ou un neuropédiatre. Il pourra poser un diagnostic en fonction de la pertinence des informations données par le patient durant l'entretien. (32,33)

L'anamnèse n'est qu'une étape dans le diagnostic de l'épilepsie. En effet, il est indispensable d'accompagner cette première partie du diagnostic d'un EEG (Electroencéphalogramme), examen neurologique permettant d'enregistrer l'activité électrique cérébrale à l'aide d'électrodes posées sur le cuir chevelu. (34,35)

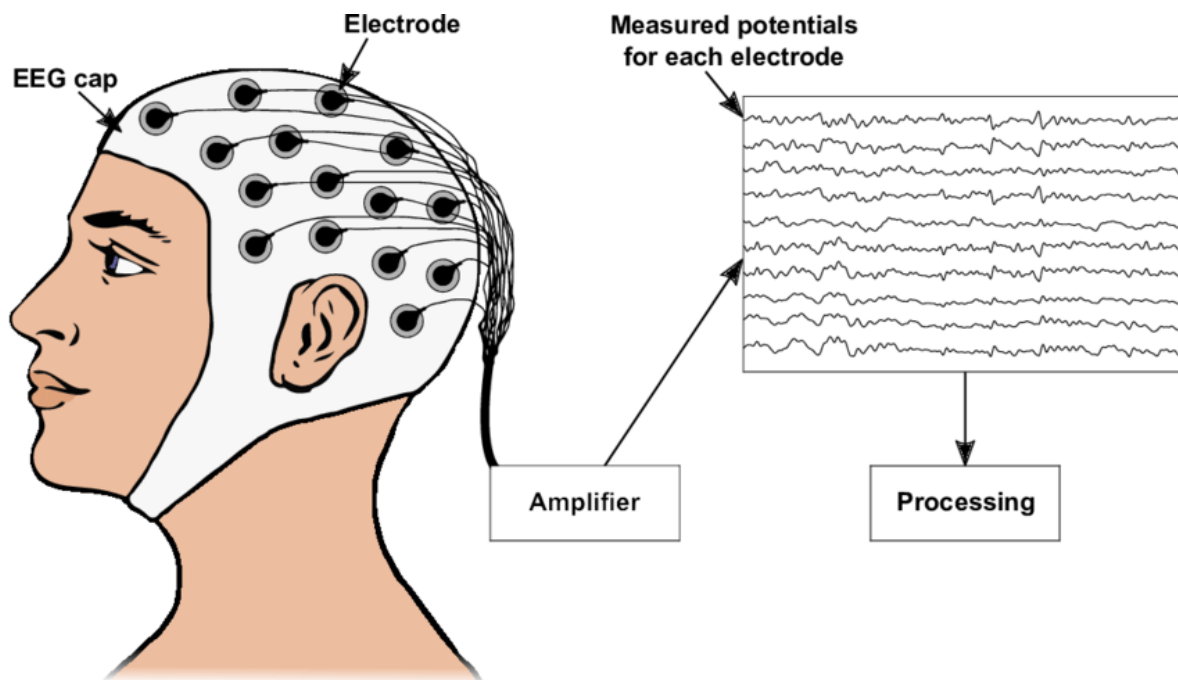


Figure 7 : Schéma représentant la méthode d'enregistrement du signal électrique du cerveau durant un EEG. (35)

L'EEG est un examen neurologique non invasif permettant le diagnostic de l'épilepsie, des troubles du sommeil ainsi que des lésions cérébrales. (36) Faire un EEG est plus qu'intéressant car il nous permettra dans un premier temps d'identifier le type d'épilepsie du patient mais aussi de permettre le suivi de la maladie si celle-ci évolue. (37) Il faut compter une trentaine de minutes pour faire un EEG. Le patient sera, soit allongé soit semi assis. L'enregistrement du signal électrique se fait au repos ainsi que durant des phases de stimulation. Le patient est amené à faire une épreuve d'hyperpnée pour détecter de mineures anomalies. Cela consiste à ouvrir et fermer les yeux à plusieurs reprises ainsi qu'à faire de profondes respirations pendant cinq minutes. (38,39) Une stimulation lumineuse sera également réalisée. Des flashs lumineux seront lancés pendant quelques minutes et pourront être responsables de

crises d'épilepsies dans certains cas. (39) Une fois l'examen terminé, le praticien n'aura plus qu'à interpréter les résultats et poser son diagnostic.

D'autres techniques d'imageries comme l'imagerie par résonance magnétique (IRM) et la tomodensitométrie (TDM) pourront être utilisées dans le but d'affiner le diagnostic. (40) En effet, ces examens permettent de réaliser différentes images de notre cerveau permettant la détection ou non d'anomalies pouvant engendrer des crises. (40,41)

E. Facteurs déclenchants

Pour que ces crises apparaissent, il est nécessaire que le seuil épileptogène soit atteint. Ce seuil est propre à chacun mais se différencie par son niveau d'activité. Un sujet épileptique se voit avoir un seuil épileptogène plus faible que la normale. Cela signifie qu'une activité électrique plus élevée que la normale aura plus de chance de provoquer une crise d'épilepsie que chez une personne non atteinte d'épilepsie.(42)

En effet, ce seuil nous protège du déclenchement de décharges électriques, ainsi que de leur propagation à l'ensemble du cerveau et est propre à chacun. (43,44) Le sujet épileptique aura un seuil plus faible. Outre le fait qu'il soit plus bas, des éléments déclencheurs peuvent favoriser l'apparition de crises.

Des molécules comme le néfopam, le lithium, le tramadol ... sont contre indiquées chez le patient épileptique. En effet, celles-ci abaissent le seuil épileptogène et vont contrecarrer les effets des AE.

Agissant comme une couverture de protection, l'oubli de prise du traitement favorisera l'apparition de crises d'épilepsie.

L'hygiène de vie joue un rôle clé dans le déclenchement des crises. Un manque de sommeil est l'une des principales causes favorisant l'apparition d'une crise d'épilepsie. C'est pourquoi il est conseillé d'avoir un rythme de sommeil constant (se coucher à heure fixe de préférence).(45) Le stress est aussi un facteur à prendre compte car selon 70% des patients épileptiques (46), celui-ci est à l'origine de crises. C'est pourquoi il est nécessaire d'essayer de contrôler son stress, notamment via des méthodes de méditation et/ou relaxation.

Toutes les drogues dont l'alcool sont à limiter car elles sont des facteurs majeurs de crises (47), ainsi un sevrage alcoolique et une cure de désintoxication peuvent être à envisager chez un patient dépendant.

F. Traitements

1. Traitements médicamenteux

Il existe actuellement de nombreux antiépileptiques commercialisés sur le marché. Néanmoins, certains sont plus couramment utilisés de par leur majeure efficacité.

Acide Valproïque (Dépakine®) :

Cette molécule a pour caractéristique d'être utilisée en première intention dans la prise en charge de l'épilepsie grâce à son grand champ d'action thérapeutique par l'augmentation de la concentration cérébrale de GABA. Celle-ci sera indiquée à la fois dans les crises partielles et dans les crises généralisées (48).

Malgré cette efficacité, cette molécule présente de nombreuses interactions médicamenteuses ainsi que des effets indésirables.

Dans le cadre de la VPA, on peut citer une association déconseillée avec la Lamotrigine, en effet, on risque la survenue de réactions cutanées graves comme le syndrome de Stevens Johnson ou de Lyell (49), ainsi qu'une épidermolyse nécrosante. Néanmoins, l'association entre la LTG et la VPA est fortement utilisée dans la prise en charge des patients. C'est pourquoi l'instauration de la LTG se fait par pallier de façon générale, de telle sorte à éviter ce risque. Ajouté à cela, elle est fortement contre indiquée durant la grossesse, cela sera approfondi un peu plus loin.

Ce principe actif présente des effets indésirables au niveau hépatique essentiellement dans les 6 premiers mois de la prise la VPA pouvant donner des hépatites aiguës résultant d'une élévation des transaminases ainsi que de la bilirubine. D'autres effets indésirables comme l'alopécie, des tremblements ainsi qu'une prise de poids sont souvent associés. (50) C'est pourquoi une surveillance hépatique et sanguine est nécessaire.

Carbamazépine (Tégréol®) :

Agissant principalement en bloquant les canaux sodiques voltages dépendants, elle reste très intéressante car elle sera indiquée dans la prise en charge des crises partielles avec ou sans généralisation secondaire ainsi que les crises tonico-cloniques. (48)

Cependant, elle présente des interactions médicamenteuses essentiellement avec les inhibiteurs du CYP3A4. Cette association provoquerait une augmentation de la concentration en CBZ et ainsi augmenterait les réactions indésirables. Il est nécessaire aussi de faire attention avec les inhibiteurs de la mono amine oxydase (IMAO) car ils abaissent le seuil épileptogène. C'est pourquoi il est recommandé de les arrêter au moins 2 semaines avant la prise de ce traitement. La CBZ est un puissant inducteur enzymatique, c'est-à-dire qu'il stimulera le métabolisme au niveau du foie et augmentera la vitesse de dégradation de certains traitements. Dans le cadre de la contraception hormonale, la CBZ sera un frein à celle-ci due à son effet inducteur conduisant à un échec thérapeutique.(51) Il sera alors recommandé d'ajouter une contraception de type mécanique pour éviter tout risque de grossesse et ainsi pallier à cet échec thérapeutique.(52)

Elle présente comme effets indésirables des réactions allergiques cutanées, des troubles de l'accommodation, un gain de poids ainsi qu'une somnolence diurne.

Tout comme la VPA, il est nécessaire de procéder à une surveillance hépatique au début de la prise du traitement, ainsi qu'une surveillance de la natrémie qui peut baisser. (53)

Oxcarbazépine (Trileptal®)

Analogue de la CBZ, elle agit en bloquant les canaux sodium. Elle est utilisée dans le cadre des crises partielles avec ou sans généralisation secondaire ainsi que dans les crises tonico-cloniques. Son efficacité a été démontrée essentiellement chez l'enfant. (54)

Il est déconseillé d'associer l'OXC avec d'autres AE et tout comme la CBZ, il y aura un risque avec les contraceptifs oraux car l'exposition plasmatique en contraceptif sera diminuée, via un mécanisme d'induction enzymatique puissant. Des effets indésirables communs avec la CBZ comme une somnolence diurne, des réactions cutanées ou même des troubles de l'humeur sont observables.

Une surveillance de la natrémie est fortement recommandée et surtout chez l'insuffisant cardiaque car celui-ci possède une natrémie en dessous des valeurs seuils. (55)

Lamotrigine (Lamictal®) :

La LTG est un principe actif utilisé en 1^{ère} intention dans la prise en charge de l'épilepsie. En effet, celle-ci a pour particularité d'être utilisée dans n'importe quelles formes de crises grâce au blocage des canaux sodium voltages dépendants inhibant ainsi l'activation fréquentes des neurones et la libération de glutamate traduisant donc une propriété anticonvulsivant. (56)

Comme vu précédemment, elle présente particulièrement une association déconseillée avec la VPA ainsi qu'avec la contraception orale hormonale nécessitant un avis médical avant la mise en place de ce traitement.

Comme la plupart des antiépileptiques, la LTG présente différents effets indésirables comme une somnolence diurne, des réactions cutanées (Syndrome de Johnson ou de Lyell dans de rares cas) ou gastro-intestinaux. (57)

Un traitement par lamotrigine ne nécessite pas de surveillances biologique spécifiques. La tolérance du patient et son confort lors de la prise seront monitorés de sorte à adapter la posologie si celle-ci présente trop d'effets indésirables.

Lévétiracétam (Keppra®) :

Le LEV possède un mécanisme d'action assez méconnu mais est utilisé dans le traitement des crises partielles avec ou sans généralisation secondaire chez l'adulte ainsi que dans le cadre des crises myocloniques juvéniles. Il peut être néanmoins utilisé en association avec d'autres AE si une monothérapie n'est pas suffisante. (48) En effet, il possède très peu d'interactions médicamenteuses ce qui le classe dans les AE les plus utilisés en première intention.

Il possède comme très fréquents effets indésirables une somnolence diurne, des maux de têtes et dans de rares cas des troubles du comportement. Chez les sujets âgés, il est également noté une perte d'activité cérébrale d'environ 10%.

Cependant, il faut veiller à effectuer une surveillance rénale car celui-ci est essentiellement excrété sous forme inchangée par les reins ce qui nécessite une adaptation de la posologie chez le sujet insuffisant rénal. (58)

Gabapentine (Neurontin®) :

Utilisée dans les douleurs neuropathiques périphériques, la GBP est aussi utilisée dans différentes formes d'épilepsies comme les crises partielles avec ou sans généralisation secondaire chez l'enfant et l'adulte en bloquant les canaux calciques. Sans interaction pharmacocinétique majeure, l'interaction pharmacodynamique principale de la GBP sera lors de la prescription avec les traitements antalgiques opiacés car le risque de somnolence sera majoré.

Elle présente plusieurs effets indésirables comme des réactions cutanées, une somnolence diurne voire des troubles de la coordination des mouvements.

La prise de GBP dans le cadre de l'épilepsie se fera en 3 prises par jour. Cette prise nécessitera une surveillance étroite auprès du patient pour qu'il ne soit pas sujet à faire des crises.

De plus, une surveillance de toute apparition cutanée sera nécessaire car un risque de rash, ainsi que de Syndrome de Stevens Johnson dans les rares cas risquent d'apparaître, ce qui nécessitera l'arrêt du traitement. (48)

Topiramate (Epitomax®) :

Le TPM est un antiépileptique utilisé en seconde intention dans les crises partielles ainsi que généralisées avec un mécanisme d'action restant encore à préciser. Présentant un métabolisme hépatique, une association avec un inducteur enzymatique sera à déconseiller du fait du risque de réduction de l'efficacité de l'antiépileptique. (59)

Le TPM présente des effets indésirables psychiques comme une dépression nouvelle ou aggravée, une anxiété, une irritabilité ou des troubles de la concentration. (60)

Une surveillance hépatique et de la tolérance seront primordiales de sorte à favoriser une bonne observance et le moins d'effets indésirables importants suite à la prise de TPM.

2. Traitements non médicamenteux

En parallèle des traitements médicamenteux, de nouvelles thérapies ont émergé pour prendre en charge les crises. Le sport, un régime alimentaire adapté ainsi que les activités visant à diminuer l'anxiété en font partie.

Une pratique sportive est recommandée car celle-ci permet la sécrétion d'endorphines qui sont des hormones relaxantes ce qui provoquera une amélioration de la qualité du sommeil ainsi qu'une diminution du stress. (61) Néanmoins il est nécessaire de veiller à ne pas faire n'importe quelle activité sportive dû au risque de celle-ci. En effet, certains sports sont contre-indiqués comme la plongée, l'alpinisme ou l'escalade, car ils présentent un risque important en cas de survenue d'une crise convulsive. Cependant les bénéfices liés à une pratique sportive restent bien plus élevés face aux risques encourus. (62) (63)

Un régime cétonique peut être prescrit. Il consiste à manger des poissons gras, des noix, des avocats...afin d'augmenter l'apport en graisses et protéines animales. Son efficacité a été démontré en 1994 en pédiatrie chez le sujet pharmaco résistant. Lors de ce régime, les corps cétoniques absorbés par l'alimentation entraînent une augmentation de la production du GABA.

(64) Des effets indésirables à court terme ont été soulignés comme des troubles digestifs, une hypercalciurie et une hypoglycémie mais des effets bénéfiques comme une stimulation cognitive et une diminution de l'anxiété l'ont été également. (65,66) Pour éviter tout effet indésirable lié à ce régime, un suivi médical sera obligatoire pour les personnes souhaitant y participer. Des bilans biologiques (NFS, fonction rénale et hépatique ...), cliniques (poids ...) et des échographies annuelles dues à l'hypercalciurie pouvant provoquer des lithiases urinaires seront à faire. (66)

De nouvelles thérapies visant à diminuer l'anxiété et le stress du patient s'offrent à lui. En effet, le stress et l'anxiété sont des facteurs déclenchants des crises convulsives c'est pourquoi il est nécessaire de travailler ces deux processus. Le patient peut pratiquer certaines disciplines comme la sophrologie, qui est une technique de relaxation basée sur la respiration et la visualisation visant à contrôler ses émotions, son comportement et diminuer son anxiété. (67)

3. Traitement chirurgical

Quand les traitements médicamenteux ne fonctionnent pas ou ne fonctionnent plus, il existe depuis quelques années une technique chirurgicale permettant d'atténuer ou de supprimer les crises afin d'améliorer la qualité de vie des patients. Cette méthode n'est pas destinée à être utilisée en première intention mais plutôt lors d'un échec thérapeutique associant plusieurs antiépileptiques.

Plusieurs types de chirurgies peuvent être envisagées, on peut retrouver :

- La chirurgie curative : celle-ci aura pour rôle de procéder à une résection du foyer épileptogène grâce à une détermination de sa localisation par imagerie (Fig.8)

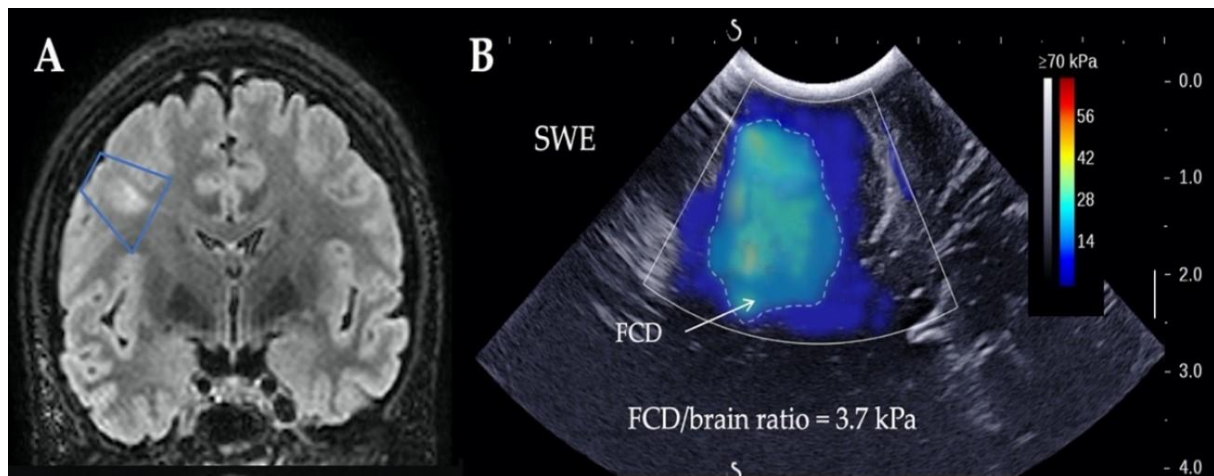


Figure 8 : Lésion responsable d'épilepsie (dysplasie corticale focale) visible sur l'IRM cérébrale du patient (encadré bleu, image de gauche). (68)

- La chirurgie palliative : comme son nom l'indique, celle-ci n'a pas pour rôle de supprimer les crises mais plutôt d'atténuer leurs fréquences ainsi que leurs intensités. Plusieurs méthodes peuvent être utilisées, comme la stimulation du nerf vague. (69)

La stimulation du nerf vague est une méthode souvent utilisée pour améliorer l'état du patient. Celle-ci consiste à installer un générateur sous la peau au niveau du nerf vague gauche situé sur la clavicule et non sur le nerf vague droit pour ne pas influencer la fréquence cardiaque (Fig.9). Une stimulation de ce nerf se fera pendant 30 secondes et ce toutes les 5 minutes et aura pour but de diminuer la fréquence et l'intensité des crises. (70)

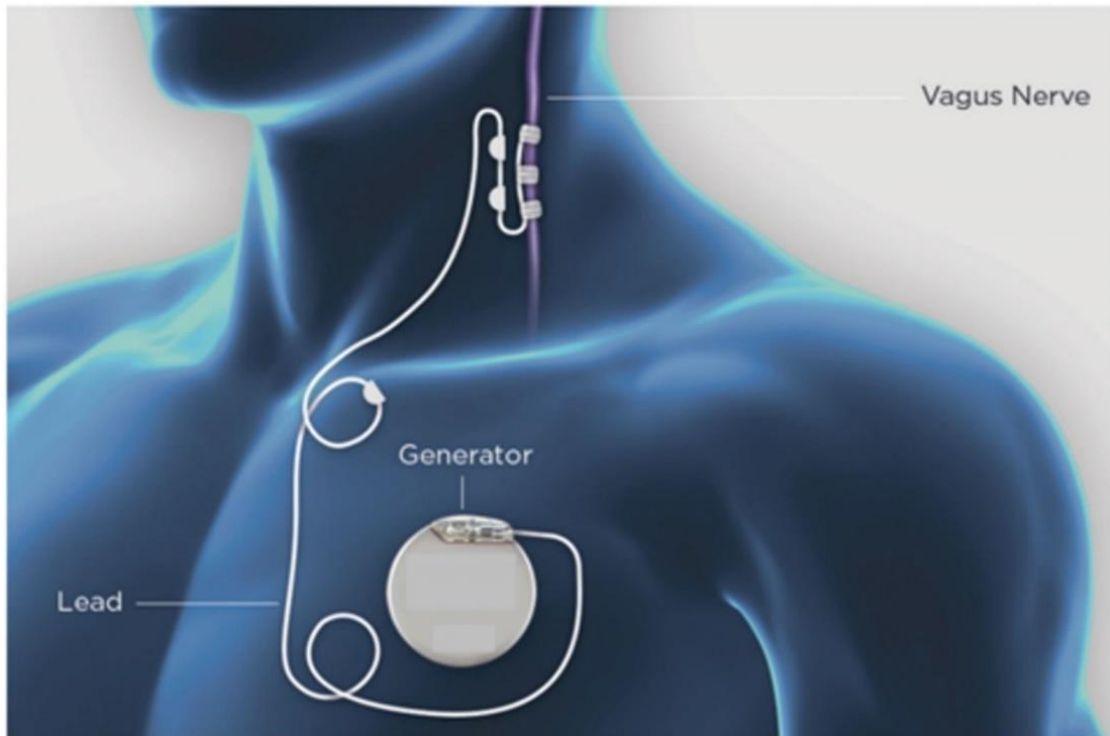


Figure 9 : Système implantable typique de stimulation du nerf vague. (71)

Le patient ou son entourage se verra remettre un aimant qu'il pourra passer devant le stimulateur lorsqu'il sentira les prodromes de la crise arriver. Cela aura pour but de provoquer une stimulation plus intense et inhabituelle du nerf, et ainsi de bloquer la crise. De plus, une autre stimulation pourra se faire de façon autonome par l'augmentation de la fréquence cardiaque lors du début de la crise. (69) (70)

G. Prise en charge

1. Pharmacologique

L'instauration d'un traitement médicamenteux repose sur de nombreux critères (âge, sexe, comorbidités ...) et n'est pas systématique après le diagnostic de l'épilepsie. Bien que l'efficacité de la mise en place d'un traitement médicamenteux ait été prouvée, il faut s'assurer aussi de traiter la cause déclenchante des crises. (72)

A l'instauration du traitement, une monothérapie sera envisagée à dose faible de VPA ou de LTG avec une surveillance de la concentration plasmatique de celle-ci. En fonction des résultats obtenus, une augmentation de la posologie sera faite par palier. L'objectif escompté sera d'obtenir la dose minimale efficace pour contrôler les crises tout en s'assurant d'une bonne tolérance.(72,73)

Il arrive souvent que cette instauration de traitement ne donne pas le résultat escompté. Dans ce cas, une réévaluation du traitement sera faite et une substitution de la monothérapie instaurée au départ sera faite par une autre (cf. annexe 4). Néanmoins, il arrive que des patients ne répondent pas systématiquement à une monothérapie, c'est pourquoi l'instauration d'une bithérapie sera proposée avec un EEG fait au préalable. (72,74)

Dans le cas où une bithérapie n'est pas suffisante, le sujet sera déclaré pharmacorésistant. Une polythérapie pourra être envisagée, cependant elle comporte de nombreux effets indésirables c'est pourquoi une réévaluation de l'état du patient sera faite et d'autres méthodes comme la résection chirurgicale pourront être envisagées.

2. Non pharmacologique

L'épilepsie aura un fort impact sur l'autonomie du sujet. En effet, tous les métiers ne seront plus à sa portée et la validité de son permis de conduire sera remise en jeu. Bien que cette perte d'autonomie puisse être handicapante, il est possible de garder une vie normale.

Lors de l'annonce de la maladie, le sujet n'aura plus le droit de conduire. Selon l'article R412-6 du code de la route, « tout conducteur doit se tenir constamment en état et en position d'exécuter commodément et sans délai toutes les manœuvres qui lui incombent ». (75,76) L'épilepsie est une maladie neurologique pouvant affecter la conduite du sujet car dans le cas où celui-ci serait amené à faire une crise au volant, les conséquences pourraient être importantes. C'est pourquoi il est essentiel de mettre en place une surveillance étroite en ce qui concerne la capacité des sujets à conduire grâce à un permis de conduire sous avis médical (cf. annexe 5).

Dans le cadre du permis du groupe léger, le sujet épileptique aura une interdiction temporaire de conduire d'un an. C'est à un médecin agréé de préfecture de lever ou non cette interdiction. (77) Cette interdiction peut être levée de façon temporaire au bout d'un an, dans le cas où le sujet est régulièrement suivi par un neurologue, ne fait pas de crise depuis plus d'un an et possède un traitement efficace. (76) Au-delà de 5 ans, le sujet se verra levé de toute interdiction de conduire de façon définitive.

Dans le cadre du permis du groupe lourd, il y aura aussi une interdiction temporaire. Cependant celle-ci sera plus stricte tant sur la durée que sur les conditions. Le sujet devra après examens neurologiques, ne présenter aucune autre pathologie cérébrale. L'interdiction durera dix ans et le sujet ne devra pas prendre de traitements et ne pas faire de crises. (76,78) Si l'ensemble de ces conditions ne sont pas respectées, le sujet gardera son interdiction de conduire des poids lourds.

Hormis les répercussions sur la mobilité du sujet, l'accessibilité à l'ensemble des métiers sera compromise. En France, la réglementation ainsi que la sécurité des travailleurs sont encadrées par le code du travail. D'après la loi n°2005-102 du 11 février 2005, il existe une égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. (79,80)

Malgré cette loi, il existe une réglementation importante dans certains domaines de métiers permettant de garantir la sécurité du patient et de son entourage (81,82) :

- Transports ferroviaires ; postes de sécurité du personnel SNCF.

- Aviation civile : personnel naviguant, technicien au sol, contrôle aérien. L'épilepsie représente une cause d'inaptitude excepté s'il s'agit d'une épilepsie de l'enfance avec une durée de 10 ans sans traitement et à très faible risque de récurrence.(83) Dans ce cas, selon l'arrêté du 27 août 2001.(84)
- Transports maritimes : inaptitude d'après l'arrêté du 16 avril 1986 pouvant faire l'objet d'une dérogation sous avis médical.(80,85)
- Métier en milieu hyperbare : plongeurs professionnels. D'après le décret du 28 mars 1991, les milieux hyperbares nécessitent une surveillance étroite des pathologies susceptibles de provoquer une perte de connaissance.(86)
- Métiers liés à la sécurité : Les forces de l'ordre avec port d'armes ne doivent, selon l'arrêté du 13 mai 2005, être atteintes d'aucune séquelle d'une maladie neurologique.(87). Pour les démineurs, l'épilepsie constitue une cause d'inaptitude (Arrêté du 2 septembre 2005).(88) Et enfin, pour les sapeurs-pompiers professionnels, le profil d'aptitude dépendra de l'affectation.(80)

L'ETP est une récente méthode basée sur le volontariat consistant à organiser des séances avec des patients souffrant d'épilepsie dans le but d'améliorer le quotidien du patient avec sa maladie. Ces séances sont encadrées par des professionnels de santé (médecins, infirmières ...) ainsi que des patients experts dans la maladie. Les séances peuvent être organisées en groupe ou de façon individuelle avec pour rôle d'éduquer le malade vis-à-vis de sa pathologie en lui apprenant à gérer les crises convulsives, à savoir reconnaître les facteurs de risques ainsi que comprendre et savoir gérer son traitement. (89)

Pour terminer, le rappel des règles hygiéno-diététiques est à privilégier. La non-consommation de drogues, d'alcools est essentielle dans la prise en charge de l'épilepsie ainsi que de garder une bonne hygiène de vie (limiter le stress, se coucher à heure fixe ...).

H. Population particulière

1. La femme enceinte

Une grossesse ne doit pas être envisagée sans prendre de dispositions préalables. En effet, un certain nombre d'antiépileptiques présentent un risque pour la grossesse ainsi que le futur enfant. Une consultation pré-conceptionnelle doit être faite au préalable avec un neurologue dans le but de faire état des lieux sur la situation en ce qui concerne la pathologie ainsi que des traitements pris. (90) Lors de ce point, il sera envisagé d'adopter, si possible, une monothérapie à la dose la plus basse possible. Il est à privilégier l'utilisation des molécules présentant une absence de risque pour le fœtus. Des molécules comme le VPA ainsi que le TPM, tératogènes, c'est-à-dire pouvant entraîner une modification du développement embryonnaire ou fœtal et des anomalies congénitales, pourront être prescrites s'il n'y a pas d'alternatives.(91)

Ces deux molécules peuvent engendrer des malformations congénitales (prend son origine avant sa naissance) pouvant se traduire par des anomalies cardiaques, corporelles comme les fentes palatines (« bec de lièvre ») (Fig.10).

Les différents types de fentes

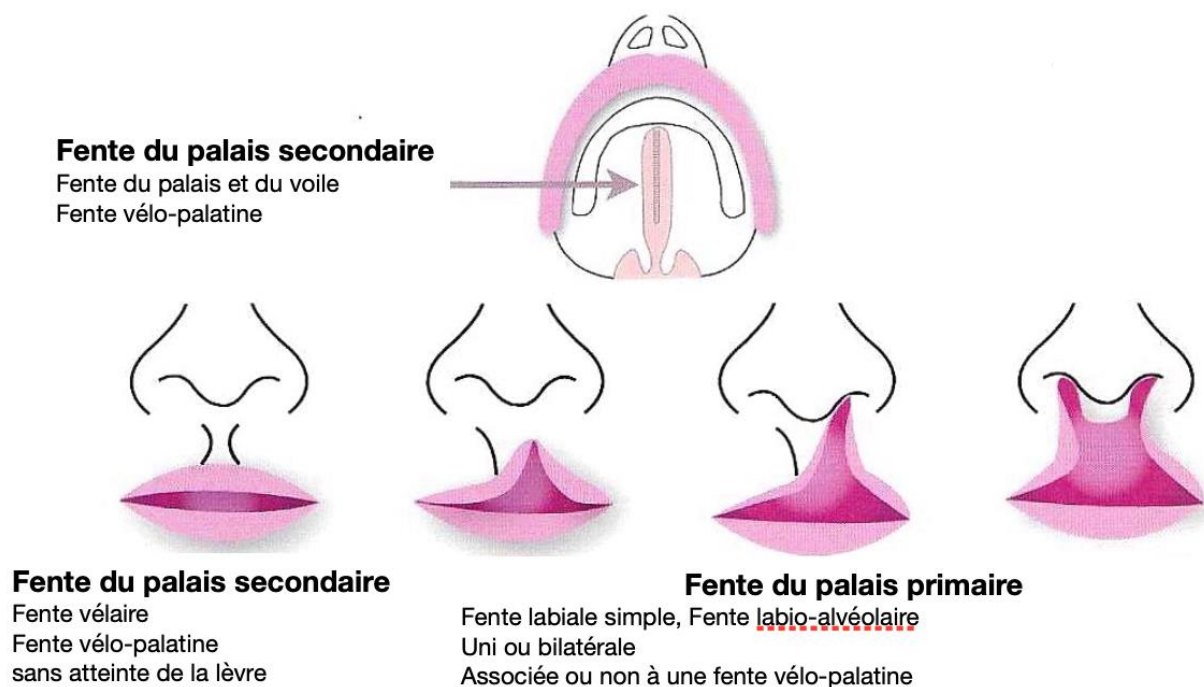


Figure 10 : Schéma représentant les différentes anomalies du palais. (92)

Des troubles neurodéveloppementaux peuvent aussi se manifester par la présence de troubles autistiques, c'est-à-dire une altération du développement des fonctions cognitives intervenant dans la communication et la sociabilisation. (93) Cela peut se traduire par des difficultés à communiquer, des intérêts restreints et obsessionnels, un comportement stéréotypé ainsi qu'un déficit d'interaction sociale. (94)

Ces risques obligent à mettre en place des mesures de prévention et de protection pour la patiente. En effet, un formulaire d'accord de soin est systématiquement établi avec la patiente lors de la prescription du VPA (cf. annexe 1). Les dangers liés à la prise du VPA seront évoqués, comme les risques de malformations. Ajouté à cela lors de la délivrance du VPA, une carte patiente sera délivrée de façon systématique permettant de prévenir des risques liés à la prise de la VPA ainsi qu'une mise en garde s'il y a un désir de grossesse (cf. annexe 2).

Enfin, il sera prescrit de façon systématique de l'acide folique (vitamine B9) à un dosage de 0,4 mg ou 5 mg au moins un mois avant la grossesse et allant jusqu'à la fin du premier trimestre. Les bénéfices de cet apport sont la prévention des anomalies de la fermeture du tube neural chez le fœtus, limiter les risques d'anémies liés à la grossesse et permet de contribuer au développement des tissus du placenta et de la mère. (95)

2. L'enfant

L'épilepsie chez l'enfant est facilement comparable à celle de l'adulte. Cependant, certaines formes d'épilepsie sont particulières à l'enfant, ce qui nécessitera un traitement spécifique. Les plus fréquentes sont l'épilepsie à paroxysmes rolandiques et l'épilepsie occipitale bénigne précoce, et celles-ci peuvent ne plus se manifester à l'âge adulte et ainsi ne mener à aucun traitement.(96)

En ce qui concerne l'aspect médicamenteux, la prise en charge de l'enfant se reposera sur la prescription de VPA en première intention. En effet, cette molécule a prouvé son efficacité dans l'ensemble des crises d'épilepsies, permettant une bonne prise en charge. (97) Cependant, il sera nécessaire de faire attention à sa prescription car elle présente des risques chez la jeune fille en âge de procréer ainsi que des effets hépatiques importants nécessitant un monitoring. D'autres traitements pourront être prescrits en première intention comme la LTG ainsi que le LVT grâce au recul dont nous disposons sur ces molécules (cf. annexe 3).

Malgré cela, il faut veiller à ce que l'enfant maintienne une scolarité « normale ». C'est pourquoi des mesures de prise en charge de l'enfant peuvent être aménagées dans le but de s'adapter à lui. Des aménagements comme un tiers-temps lors des examens ou un PAP (Plan d'Accompagnement Personnalisé) peuvent être mis en place. (98) Si l'ensemble de ces mesures s'avèrent insuffisantes, le médecin pourra envisager de placer l'enfant dans une filière spécialisée au sein de l'éducation nationale pour que l'enfant puisse suivre un cursus à son rythme. (99)

3. Le sujet âgé

L'épilepsie peut se manifester chez le sujet âgé à cause de différentes lésions provoquées par un AVC (Accident Vasculaire Cérébral) ou même les démences. (100) Un traitement sera mis en place, cependant il faudra veiller à bien le choisir car le sujet âgé est plus fragile et ainsi plus sensible aux effets indésirables.

Les traitements donnés en première intention seront le VPA, la LTG ainsi que le LEV. En effet, la VPA possède un large spectre sur les différentes crises. Ici, les recommandations liées à la contraception ainsi que les dangers liés à la grossesse ne se posent plus. (101)

4. Le sujet pharmacorésistant

La pharmacorésistance est considérée lorsqu'il y a une « absence de réactivité d'une cible biologique à des substances à effets thérapeutiques ».(102) Elle ne se limite pas à l'épilepsie, elle touche aussi d'autres pathologies comme les infections ou même le cancer. Il existe différentes causes à celle-ci :

- Le mésusage des médicaments : en effet, l'utilisation excessive d'un ou plusieurs médicaments peut provoquer une résistance (exemple : antibiotiques).
- L'accoutumance : la prise répétée de certains médicaments peut diminuer leur efficacité. Cela provient de l'augmentation du métabolisme du médicament ainsi que de la diminution des sites de fixation.(103)

Ici, dans le cadre de l'épilepsie, on considère une personne comme pharmacorésistante lorsqu'elle ne répond pas à 2 molécules en monothérapie à dose adaptée et à au moins une association sur une durée suffisante.(104) La pharmacorésistance n'est pas un sujet négligeable car il existe environ 36000 à 48000 patients épileptiques touchés en France.(105)

Cela représente un frein dans la prise en charge du patient. En effet, cela ne permet pas de stabiliser ses crises et provoque un effet destructeur sur le quotidien du patient et de son entourage. Celui-ci ne peut pas vivre « normalement » et peut s'exposer au risque de développer une anxiété voire même une dépression. Le non-contrôle des crises aura un impact direct sur la scolarité du patient, ses activités personnelles et peut provoquer, dans certains cas, une augmentation de la mortalité. (106) Une des principales solutions à la pharmacorésistance est la chirurgie. Celle-ci permet de guérir dans 80% des cas les patients conduisant à un résultat sans crises ou avec une diminution de la fréquence et de l'intensité de celles-ci. (107)

II. DEUXIÈME PARTIE : ANALYSE DES DONNÉES

A. Matériels et Méthodes

Nous avons réalisé une étude de cohorte prospective auprès de patients épileptiques, à partir d'un questionnaire patient (cf. annexe 6) réalisé de septembre 2023 jusqu'à mars 2025.

Le recueil de ces données s'est fait par l'intermédiaire des hôpitaux de Tours, de certaines officines ainsi que des réseaux sociaux. Tout patient épileptique majeur diagnostiqué avec ou sans traitement pharmacologique pouvait être inclus. Les critères d'exclusion étaient les patients mineurs, s'opposant à l'étude ou des patients sous tutelle et curatelle. Les patients sous traitement antiépileptiques prescrits dans d'autres indications de neurologie ou comme antalgique, comme la carbamazépine, mais ne présentant pas de pathologie épileptique étaient exclus de l'étude.

Le partage du questionnaire (Annexe 6) s'est fait de plusieurs manières. La première a été sous format papier auprès des officines souhaitant y répondre ainsi qu'en milieu hospitalier où le personnel devait le faire passer aux patients pour qu'il puisse y répondre. Enfin, il a été passé numériquement via les réseaux sociaux pour que les patients épileptiques puissent y répondre grâce à un Google Forms créé à cette occasion.

Plusieurs variables ont été définies au préalable dans le but d'identifier au mieux la population. Dans un premier temps, nous avons décidé de définir les patients dans leur état général, c'est-à-dire leur sexe, leur âge, leur profession.... Il a été nécessaire de savoir à quelle fréquence les patients voyaient ou non un ou plusieurs praticiens ainsi que leur nature. Cela nous a permis de connaître l'importance que les patients donnent au suivi de leur pathologie. Enfin il a été nécessaire de connaître la nature des traitements pris dans l'intérêt d'étudier la stratégie thérapeutique élaborée pour prendre en charge les patients épileptiques. Dans un second temps, nous avons axé les questions sur l'impact de l'épilepsie sur leur qualité de vie. A l'aide de cette partie, nous avons voulu mettre en lumière l'impact de la maladie avant et pendant la prise de traitements.

Une fois le questionnaire rempli par les patients, l'ensemble des réponses ont été colligées sur un Google Forms créé pour les questionnaires à distance. L'ensemble des analyses statistiques a été réalisé sur Excel et Google Forms au risque $\alpha = 5\%$.

B. Résultat

Trente et un patients ont été inclus entre Septembre 2023 et Mars 2025. Le tableau 2 ci-dessous présente les caractères démographiques obtenus à l'aide du questionnaire. La population prédominante est féminine avec un âge se situant dans l'intervalle [26-35] ans du questionnaire et le poids médian est de 70kg (41-115kg). Les résultats ont montré que la population a été diagnostiquée en moyenne depuis quinze ans (14,85) allant de [0,5-60] ans.

Le suivi du patient est réalisé par plusieurs praticiens, avec principalement par un neurologue (26/31, 83,9%), ensuite par un médecin généraliste (14/31, 45,2%) et enfin un

pharmacien (1/31, 3,2%). Cependant une seule patiente a répondu qu'elle n'était suivie par personne. Il y a majoritairement un suivi par un seul praticien (20/31, 64,5%) dont seize d'entre eux sont suivis par un neurologue (16/20, 80%), démontrant ainsi l'importance du suivi par un spécialiste. D'après les résultats, la majorité des patients vont voir au moins une fois par an un professionnel de santé pour le suivi de la pathologie (27/31, 87,1%). Cependant, seulement vingt-quatre patients (77,4%) ont eu une explication de leur pathologie.

En ce qui concerne la prise d'un traitement pharmacologique, trois molécules sont prédominantes dans la prise en charge de l'épilepsie : la LTG (13/31, 41,9%), le LVT (10/31, 32,3%) et le VPA (5/31, 16,1%). Vingt-quatre patients (24/31, 77,4%) sont stabilisés par une monothérapie et vingt-deux (22/24, 91,7%) d'entre eux sont sous une de ces trois molécules. Lors du recueil des données, seules deux patientes ne prenaient pas ces molécules, l'une pharmacorésistante, l'autre ayant une quadrithérapie sous Cénobamate, Topiramate, Eslicarbazépine et Halopéridol. Enfin trois autres molécules ont été citées par les patients, le Lacosamide (2/31, 6,5%), le Phénobarbital (1/31, 3,2%) et l'Oxcarbazépine (1/31, 3,2%).

La prise concomitante d'autres produits a montré que la majorité des patients n'en prennent pas (26/31, 83,9%). Les patients prenant des compléments consomment des plantes, des compléments alimentaires, de l'Atarax[®] ainsi que de l'Effexor[®] pour une autre personne (1/31, 3,2%).

Tableau 2 : Données démographiques de la population étudiée.

Variables		Valeurs
Age, moyenne en années		[26-35] (23-80)
Sexe		Moyenne (% de la population)
	Masculin	10 (32,3)
	Féminin	21 (67,7)
Poids-médian en kg		70 (41-115)
Profession		
	Etudiant	3 (9,7)
	Travail manuel	3 (9,7)
	Sans emploi	4 (12,9)
	Fonctionnaire	6 (19,3)
	Santé	6 (19,3)
	Retraité	5 (16,1)
	Autre : sécurité, éducateur, assistante maternelle, animatrice	4 (12,9)
Date du diagnostic, moyenne en années		14,85 (0,5-60)
Professionnel de santé suivant la maladie		
	Neurologue	26 (83,9)
	Médecin généraliste	14 (45,2)
	Pharmacien	1 (3,2)
	Autre : personne	1 (3,2)
Nombre de professionnels de santé suivant l'épilepsie des patients		
	0	1 (3,2)
	1	20 (64,5)
	2	9 (29,1)
	3	1 (3,2)
Nombre de suivi par années		
	1 fois par an	13 (41,9)
	[2-4] fois par an	14 (45,2)
	1 fois tous les 2 ans	2 (6,5)
	Jamais	1 (3,2)
	Autre : ne sais pas	1 (3,2)
Pathologie expliquée		
	Oui	24 (77,4)
	Non	7 (22,6)
Prise de traitements		
	Oui	31 (100)
	Non	0 (0)
Molécules		
	Lamotrigine	13 (41,9)
	Valproate de sodium	5 (16,1)
	Lévétiracétam	10 (32,3)
	Topiramate	2 (6,5)
	Lacosamide	2 (6,5)
	Phénobarbital	1 (3,2)
	Oxcarbazépine	1 (3,2)
	Eslicarbazépine	1 (3,2)
	Cénobamate	1 (3,2)
	Halopéridol	1 (3,2)

Thérapie		
	Monothérapie	24 (77,4)
	Bithérapie	4 (12,9)
	Trithérapie et plus	2 (6,5)
	Pharmacorésistance	1 (3,2)
Prise de produits complémentaires		
	Compléments alimentaires	1 (3,2)
	Huiles essentielles & Homéopathie	0 (0)
	Plantes	1 (3,2)
	Autre	2 (6,5)
	Rien	26 (83,9)

L'une des questions les plus importantes de notre étude était de savoir comment les patients avaient ressenti l'annonce de leur maladie. Le ressenti des patients a été évalué à l'aide d'une échelle analogique (Fig.11) allant de 0 (annonce très mal vécue) à 10 (annonce très bien vécue). Vingt-deux patients (22/31, 70,9%) se situent entre zéro et cinq et seulement neuf patients (9/31, 29,1%) l'ont bien acceptée.

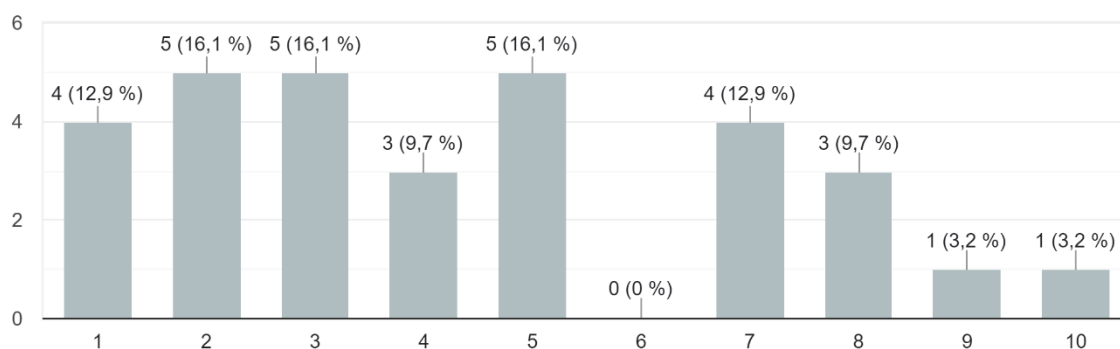


Figure 11 : Histogramme représentant le ressenti de l'annonce de la maladie du patient avant la prise d'un traitement pharmacologique où 0 est le pire ressenti possible et 10 le meilleur.

Comme vu précédemment, les facteurs déclenchants seront au cœur de la prise en charge de l'épilepsie car ils sont des causes évitables de provoquer une crise. Il a été recensé dans le tableau 3 ci-dessous, une partie des facteurs pouvant provoquer une crise les plus communs. Trois grands facteurs sortent du lot : le manque de sommeil (20/31, 64,5%), le stress (16/31, 51,6%) ainsi que des stimuli visuels (10/31, 32,3%). Néanmoins, il existe d'autres facteurs pouvant provoquer des crises comme l'alcool (2/31, 6,5%), l'oubli de la prise du traitement (2/31, 6,5%) ainsi que certaines émotions provoquées (4/31, 12,9%). Une personne parmi l'échantillon a été diagnostiquée épileptique depuis son AIT (Accident Ischémique Transitoire). En effet suite à cet épisode la patiente a développé une épilepsie due aux dommages provoqués par l'AIT sur le cerveau. La question du sport s'est posée car pratiquer une activité physique provoque des bienfaits sur la santé physique et mentale. En effet, lorsque l'on fait du sport notre cerveau va libérer des endorphines qui jouent un rôle dans la relaxation et le bien-être. Le but de pratiquer une activité physique sera de diminuer la fréquence des crises en limitant les situations stressantes pouvant amener à une crise. Ici seulement un peu plus de la moitié des patients (17/31, 54,8%) pratiquent un sport. L'activité physique la plus retrouvée est la marche/course à pied (8/31, 25,8%). Cependant d'autres sports plus à risque avec l'épilepsie comme la natation (1/31, 3,2%) ou même le ski (1/31, 3,2%) ont été retrouvés dans les réponses. La conduite joue un rôle important dans la mobilité et l'autonomie du patient. Un peu moins de la moitié (15/31, 48,4%) des sujets conduisent un véhicule ou plusieurs (1/31, 3,2%) au contraire du reste des patients qui n'en conduisent pas avec seulement une personne ayant une interdiction de conduire.

L'annonce de la maladie va jouer un rôle crucial sur le bien-être et la prise en charge du patient. Depuis l'annonce, douze patients (12/31, 38,7%) n'ont pas confiance en eux. Même si cela représente moins de quarante pourcents de l'échantillon, une grande partie de notre cohorte (24/31, 77,4%) arrive à en parler autour d'elle sans faire partie d'un groupe de discussion (28/31, 90,3%) et se sentent soutenus par leur famille (25/31, 80,6%). Il peut être difficile de parler de sa maladie à quelqu'un et même dans certains cas il peut être nécessaire d'en parler à

une personne extérieure à la situation comme un psychologue (7/31, 22,6%) car la maladie peut représenter un handicap au quotidien (13/31, 41,9%). En effet, certaines personnes (7/31, 22,6%) ont peur de sortir de chez elle due au risque de faire une crise d'épilepsie à l'extérieur et des conséquences qu'elle pourrait leur provoquer. Huit patients (8/31, 25,8%) ont eu des idées suicidaires. Il est important de s'intéresser à ces patients car cet échantillon représente un quart de la population. Parmi ces huit patients, trois d'entre eux (3/31, 9,7%) ont eu besoin d'une prise en charge par un psychologue. Ces patients font partie d'un groupe de parole mais deux de ces patients (2/31, 6,5%) ne se sentent pas soutenus par leur famille. Bien que des pensées négatives existent, (27/31, 87,1%) des patients sont satisfaits de la prise en charge de leur maladie. Avant leur diagnostic, une partie des patients (20/31, 64,5%) ne faisaient pas de crises ou un maximum de dix crises par mois. A contrario, une minorité de patients (5/31, 16,1%) faisaient un minimum de onze crises par mois. Cependant, certains patients (6/31, 19,4%) ne savent pas le nombre de crises qu'ils faisaient du fait d'un diagnostic pouvant remonter à l'enfance.

Le patient jouera aussi un rôle dans le succès thérapeutique de sa pathologie. Même si le patient a un traitement adapté à la prise en charge de sa pathologie, il faudra le suivre avec rigueur. C'est pourquoi il a été nécessaire de connaître l'observance des patients vis-à-vis de leur traitement. La quasi-totalité (28/31, 90,3%) des patients se disent observants. De pair avec cette question, il a été nécessaire de savoir si les patients trouvaient leur traitement utile. Les réponses qui reviennent le plus souvent (23/31, 74,2%) sont positives. Les patients trouvent que leur traitement est utile car ils ont moins voire plus de crises. Malgré cela, des patients (2/31, 6,5%) trouvent que malgré leur traitement seulement la durée des crises diminue. Enfin, le reste des patients (6/31, 19,4%) ne trouvent pas leur traitement utile avec pour explication la persistance des crises voire une pharmacorésistance.

Comme vu précédemment, l'éducation thérapeutique des patients (ETP) est une méthode permettant d'accompagner au mieux le patient dans la prise en charge de sa maladie. Cependant, elle reste assez méconnue des patients car une minorité (6/31, 19,4%) peuvent définir ce que c'est. Selon ces patients, l'ETP est une méthode permettant de rendre le patient acteur dans sa maladie en améliorant la compréhension ainsi que la gestion de sa maladie au quotidien. Même si nous n'avons pas eu l'opportunité d'expliquer ce qu'était l'ETP à certains patients, une partie d'entre eux (22/31, 71%) considèrent que la création d'un programme d'ETP serait une bonne idée. Plusieurs arguments sont revenus comme l'amélioration de la compréhension de la maladie, la possibilité de pouvoir parler plus librement de la maladie et enfin d'aider à la gestion d'une crise quand celle-ci survient. Malgré ça, moins de la moitié (14/31, 45,2%) ont répondu positivement au fait de bien vouloir faire partie d'un programme d'ETP sur l'épilepsie.

Bien que les médecins (spécialistes, médecins généralistes) jouent un rôle important dans la prise en charge du patient et de sa pathologie, il a été intéressant de savoir si d'autres professionnels de santé sont acteurs dans cette prise en charge et pourquoi. Un peu plus de la moitié (18/31, 58,1%) trouvent qu'ils jouent un rôle important. Plusieurs arguments en faveur de cette réponse sont revenus, les patients soulignant la place importante du pharmacien car celui-ci est en première ligne dans l'explication des traitements pour favoriser une bonne observance. Outre les pharmaciens, une patiente a cité le rôle important de son gynécologue et de sage-femme lors de sa grossesse. Bien qu'une partie de l'échantillon trouve que d'autres professionnels de santé peuvent jouer un rôle dans la prise en charge du patient, un quart des

patients (8/31, 25,8%) pensent qu'ils ne sont pas essentiels dû au manque de connaissance qu'ils ont vis-à-vis de la pathologie. Cependant, nous avons eu des patients qui ne se sont pas prononcés sur le sujet (3/31, 9,7%) ainsi qu'une minorité de patients qui sont restés sceptiques en répondant plus ou moins oui à la question (2/31, 6,5%).

Tableau 3 : Données cliniques et psychologiques de l'étude.

Variables		Valeurs
Facteurs déclencheurs des crises		
	Stimuli visuel	10 (32,3)
	Stimuli sonore	2 (6,5)
	Manque de sommeil	20 (64,5)
	Stress	16 (51,6)
	Ne sais pas	4 (12,9)
	Autres	12 (38,7)
Activité physique		
	Oui	17 (54,8)
	Non	14 (45,2)
Conduite d'un véhicule		
	Oui	15 (48,4)
	Non	16 (51,6)
Confiance en soi depuis l'annonce de la maladie		
	Oui	18 (58,1)
	Non	12 (38,7)
	Oui +/- Non	1 (3,2)
Parler librement de la maladie		
	Oui	24 (77,4)
	Non	7 (22,6)
Soutien par la famille		
	Oui	25 (80,6)
	Non	5 (16,1)
	Oui +/- Non	1 (3,2)
Faire partie d'un groupe pour en parler librement		
	Oui	3 (9,7)
	Non	28 (90,3)
Prise en charge par un psychologue		
	Oui	7 (22,6)
	Non	24 (77,4)
L'épilepsie est un handicap au quotidien		
	Oui	13 (41,9)
	Non	17 (54,8)
	Oui +/- Non	1 (3,2)
Peur de sortir de chez soi		
	Oui	7 (22,6)
	Non	23 (74,2)
	Oui +/- Non	1 (3,2)
Envies suicidaires		
	Oui	8 (25,8)
	Non	23 (74,2)
Bonne prise en charge dans la maladie		
	Oui	27 (87,1)
	Non	4 (12,9)
Nombre de crises avant diagnostic		
	Jamais	10 (32,3)
	1 à 10 /mois	10 (32,3)
	11 à 20 /mois	3 (9,7)
	>20 /mois	2 (6,5)

	Ne sais pas	6 (19,4)
Patient observant		
	Oui	28 (90,3)
	Non	3 (9,7)
Utilité du traitement		
	Oui	23 (74,2)
	Non	6 (19,4)
	Oui +/- Non	1 (3,2)
	Autre	1 (3,2)
Diminution des crises depuis la prise du traitement		
	Oui	25 (80,6)
	Non	6 (19,4)
Connaissance de l'ETP		
	Oui	6 (19,4)
	Non	25 (80,6)
Favorable à la création d'un programme d'ETP		
	Oui	22 (71)
	Non	5 (16,1)
	Sans avis	4 (12,9)
Intérêt à y participer		
	Oui	14 (45,2)
	Non	17 (54,8)
Maître dans la connaissance de l'épilepsie		
	Oui	12 (38,7)
	Non	19 (61,3)
Tous les professionnels de santé jouent un rôle dans la prise en charge de l'épilepsie		
	Oui	18 (58,1)
	Non	8 (25,8)
	Oui +/- Non	2 (6,5)
	Ne sais pas	3 (9,7)

Il a été nécessaire de comparer la qualité de vie des patients épileptiques avant et après la prise d'un traitement pharmacologique. Nous nous sommes basés sur la même échelle analogique (Fig.12) pour étudier les données. Ici, nous pouvons observer que la tendance s'est inversée depuis la prise d'un traitement. En effet, les deux tiers des patients (21/31, 67,7%) ont choisi des valeurs comprises entre six et dix avec sept personnes ayant réestimé leur qualité de vie à dix.

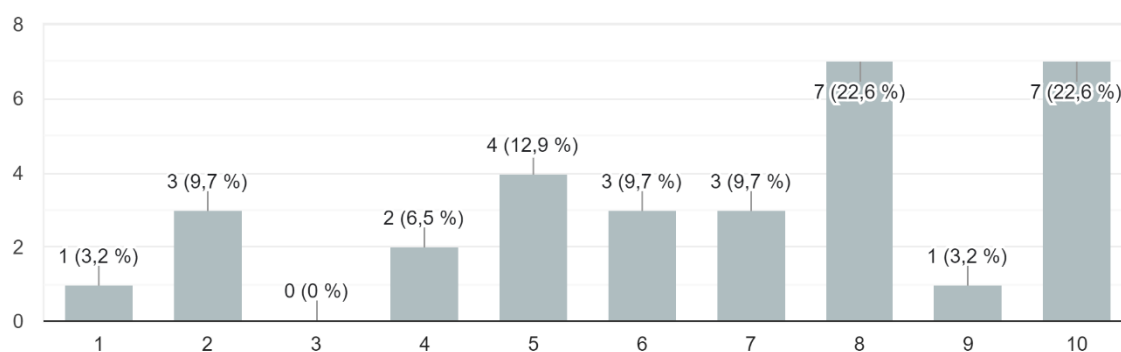


Figure 12 : Histogramme représentant le ressenti de l'annonce de la maladie du patient après la prise d'un traitement pharmacologique où 0 est le pire ressenti possible et 10 le meilleur.

D. Discussion

Nous avons pu montrer dans ce travail les différents ressentis ainsi que les différentes visions que les patients ont au sujet des professionnels de santé. Malgré leurs nombreuses différences, les patients sont sensiblement pris en charge de la même manière dans la plupart des cas. Grâce à une stratégie thérapeutique adaptée, le patient se voit avoir une qualité de vie proche de la normale par l'attribution d'une monothérapie qui, dans la plupart des cas est suffisante pour diminuer la fréquence des crises, allant même jusqu'à les éviter. En complément de la prise d'un traitement médicamenteux, des conseils liés aux facteurs déclenchants seront associés pour limiter leurs survenus car ils représentent une cause évitable liée à l'apparition d'une crise.

Il a été nécessaire de connaître le ressenti du patient lorsque celui-ci a été diagnostiqué épileptique pour comparer l'amélioration ou non de la qualité de vie suite à la prise d'antiépileptiques. Nos deux histogrammes ont montré que la tendance s'est inversée suite à la prise en charge pharmacologique, c'est-à-dire que le patient vit mieux depuis l'instauration d'un traitement. Bien qu'une tendance en faveur d'une bonne qualité de vie soit observable, certains patients continuent à mener une vie rythmée par des crises causées par une mauvaise hygiène de vie, une mauvaise observance ainsi qu'une pharmacorésistance persistante. Il est dommage que l'éducation thérapeutique du patient (ETP) ne soit pas assez connue car moins de vingt pourcents connaissent l'utilité ainsi que l'existence d'un tel programme. En effet, l'ETP a montré son utilité dans l'observance du patient vis-à-vis de son traitement, c'est pourquoi développer un programme lié à l'épilepsie serait utile au patient dans sa prise en charge personnelle.

Notre étude a pu montrer que la quasi-totalité des patients consultent un ou plusieurs professionnels de santé pour le suivi de leur pathologie. Cela montre l'intérêt porté à celle-ci ainsi que l'importance du soignant dans la prise en charge de la maladie. Cependant, un problème subsiste car un seulement un peu plus de trois personnes sur quatre se voient avoir une explication de leur pathologie. D'après les patients, le pharmacien est un acteur essentiel dans la prise en charge de la pathologie car il permet de réexpliquer la pathologie au patient si besoin et ici l'expliquer aussi quand cela n'a pas été fait. Une majorité de patients citent l'implication du pharmacien dans l'observance du traitement ainsi que des conseils associés pour limiter les crises.

Cependant, une partie des patients ont répondu de façon positive au sujet de la question portant sur la maîtrise de la connaissance de la pathologie. Malgré le peu de réponses positives, personne n'a justifié sa réponse. Cela reste dommage car il aurait été intéressant de savoir pourquoi les patients se sentent aussi qualifiés et surtout grâce à quel(s) moyen(s) ils y sont parvenus. En effet, est-ce que l'accès à internet a contribué à l'amélioration de leurs connaissances en ce qui concerne leur pathologie ou est-ce que les avis médicaux ont suffi.

III. RECOMMANDATIONS

De nouvelles perspectives d'évolutions pourraient être envisagées en ce qui concerne le patient. En effet, il peut être envisagé de créer une carte patiente (Fig.13) permettant d'apporter au patient la bonne conduite à tenir lorsque l'on est épileptique. Cette carte permettrait de donner les différents numéros de téléphone liés à la prise en charge de la pathologie et serait accessible à n'importe qui grâce à son format physique.

CARTE PATIENT(E) EPILEPSIE
- <u>Principaux traitements :</u> ◦ Lamictal®, Keppra®, Depakine®, Tegretol®... - <u>Facteurs déclenchants :</u> ◦ Stress, manque de sommeil, stimuli visuel et sonore, alcool, oubli de prise du traitement ... - <u>Que faire en cas de crise :</u> ◦ Ne pas toucher la personne qui convulse. ◦ Se mettre en PLS (Position Latérale de Sécurité). ◦ Appeler les secours si besoin. - <u>Conseils :</u> ◦ Proscrire l'usage de drogues et alcools. ◦ Eviter les sources de stress. ◦ Se coucher à heure fixe. ◦ Eviter si possible les stimuli visuels (boîtes de nuits ...) ◦ Pratiquer une activité physique.

Figure 13 : Exemple de carte patient(e) pouvant être donnée (recto)

PERSONNES A CONTACTER SI BESOIN
Médecin spécialiste :
Médecin généraliste :
Pharmacie :
Pompier : 18
SAMU : 15
Urgences : 112
Personne de confiance :

Figure 14 : Exemple de carte patient(e) pouvant être donnée (verso)

Cependant, une telle carte patiente peut être encombrante pour le patient et celui-ci pourrait très bien ne pas l'avoir constamment sur lui. Nous vivons dans un monde où le

numérique est utilisé quotidiennement dans n'importe quel domaine. La plupart des individus possèdent un téléphone c'est pourquoi développer une carte patient(e) numérique pourrait être un axe de développement. Néanmoins, il n'y a pas encore un automatisme à se diriger vers cette carte car il est encore trop méconnu du public qu'une telle carte pourrait se trouver dans le téléphone. C'est pourquoi il serait intéressant d'informer le grand public sur cette méthode d'informations.

Le patient n'est pas la seule personne nécessitant d'être éduquée sur la maladie. En effet, l'équipe officinale se doit aussi d'être informée sur l'ensemble des actualités concernant les différentes pathologies, ici l'épilepsie. En effet, depuis le 6 janvier 2025 l'initiation d'un traitement sous Carbamazépine nécessite la signature d'une attestation d'information par le prescripteur ainsi que le patient et à renouveler chaque année par les deux. C'est pourquoi il serait intéressant de créer des fiches dédiées à l'équipe officinale en lien avec ces actualités pour éviter les erreurs de dispensation.

V. CONCLUSION

L'épilepsie est l'une des pathologies neurologiques les plus répandues dans le monde. Les patients sont confrontés à des crises à fréquence indéterminée à l'origine multifactorielle qui peuvent être un handicap au quotidien. Le patient est fragilisé sur un plan physique ainsi que psychologique nécessitant une prise en charge adaptée pour l'amélioration de sa qualité de vie.

A partir d'un questionnaire diffusé en officine et en milieu hospitalier pour tout patient épileptique majeur traité ou non, nous avons souhaité décrire la prise en charge pharmacologique, psychologique et le retentissement de la pathologie chez ces patients. Nous avons également voulu évaluer leur prise en charge dans un parcours de soin.

A travers ce questionnaire, l'intérêt d'une prise d'un traitement pharmacologique a montré son effet dans l'amélioration de la qualité de vie du patient. Vingt-quatre (77,4%) patients sont traités par monothérapie et six (19,4%) par une bithérapie ou plus. Vingt-cinq (80,6%) patients sont stabilisés sous traitement mais six (19,4%) patients rapportent un échec thérapeutique lié à une pharmacorésistance persistante. C'est pourquoi dans certains cas des alternatives thérapeutiques peuvent être envisagées comme la chirurgie.

Même si les traitements pharmacologiques ont montré leur intérêt sur les crises, l'aspect psychologique du patient reste encore très préoccupant. La pathologie épileptique présente un frein dans le quotidien du patient et des outils permettant l'accompagnement du patient comme l'éducation thérapeutique du patient, ne sont connus que de six (19,4%) patients et envisagés par cinq (16,1%) d'entre eux. Certains patients (22,6%) dont plus de la moitié sont âgés de moins de trente-cinq ans subissent un isolement social lié à leur pathologie rendant difficile l'amélioration de leur qualité de vie. Le patient ne se sentira pas soutenu par sa famille et ses proches (5/31, 16,1%). Le recours à un ou plusieurs groupes de parole ainsi qu'un suivi psychologique sont des prises en charge mises en avant par ces patients.

Selon les patients, le pharmacien d'officine est le professionnel de santé le plus accessible, pour dix-huit d'entre eux. Même si tous les patients sont suivis par un neurologue, le pharmacien se révèle comme acteur de santé de proximité, apte à expliquer le traitement et la pathologie (neuf patients en accord avec cette affirmation) et à être un relais vers les autres professions de santé.

Ce travail nous a permis de montrer que la prise en charge globale de l'épilepsie n'est pas encore une chose acquise avec des aspects psychosociaux encore à maîtriser pour la bonne qualité de vie des patients.

VI. ANNEXES

Annexe 1 : Formulaire d'accord de soins.

FORMULAIRE D'ACCORD DE SOINS TRAITEMENT DES PATIENTES PAR VALPROATE	
Document à remplir et à signer	
L'objectif de l'accord de soins est de garantir que les patientes qui sont en âge ou vont être en âge d'être enceintes (en âge de procréer) soient pleinement informées et comprennent les risques de malformations congénitales et de troubles neurodéveloppementaux chez les enfants nés de femmes ayant pris du valproate pendant la grossesse. Cet accord de soins doit être complété par le médecin spécialiste et par chaque patiente, avant le début de l'instauration de son traitement par valproate et à chaque réévaluation de celui-ci (au minimum lors de chaque prescription annuelle). Il doit être présenté à la pharmacie pour toute délivrance du médicament.	
Informations sur la patiente	
Nom :	Prénom :
Si patiente mineure et/ou protégée par la loi, nom de son représentant* :	
A CONFIRMATION PAR LE MÉDECIN PRESCRIPTEUR	
■ Je confirme que la patiente susnommée présente une réponse insuffisante ou une intolérance aux autres traitements et que le valproate est la seule option thérapeutique. ☐	
J'ai discuté des points suivants avec la patiente susnommée/son représentant* :	
■ Les enfants nés de mères exposées au valproate pendant la grossesse, présentent un risque élevé de malformations congénitales (environ 10 %) et un large éventail de troubles neurodéveloppementaux dont des troubles du spectre autistique (jusqu'à 30 % à 40 %) susceptibles d'entraîner des troubles importants de l'apprentissage. ☐ ■ La nécessité d'utiliser la dose minimale efficace. ☐ ■ La nécessité d'une contraception efficace (si la patiente est en âge de procréer). ☐ ■ La nécessité de réévaluer régulièrement le traitement, au moins une fois par an, et si la patiente envisage une grossesse. ☐ ■ La nécessité de consulter en urgence si la patiente est enceinte ou pense l'être pendant le traitement. ☐ ■ J'ai remis un exemplaire de la brochure d'information patient à la patiente elle-même/son représentant* ☐	
Nom du prescripteur :	Date :
Signature et tampon :	
B POUR LA PATIENTE/SOIN REPRÉSENTANT	
Veuillez lire attentivement ce qui suit et cocher la case correspondante pour confirmer votre accord.	
J e soussigné(e) _____ comprends : ■ Que le traitement par valproate m'est prescrit car je présente une réponse insuffisante ou une intolérance aux autres traitements et que le valproate est la seule option thérapeutique. ☐ ■ Que les enfants nés de mères exposées au valproate pendant la grossesse présentent un risque élevé de malformations congénitales (environ 10 %) et de nombreux types de troubles neurodéveloppementaux dont des troubles du spectre autistique (jusqu'à 30 % à 40 %). ☐ ■ Que si je suis en âge de procréer, je dois utiliser une contraception efficace. ☐ ■ Que je n'envisage pas de grossesse. ☐ ■ Que mon traitement sera réévalué régulièrement et au moins une fois par an. ☐ ■ Que je dois demander une consultation AVANT d'envisager de concevoir un enfant. ☐ ■ Qu'en cas de grossesse ou si je pense être enceinte pendant le traitement par valproate, je dois consulter immédiatement mon médecin. ☐	
Nom de la patiente/représentant* :	Date :
Signature :	
Ce document doit être conservé avec le dossier médical et une copie doit être remise à la patiente ou à son représentant légal.	
*Pour les patientes mineures, le/la titulaire(s) de l'autorité parentale, pour les patientes majeures, protégées par la loi, représentant légal.	

Annexe 2 : Carte patiente.

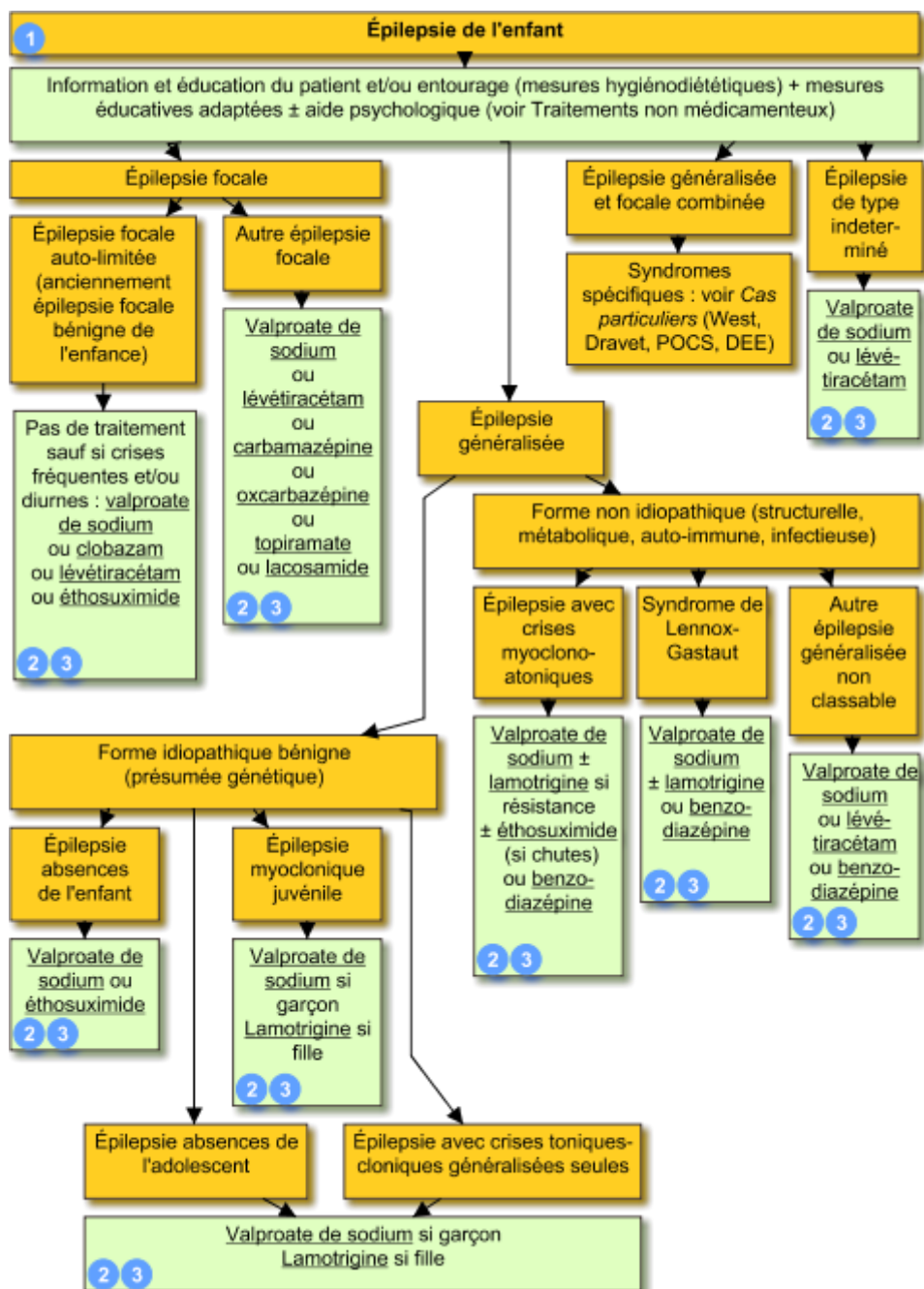
Valproate et grossesse - Eléments essentiels à retenir

Nom: Date:

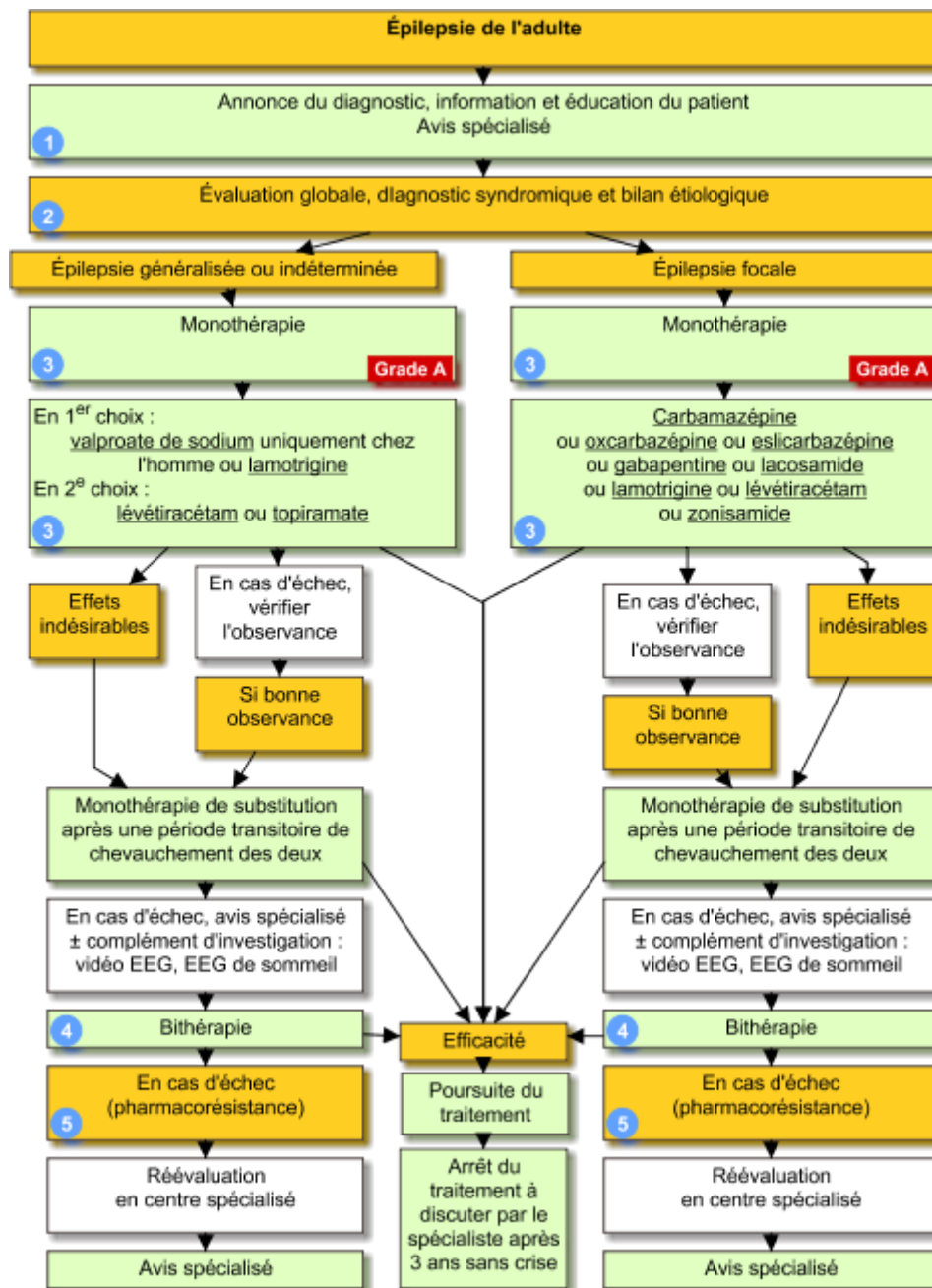
- Le valproate est un médicament efficace, utilisé pour traiter l'épilepsie et les troubles bipolaires.
- Le valproate entraîne dans 10,7% des cas des malformations et dans 30 à 40% des cas des troubles neuro comportementaux tels que l'autisme, troubles psychomoteurs, troubles du langage, troubles de l'attention, chez l'enfant à naître.
- Lorsque vous prenez du valproate, assurez-vous toujours d'avoir un moyen de contraception efficace pour ne pas être enceinte.

▼ Ce médicament fait l'objet d'une surveillance supplémentaire qui permettra l'identification rapide de nouvelles informations relatives à sa sécurité. Vous pouvez y contribuer en signalant tout effet indésirable que vous observerez. Consultez la rubrique « Déclarer un effet indésirable » sur le site de l'ANSM www.ansm.sante.fr pour les modalités de déclaration.

Annexe 3 : Schéma thérapeutique chez l'enfant.



Annexe 4 : Schéma thérapeutique de l'épilepsie de l'adulte.



Annexe 5 : Permis de conduire – Avis médical.

cerfa
N°14880*02

PERMIS DE CONDUIRE - AVIS MÉDICAL
(Art. R. 212-2, R. 221-10 à R. 221-14-1, R. 221-19 et R. 226-1 à R. 226-4 du Code de la route)
(Arrêté du 31 juillet 2012 modifié relatif à l'organisation du contrôle médical de l'aptitude à la conduite)

1 ETAT CIVIL ET COORDONNÉES DU DEMANDEUR À REMPLIR À L'ENCRE NOIRE, EN LETTRES MAJUSCULES SANS ACCENT NI RATURE

Nom de naissance _____
(C'est le nom qui figure sur votre acte de naissance)

Prénom(s) _____
(Dans l'ordre de l'état civil)

Nom d'usage (s'il y a lieu) _____
(ex : nom d'époux(se))

Date de naissance : Jour _____ Mois _____ Année _____ Sexe : Femme ☐ Homme ☐ Téléphone portable (Recommandé) _____

Commune de naissance _____ Département ou Collectivité d'outre-mer _____

Pays _____
(Si vous êtes né(e) à l'étranger)

Adresse : N° de la voie _____ Extension : bis, ter, etc. _____ Type de voie : avenue, boulevard, etc. _____

Nom de la voie _____

Complément d'adresse _____
(Étage, escalier, appartement - Immeuble, bâtiment, résidence - Lieu-dit, Boîte postale, Commune déléguée)

Code postal _____ Commune _____

Courriel (Recommandé) _____

2 Motif de la demande d'avis médical : ☐ Renouvellement périodique ☐ Nouvelle catégorie ☐ Suspension ☐ Après invalidation ou annulation ☐ Autre

Catégorie(s) de permis déjà détenue(s) : ☐ AM ☐ A1 ☐ A2 ☐ A ☐ B1 ☐ B ☐ BE ☐ C1 ☐ C1E ☐ C ☐ CE ☐ D1 ☐ D1E ☐ D ☐ DE

Catégorie(s) de permis sur lesquelles porte l'avis médical : ☐ A1 ☐ A2 ☐ A ☐ B1 ☐ B ☐ BE ☐ C1 ☐ C1E ☐ C ☐ CE ☐ D1 ☐ D1E ☐ D ☐ DE

Activité(s) professionnelle(s) exercée(s) : ☐ Taxi ☐ VTC ☐ Ambulance ☐ Ramassage scolaire ☐ Transport public de personnes ☐ Transport public à moto ☐ Enseignant de la conduite

AVIS DU OU DES MÉDECINS

3 Modalités du contrôle médical : ☐ En cabinet médical ☐ En commission médicale primaire ☐ En commission médicale d'appel ☐ Autres : _____

3-1 Examens complémentaires demandés le _____ Examen psychotechnique réalisé le _____

4 Le(s) médecin(s) _____ et _____ agréé(s) par le(s) préfet(s) de(s) département(s) n° _____, après contrôle médical de l'intéressé(e), émettent conformément à la réglementation en vigueur et à la liste des affections médicales compatibles avec le maintien ou la délivrance du permis de conduire, l'avis médical suivant :

5 ☐ **APTE** pour la durée de validité fixée par la réglementation ☐ Groupe léger ☐ Groupe lourd
☐ **APTE TEMPORAIRE** pour une durée de validité limitée à _____ à réexaminer par la commission médicale : ☐ oui ☐ non
☐ **APTE** avec les restrictions ou dispenses suivantes :
☐ dispositif de correction et/ou protection de la vision
☐ autres
☐ **INAPTE** ☐ Groupe léger ☐ Groupe lourd

Observations : _____

6 Après contrôle médical, le médecin agréé, consultant hors commission médicale : ☐ ne prononce pas d'avis et renvoie l'utilisateur devant la commission médicale primaire.

7 **DÉCLARATION EN CAS D'AVIS D'APTITUDE TEMPORAIRE, D'APTITUDE AVEC RESTRICTIONS OU D'INAPTITUDE**
 Je soussigné(e), ☐ M. ☐ Mme _____ déclare avoir pris connaissance des motifs d'ordre médical qui ont entraîné l'avis d'aptitude temporaire, d'aptitude avec restrictions ou d'inaptitude à la conduite.

8 Fait le : _____ / _____ / _____

Signature de l'utilisateur (à l'issue du contrôle médical)
[Représentant légal si mineur]

Signature et cachet du ou des médecins

Annexe 6 : Questionnaire patient.

Actuellement étudiant en pharmacie et dans le cadre de ma thèse sur le sujet de la qualité de vie du patient sous antiépileptiques, voici-ci-joint un questionnaire anonyme portant sur l'impact des traitements et votre qualité de vie. Pour toute question, vous pouvez joindre le directeur de thèse, Dr V. Tuloup, pharmacien hospitalier, au 02 47 47 59 91.

Merci de bien vouloir retourner le questionnaire par mail 37meyblum.bruno@gmail.com

Merci pour votre participation !

Partie 1 :

1. Sexe :
2. Age :
 - ☐ 18 – 25 ans
 - ☐ 26 – 35 ans
 - ☐ 36 – 45 ans
 - ☐ 46 – 60 ans
 - ☐ > 60 ans
3. Poids :
4. Profession :
5. Depuis combien de temps êtes-vous diagnostiqué épileptique ?
6. Etes-vous suivi par :
 - ☐ Neurologue
 - ☐ Médecin généraliste
 - ☐ Pharmacien
 - ☐ Autre (s) :
7. Combien de fois par an êtes-vous suivi pour votre épilepsie ?
 - ☐ 1 fois par an
 - ☐ Plusieurs fois par an
 - ☐ 1 fois tous les 2 ans
 - ☐ Autre :
8. Vous a-t-on déjà expliqué votre pathologie ?
 - ☐ Oui
 - ☐ Non
9. Etes-vous sous traitement ? Si oui le(s) quel(s) :
 - ☐ Oui

☐ Non

10. Prenez-vous d'autres produits en complément de votre maladie ?

- ☐ Compléments alimentaires
- ☐ Huiles essentielles
- ☐ Plantes
- ☐ Homéopathie
- ☐ Rien
- ☐ Autre :

Partie 2 :

1. Comment avez-vous pris l'annonce de votre maladie ? (*Entourez votre réponse*)

(*très mal*) **0—1—2—3—4—5—6—7—8—9—10** (*très bien*)

2. Quel est ou quels sont vos ou votre facteur(s) déclenchant(s) pour vos crises ?

- ☐ Stimuli visuel
- ☐ Stimuli sonore
- ☐ Manque de sommeil
- ☐ Stress
- ☐ Ne sais pas
- ☐ Autre(s) :

3. Pratiquez-vous une activité physique ? Si oui la ou les quelles

- ☐ Oui :
- ☐ Non

4. Conduisez-vous un véhicule ? Si oui le ou les quels

- ☐ Oui :
- ☐ Non

5. Avez-vous confiance en vous depuis l'annonce de votre maladie ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

6. Parlez-vous librement de votre épilepsie à votre entourage ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

7. Vous sentez-vous soutenus par votre famille ou vos proches ?

- ☐ Oui

☐ Non

8. Faites-vous partie d'un groupe (ex : association d'épileptiques) pour parler librement de votre maladie ?

☐ Oui

☐ Non

9. Est-ce que votre maladie a nécessité une prise en charge par un psychologue ?

☐ Oui

☐ Non

10. Est-ce que votre épilepsie est un handicap pour vous au quotidien ?

☐ Oui

☐ Non

11. Avez-vous peur de sortir de chez-vous ?

☐ Oui

☐ Non

12. Est-ce que votre maladie vous a donné des envies suicidaires ?

☐ Oui

☐ Non

13. Vous sentez-vous bien pris en charge dans votre épilepsie ?

☐ Oui

☐ Non

14. Combien de crises faisiez-vous avant l'annonce du diagnostic ?

☐ Jamais

☐ 1 à 10 / mois

☐ 11 à 20 / mois

☐ > 20 / mois

L'observance : il s'agit de la cohérence entre le traitement prescrit à un patient, et la capacité de ce dernier à respecter la prescription, tant dans la durée que dans la posologie.

15. Au vu de cette définition, vous sentez-vous observant(e) ?

16. Trouvez-vous votre traitement utile ? Pourquoi

☐ Oui

☐ Non

17. Faites-vous moins de crises depuis la prise de votre traitement ? Si oui combien en faites-vous approximativement ?

☐ Oui :

☐ Non

18. Savez-vous ce qu'est l'Education Thérapeutique du Patient (ETP) ? Expliquez en 2-3 mots

☐ Oui

☐ Non

19. Seriez-vous favorable à la création d'un programme d'ETP sur l'épilepsie ? Pourquoi ?

20. Seriez-vous intéressé(e) à y participer en tant que patient ?

☐ Oui

☐ Non

21. Vous sentez-vous maitre dans la connaissance de l'épilepsie ? Pourquoi ?

☐ Oui :

☐ Non

22. Est-ce qu'à vos yeux, les professionnels de santé autre que les médecins / spécialistes jouent un rôle important dans la prise en charge de l'épilepsie ? Pouvez-vous justifier ?

23. Comment jugeriez-vous votre qualité de vie en tant qu'épileptique ?

(très mal) 0—1—2—3—4—5—6—7—8—9—10 *(très bien)*

VIII. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Universalis E. Encyclopædia Universalis. [cité 11 sept 2024]. ÉPILEPSIE. Disponible sur: <https://www.universalis.fr/encyclopedie/epilepsie/>
2. Chérici C. Histoire de l'épilepsie dans les pratiques cliniques 1850-1950. 1.
3. Epilepsie: Techniques anciennes et modernes de diagnostic. Musée l'épilepsie de Kork. [Internet]. [cité 27 sept 2024]. Disponible sur: http://www.epilepsiemuseum.de/alt/body_diagnostikfr.html
4. Fisher RS, Boas W van E, Blume W, Elger C, Genton P, Lee P, et al. Epileptic Seizures and Epilepsy: Definitions Proposed by the International League Against Epilepsy (ILAE) and the International Bureau for Epilepsy (IBE). *Epilepsia*. 2005;46(4):470-2.
5. Inserm [Internet]. [cité 7 août 2024]. Épilepsie · Inserm, La science pour la santé. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/epilepsie/>
6. Anatomie du cerveau : Comment fonctionne le cerveau humain ? [Internet]. [cité 20 févr 2025]. Disponible sur: <https://institutducerveau.org/fiches-fonctions-cerveau/cerveau>
7. Les neurones et leurs différents types et morphologies [Internet]. Neuromedia. 2025 [cité 21 févr 2025]. Disponible sur: <https://www.neuromedia.ca/les-neurones-et-leur-morphologie/>
8. Le neurone [Internet]. Fédération pour la Recherche sur le Cerveau (FRC). [cité 21 févr 2025]. Disponible sur: <https://www.frcneurodon.org/comprendre-le-cerveau/a-la-decouverte-du-cerveau/le-neurone/>
9. Anatomie du cerveau : Comment fonctionne le cerveau humain ? [Internet]. [cité 21 févr 2025]. Disponible sur: <https://institutducerveau.org/fiches-fonctions-cerveau/cerveau>
10. User Manual and Diagram Full List [Internet]. 2024 [cité 20 févr 2025]. Schematic Diagram Of Neuron Neuron Circuit Diagram. Disponible sur: <https://anyideasjf9user.z14.web.core.windows.net/schematic-diagram-of-neuron.html>
11. Caire MJ, Reddy V, Varacallo MA. Physiology, Synapse. In: StatPearls [Internet] [Internet]. StatPearls Publishing; 2023 [cité 21 févr 2025]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/books/NBK526047/>
12. ResearchGate [Internet]. [cité 21 févr 2025]. Figure A-4 : Schéma d'une synapse chimique entre deux neurones. Disponible sur: https://www.researchgate.net/figure/Figure-A-4-Schema-dune-synapse-chimique-entre-deux-neurones_fig3_256442942
13. Quels sont les mécanismes biologiques de l'épilepsie ? [Internet]. [cité 21 févr 2025]. Disponible sur: <https://institutducerveau.org/fiches-maladies/lepilepsie/mecanismes-biologiques-lepilepsie>
14. <http://www.geantduweb.ca> G du web: AQE | Association Québécoise de l'Épilepsie. [cité 21 févr 2025]. AQE | Association Québécoise de l'Épilepsie - Les différents types de crises - Les différents types de crises - Les différents types de crises d'épilepsie — AQE. Disponible sur: <https://www.aqepilepsie.org/comprendre-l-epilepsie/les-differents-types-de-crisis>

15. *Anti-épileptiques : Les Points essentiels [Internet]. [cité 21 févr 2025]. Disponible sur: <https://pharmacomedicale.org/medicaments/par-specialites/item/anti-epileptiques-les-points-essentiels>
16. STXBP1 Foundation [Internet]. [cité 12 mars 2025]. The Distinct Roles of Glutamatergic and GABAergic Neurons in STXBP1 Phenotypes. Disponible sur: <https://www.stxbp1disorders.org/blog/the-distinct-roles-of-glutamatergic-and-gabaergic-neurons-in-stxbp1-phenotypes>
17. Zobiri H, Daoudi S, Chekkour MC, Zouai A, Bourmani IK, Zoughbi K, et al. Les épilepsies en 2021 : NMDA et GABA, un couple qui n'a pas tout dit ! Rev Neurol (Paris). 1 avr 2022;178:S158.
18. VIDAL [Internet]. [cité 21 févr 2025]. Epilepsie - symptômes, causes, traitements et prévention. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/systeme-nerveux/epilepsie.html>
19. Scheffer IE, Berkovic S, Capovilla G, Connolly MB, French J, Guilhoto L, et al. ILAE classification of the epilepsies: Position paper of the ILAE Commission for Classification and Terminology. Epilepsia. avr 2017;58(4):512-21.
20. Serrand C. Epilepsie et Mortalité : étude des facteurs de risque des morts subites Inattendues dans l'épilepsie [Internet] [phdthesis]. Université Paris-Saclay; 2024 [cité 27 févr 2025]. Disponible sur: <https://theses.hal.science/tel-04837669>
21. Sémiologie des crises épileptiques | www.cen-neurologie.fr [Internet]. [cité 4 mars 2025]. Disponible sur: <https://www.cen-neurologie.fr/premier-cycle/semiologie-analytique/semiologie-des-cris-es-epileptiques>
22. Bonifay M. Prise en charge et optimisation du traitement de l'épilepsie chez la femme enceinte.
23. Alberti A. Épilepsie du sujet âgé: évaluation prospective d'un outil d'aide au diagnostic des crises épileptiques.
24. <http://www.geantduweb.ca> G du web: AQE | Association Québécoise de l'Épilepsie. [cité 27 févr 2025]. AQE | Association Québécoise de l'Épilepsie - Les différents types de crises - Les différents types de crises - Les différents types de crises d'épilepsie — AQE. Disponible sur: <https://www.aqepilepsie.org/comprendre-l-epilepsie/les-differents-types-de-cris-es>
25. VIDAL [Internet]. [cité 27 févr 2025]. Les différentes formes d'épilepsie chez l'adulte. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/systeme-nerveux/epilepsie/symptomes.html>
26. Épilepsies de l'enfant et de l'adulte | www.cen-neurologie.fr [Internet]. [cité 27 févr 2025]. Disponible sur: <https://www.cen-neurologie.fr/second-cycle/epilepsies-de-lenfant-et-de-ladulte>
27. Crises myocloniques : symptômes, causes et traitements [Internet]. [cité 28 févr 2025]. Disponible sur: <https://www.medicoverhospitals.in/fr/diseases/myoclonic-seizure/>
28. Épilepsies de l'enfant et de l'adulte | www.cen-neurologie.fr [Internet]. [cité 28 févr 2025]. Disponible sur: <https://www.cen-neurologie.fr/second-cycle/epilepsies-de-lenfant-et-de-ladulte>
29. Les absences : Les crises d'épilepsie généralisées [Internet]. [cité 28 févr 2025]. Disponible sur: <https://www.chusj.org/fr/soins-services/E/Epilepsie/Parlons-d-epilepsie/Types-de-cris-es/Cris-es-generalisees/Absences>

30. Ibinga E. Epilepsie de l'enfant au Gabon : Aspects socioculturels et thérapeutiques [Internet] [phdthesis]. Université de Limoges ; Université des sciences de la santé (Libreville-Owendo); 2015 [cité 4 mars 2025]. Disponible sur: <https://theses.hal.science/tel-01262644>
31. Scheffer IE, Berkovic S, Capovilla G, Connolly MB, French J, Guilhoto L, et al. ILAE classification of the epilepsies: Position paper of the ILAE Commission for Classification and Terminology. *Epilepsia*. avr 2017;58(4):512-21.
32. Vergonjeanne M. Epidémiologie de l'épilepsie dans les pays à revenus faibles et intermédiaires : construire un outil référentiel pour des méthodes validées et partagées [Internet] [phdthesis]. Université de Limoges; 2021 [cité 26 févr 2025]. Disponible sur: <https://theses.hal.science/tel-03560817>
33. Institut Neurosens [Internet]. [cité 26 févr 2025]. Institut Neurosens - Crises d'Épilepsie : Symptômes, Causes et Traitements. Disponible sur: <https://www.institut.neurosens.fr/comprendre-gerer-crisis-epilepsie.html>
34. Elsan [Internet]. [cité 26 févr 2025]. Électroencéphalogramme (EEG) - Déroulement et résultats. Disponible sur: <https://www.elsan.care/fr/pathologie-et-traitement/maladies-neurologiques/electroencephalogramme-EEG-deroulement-resultat>
35. Gupta S. Qu'est-ce que l'électroencéphalographie (EEG) ? [Internet]. 2024 [cité 26 févr 2025]. Disponible sur: <https://www.studyiq.com/articles/electroencephalography-eeg/>
36. Électroencéphalographie - Centre Hospitalier Simone Veil de Beauvais [Internet]. 2024 [cité 26 févr 2025]. Disponible sur: <https://www.ch-beauvais.fr/offre-de-soins/medecine/electroencephalographie/>
37. Peltola ME, Leitingner M, Halford JJ, Vinayan KP, Kobayashi K, Pressler RM, et al. Routine and sleep EEG: minimum recording standards of the International Federation of Clinical Neurophysiology and the International League Against Epilepsy. *Epilepsia*. mars 2023;64(3):602-18.
38. Elsan [Internet]. [cité 27 févr 2025]. Électroencéphalogramme (EEG) - Déroulement et résultats. Disponible sur: <https://www.elsan.care/fr/pathologie-et-traitement/maladies-neurologiques/electroencephalogramme-EEG-deroulement-resultat>
39. Anamorphik. L'ElectroEncéphaloGramme (EEG) [Internet]. Fédération Française de Neurologie. 2024 [cité 27 févr 2025]. Disponible sur: https://www.ffn-neurologie.fr/explorations_neurologiques/lelectroencephalogramme-eeg/
40. Institut Neurosens [Internet]. [cité 27 févr 2025]. Institut Neurosens - Crises d'Épilepsie : Symptômes, Causes et Traitements. Disponible sur: <https://www.institut.neurosens.fr/comprendre-gerer-crisis-epilepsie.html>
41. AIRédacteur, epilibre. Épilepsie Info Service. 2020 [cité 27 févr 2025]. Diagnostic : Comment est-il posé ? Disponible sur: <https://static.epilepsie-info-service.fr/Diagnostic-Comment-est-il-pose>
42. Pediatre Online [Internet]. 2018 [cité 18 mars 2025]. L'épilepsie qu'est-ce que c'est? Que faire? Disponible sur: <https://www.pediatre-online.fr/neurologie/lepilepsie-quest-ce-que-cest-que-faire/>

43. Poulet E, Auriacombe M, Tignol J. Seizure threshold and ECT. Importance for good clinical practice of ECT. A review of literature. *L'Encéphale*. 1 mars 2003;29:99-107.
44. Qu'est ce qui cause les crises d'épilepsie? [Internet]. [cité 21 févr 2025]. Disponible sur: <https://www.aboutkidshealth.ca/fr/quest-ce-qui-cause-les-crisis-depilepsie>
45. Les causes et origines [Internet]. LFCE: Ligue Française contre l'Epilepsie. [cité 25 févr 2025]. Disponible sur: <https://www.epilepsie-info.fr/les-causes-et-origines/>
46. Service ÉI. Épilepsie Info Service. 2023 [cité 25 févr 2025]. Facteurs favorisants. Disponible sur: <https://epilepsie-info-service.fr/Facteurs-favorisants>
47. Épilepsie : définition et causes [Internet]. [cité 25 févr 2025]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/eure-et-loir/assure/sante/themes/epilepsie/definition-causes-facteurs-favorisants>
48. *Anti-épileptiques : Les Points essentiels [Internet]. [cité 7 août 2024]. Disponible sur: <https://pharmacomedicale.org/medicaments/par-specialites/item/anti-epileptiques-les-points-essentiels>
49. Valproate de sodium (sauf comme régulateur de l'humeur) [Internet]. [cité 7 août 2024]. Disponible sur: <https://pharmacomedicale.org/medicaments/par-specialites/item/valproate-de-sodium-sauf-comme-regulateur-de-l-humeur>
50. Résumé des caractéristiques du produit - VALPROATE DE SODIUM AGUETTANT 400 mg/4 ml, solution injectable - Base de données publique des médicaments [Internet]. [cité 7 août 2024]. Disponible sur: <https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=67468312&typedoc=R#RcpEffetsIndesirables>
51. Résumé des caractéristiques du produit - CARBAMAZEPINE SANDOZ L.P. 200 mg, comprimé pelliculé sécable à libération prolongée - Base de données publique des médicaments [Internet]. [cité 19 mars 2025]. Disponible sur: <https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=65476666&typedoc=R>
52. RFCRPV [Internet]. [cité 19 mars 2025]. Quels risques d'interaction médicamenteuse au cours de la contraception ? Disponible sur: <https://www.rfcrpv.fr/quels-risques-dinteraction-medicamenteuse-au-cours-de-la-contraception/>
53. Carbamazépine : substance active à effet thérapeutique - VIDAL [Internet]. [cité 13 août 2024]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/medicaments/substances/carbamazepine-793.html#PatientsMonitoring>
54. Bang LM, Goa KL. Spotlight on Oxcarbazepine in Epilepsy. *CNS Drugs*. 1 janv 2004;18(1):57-61.
55. Howard P, Twycross R, Shuster J, Mihalyo M, Rémi J, Wilcock A. Anti-epileptic Drugs. *J Pain Symptom Manage*. 1 nov 2011;42(5):788-804.
56. Lamotrigine : substance active à effet thérapeutique - VIDAL [Internet]. [cité 14 août 2024]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/medicaments/substances/lamotrigine-12097.html>
57. Fitton A, Goa KL. Lamotrigine. *Drugs*. 1 oct 1995;50(4):691-713.

58. Howard P, Remi J, Remi C, Charlesworth S, Whalley H, Bhatia R, et al. Levetiracetam. *J Pain Symptom Manage*. 1 oct 2018;56(4):645-9.
59. Topiramate [Internet]. [cité 17 août 2024]. Disponible sur: <https://pharmacomedicale.org/medicaments/par-specialites/item/topiramate>
60. Notice patient - TOPIRAMATE ACCORD 25 mg, comprimé pelliculé - Base de données publique des médicaments [Internet]. [cité 17 août 2024]. Disponible sur: <https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=61184700&typedoc=N#Ann3bEffetsIndesirables>
61. sports.gouv.fr [Internet]. [cité 11 sept 2024]. Les bienfaits du sport. Disponible sur: <https://www.sports.gouv.fr/les-bienfaits-du-sport-25>
62. SPORTS & ÉPILEPSIE [Internet]. LFCE: Ligue Française contre l'Épilepsie. [cité 10 sept 2024]. Disponible sur: https://www.epilepsie-info.fr/fiche_infos_patients/fiche-infos-patients-sports-epilepsie/
63. Épilepsie et vie quotidienne [Internet]. [cité 10 sept 2024]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/eure-et-loir/assure/sante/themes/epilepsie/epilepsie-vie-quotidienne>
64. Ko A, Kwon HE, Kim HD. Updates on the ketogenic diet therapy for pediatric epilepsy. *Biomed J*. févr 2022;45(1):19-26.
65. Martin-McGill KJ, Jackson CF, Bresnahan R, Levy RG, Cooper PN. Ketogenic diets for drug-resistant epilepsy. *Cochrane Database Syst Rev*. 7 nov 2018;2018(11):CD001903.
66. Virmoux Z. Efficacité et tolérance du régime cétoène dans la prise en charge des épilepsies pharmaco-résistantes et des états de mal épileptiques réfractaires. 2023;
67. editeur-actu. Apaiser les crises d'épilepsie, la sophrologie en prévention [Internet]. *Sophrologie-actualite.fr*, toute l'actualité de la sophrologie. 2023 [cité 11 sept 2024]. Disponible sur: <https://www.sophrologie-actualite.fr/apaiser-crises-epilepsie-sophrologie-prevention/>
68. Chirurgie de l'Épilepsie - Neurochirurgie Pitié Salpêtrière AP-HP [Internet]. [cité 4 sept 2024]. Disponible sur: <https://neurochirurgie-pitie-salpetriere.fr/offre-de-soins/chirurgie-de-lepilepsie/>
69. Traitement chirurgical : Gestion médicale [Internet]. [cité 4 sept 2024]. Disponible sur: <https://www.chusj.org/fr/soins-services/E/Epilepsie/Gestion-epilepsie/Gestion-medicale/Traitement/Chirurgies.aspx>
70. Bénard AB Adrien. La chirurgie de l'épilepsie : indications et pratiques en 2023 [Internet]. *Neurologies*. 2023 [cité 4 sept 2024]. Disponible sur: <https://neurologies.fr/la-chirurgie-de-lepilepsie-indications-et-pratiques-en-2023/>
71. Davidson B, Bhattacharya A, Sarica C, Darmani G, Raies N, Chen R, et al. Neuromodulation techniques – From non-invasive brain stimulation to deep brain stimulation. *Neurotherapeutics* [Internet]. 1 avr 2024 [cité 4 sept 2024];21(3). Disponible sur: [https://www.neurotherapeuticsjournal.org/article/S1878-7479\(24\)00016-3/fulltext](https://www.neurotherapeuticsjournal.org/article/S1878-7479(24)00016-3/fulltext)
72. Marine N, Michel DO. L'éducation thérapeutique du patient adulte avec l'épilepsie : adhérence au traitement et dépistage des comorbidités.

73. Touzet C. Prise en charge thérapeutique de l'épilepsie chez la femme enceinte: le point sur Dépakine®.
74. Ramboisier A. Place de la médecine alternative dans la prise en charge de l'épilepsie.
75. Article R412-6 - Code de la route - Légifrance [Internet]. [cité 6 mars 2025]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000019277061
76. Je suis atteint d'une épilepsie : ai-je le droit de conduire ? [Internet]. LFCE: Ligue Française contre l'Epilepsie. [cité 6 mars 2025]. Disponible sur: https://www.epilepsie-info.fr/fiche_infos_patients/fiche-infos-patients-je-suis-epileptique-ai-je-le-droit-de-conduire/
77. Les services de l'État en Eure-et-Loir [Internet]. [cité 6 mars 2025]. Visite médicale et Commission médicale. Disponible sur: <https://www.eure-et-loir.gouv.fr/Demarches/Permis-de-Conduire/PARTICULIERS/Visite-medicale-et-Commission-medicale>
78. Le permis de conduire | EPI Bretagne [Internet]. [cité 6 mars 2025]. Disponible sur: <https://epibretagne.org/content/le-permis-de-conduire>
79. LOI n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées (1). 2005-102 févr 11, 2005.
80. Hounsossou CH. Insertion professionnelle et maintien dans l'emploi des patients souffrant d'Epilepsie au Bénin [Internet] [phdthesis]. Université de Limoges ; Université d'Abomey-Calavi (Bénin); 2014 [cité 7 mars 2025]. Disponible sur: <https://theses.hal.science/tel-01161656>
81. France - Epilepsy [Internet]. [cité 7 mars 2025]. Épilepsie et travail | ucbscares.fr. Disponible sur: <https://ucbscares.fr/patients/epilepsie/fr/content/1117212340/epilepsie-et-travail>
82. Barlet C, Mazzola L. Les professions réglementées.
83. Relations entre travail et épilepsie [Internet]. LFCE: Ligue Française contre l'Epilepsie. [cité 7 mars 2025]. Disponible sur: https://www.epilepsie-info.fr/fiche_infos_patients/fiche-infos-patients-relations-entre-travail-et-epilepsie/
84. Arrêté du 27 août 2001 modifiant l'arrêté du 2 décembre 1988 modifié relatif à l'aptitude physique et mentale du personnel navigant technique de l'aviation civile.
85. Arrêté du 16 avril 1986 relatif aux conditions d'aptitude physique à la profession de marin à bord des navires de commerce, de pêche et de plaisance. - Légifrance [Internet]. [cité 7 mars 2025]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGISCTA000006102948>
86. Arrêté du 28 mars 1991 définissant les recommandations aux médecins du travail chargés de la surveillance médicale des travailleurs intervenant en milieu hyperbare - Légifrance [Internet]. [cité 7 mars 2025]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGITEXT000006077543/>
87. Arrêté du 13 mai 2005 relatif à l'aptitude physique exigée des candidats aux emplois de commissaire de police, lieutenant de police et gardien de la paix de la police nationale.
88. Décret n°2005-1098 du 2 septembre 2005 fixant le régime indemnitaire applicable aux personnels démineurs de la sécurité civile. 2005-1098 sept 2, 2005.

89. Mieux vivre avec son épilepsie/programme ETP de l'enfant et de l'adolescent épileptique [Internet]. UTEP – Education Thérapeutique. [cité 11 sept 2024]. Disponible sur: <https://www.utep.chu-lille.fr/education-therapeutique/mieux-vivre-avec-son-epilepsie-programme-etp-de-lenfant-et-de-ladolescent-epileptique/>
90. CRAT L. Antiépileptiques – Grossesse – Le CRAT [Internet]. 2023 [cité 7 févr 2025]. Disponible sur: <https://www.lecrat.fr/12608/>
91. Lemahafaka GJ, Fenomanana SM, Tehindrazanarivelo AD. Epilepsie et santé de la reproduction: enjeux et perspectives. Pan Afr Med J. 11 oct 2019;34:81.
92. CHU - Centre Hospitalier Universitaire Saint-Étienne - Service de Chirurgie maxillo-faciale - Stomatologie [Internet]. [cité 7 févr 2025]. Disponible sur: https://www.chu-st-etienne.fr/Offre_De_Soins/Chirurgie_Stomatologie/Fentes_Labiales_et_faciales_rares.asp
93. ITEM-R2C 67 - PRINCIPAUX TROUBLES DU NEURODEVELOPPEMENT_0.pdf [Internet]. [cité 7 févr 2025]. Disponible sur: https://www.s-ecn.com/sites/default/files/ITEM-R2C%2067%20-%20PRINCIPAUX%20TROUBLES%20DU%20NEURODEVELOPPEMENT_0.pdf
94. Trouble du spectre autistique : symptômes, causes et accompagnement [Internet]. [cité 7 févr 2025]. Disponible sur: <https://www.la-clinique-e-sante.com/blog/autisme/trouble-spectre-autistique>
95. Nutrimea [Internet]. [cité 7 févr 2025]. L'acide folique avant et pendant la grossesse : le guide. Disponible sur: <https://www.nutrimea.com/fr/content/162-acide-folique-grossesse>
96. VIDAL [Internet]. [cité 17 févr 2025]. Les formes d'épilepsie chez les enfants. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/systeme-nerveux/epilepsie/formes-chez-enfants.html>
97. LMGL [Internet]. [cité 18 févr 2025]. Traitement de l'Épilepsie chez l'Enfant : Médicaments et Thérapies. Disponible sur: <https://lyceedesmetiersparentis.fr/posts/traitement-epilepsie-enfant-46631>
98. Épilepsies de l'enfant et de l'adulte | www.cen-neurologie.fr [Internet]. [cité 17 févr 2025]. Disponible sur: <https://www.cen-neurologie.fr/second-cycle/epilepsies-de-lenfant-et-de-ladulte>
99. ÉPILEPSIE & SCOLARITÉ Épilepsie et apprentissage scolaire - Le Plan d'Accompagnement Personnalisé (PAP) [Internet]. LFCE: Ligue Française contre l'Épilepsie. [cité 17 févr 2025]. Disponible sur: https://www.epilepsie-info.fr/fiche_infos_patients/epilepsie-scolarite-epilepsie-et-apprentissage-scolaire-le-plan-daccompagnement-personnalise-pap/
100. Epilepsie : comprendre pour accompagner [Internet]. [cité 18 févr 2025]. Disponible sur: <https://www.groupe-uneo.fr/conseils-d-experts/epilepsie-comprendre-pour-accompagner>
101. Biraben A, Clerck LD, Nica A. Traitement des épilepsies des personnes âgées. Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Vieil. 2019;(HS1):31-8.
102. La langue française [Internet]. 2024 [cité 18 févr 2025]. Définition de pharmacorésistance | Dictionnaire français. Disponible sur: <https://www.lalanguefrancaise.com/dictionnaire/definition/pharmacoresistance>
103. Manuels MSD pour le grand public [Internet]. [cité 19 févr 2025]. Tolérance et résistance aux médicaments - Médicaments. Disponible sur:

<https://www.msdmanuals.com/fr/accueil/médicaments/facteurs-qui-influencent-la-réponse-aux-médicaments/tolérance-et-résistance-aux-médicaments>

104. VIDAL [Internet]. [cité 18 févr 2025]. Recommandations Épilepsie de l'adulte. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/recommandations/epilepsie-de-l-adulte-1679.html>
105. Epilepsies_long.pdf [Internet]. [cité 18 févr 2025]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/Epilepsies_long.pdf
106. Berg AT. Identification of Pharmacoresistant Epilepsy. *Neurol Clin.* nov 2009;27(4):1003-13.
107. Cohen NT, Chang P, You X, Zhang A, Havens KA, Oluigbo CO, et al. Prevalence and Risk Factors for Pharmacoresistance in Children With Focal Cortical Dysplasia–Related Epilepsy. *Neurology.* 1 nov 2022;99(18):e2006-13.

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussigné MEYBLUM Bruno,

Déclare être pleinement conscient(e) que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiés constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée. (Décret n°92-657 du 13 juillet 1992)

En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour écrire ce mémoire.

Signature :



SIGNATURES DU DIRECTEUR DE THESE ET DU DOYEN

N° Étudiant : 21701360

N° Thèse : 41

Nom et Prénom : MEYBLUM Bruno

Sujet : Evaluation de la qualité de vie des patients sous antiépileptiques

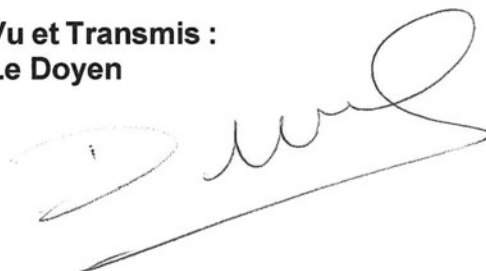
Tours, le : 17 Juillet 2025

Le(s) Directeur(s) de Thèse :
Nom(s) et signature(s)

Vianney TULOUP



Vu et Transmis :
Le Doyen



NOM et Prénom : MEYBLUM Bruno	N°41
TITRE DE LA THÈSE ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DE VIE DU PATIENT SOUS ANTIÉPILEPTIQUES	
RÉSUMÉ DE LA THÈSE L'épilepsie est une pathologie neurologique chronique caractérisée par des crises convulsives fortuites pouvant être sources d'handicap au quotidien pour les patients. Malgré l'avancée de la prise en charge de l'épilepsie, beaucoup de patients sont encore confrontés à la maladie sans être stabilisés. Un tiers des patients sont pharmacorésistant, c'est-à-dire que l'usage de deux molécules adaptées n'est pas suffisante pour stabiliser leur état. Chaque patient peut développer un stress quotidien pouvant provoquer une altération de leur qualité de vie. Notre travail consiste à mesurer l'impact des traitements médicamenteux sur le quotidien du patient. Ces données ont été récoltées à l'aide d'un questionnaire passé de Septembre 2023 à Mars 2025 aux hôpitaux de Tours, à certaines officines ainsi que des réseaux sociaux selon plusieurs critères d'inclusion comme être diagnostiqué épileptique. Ce questionnaire s'est décomposé en deux grandes parties avec une première permettant de présenter la personne à travers ses caractères démographiques et enfin une dernière partie rentrant dans le vécu personnel de la maladie. Une fois l'ensemble des questionnaires recueillis, les données ont été rentrées dans un Google Forms pour observer les différentes tendances ainsi que dans un tableau Excel pour approfondir les résultats. Les traitements antiépileptiques se sont imposés comme étant essentiel afin d'améliorer la prise en charge du patient sur l'aspect clinique et psychologique. En effet, à travers nos résultats une nette amélioration de la qualité de vie des patients a été soulignée dans la plus part des cas. Cependant, la pharmacorésistance représente un frein dans l'amélioration de l'état du patient ce qui nécessitera l'usage d'alternatives thérapeutiques. Bien que les médecins jouent un rôle important dans le parcours de soins du patient, le pharmacien sera selon les patients le professionnel de santé vers qui ils peuvent se tourner. Le pharmacien sera le soignant le plus accessible au patient et pourra lui expliquer sa pathologie et mieux le conseiller avec celle-ci dans la limite de ses connaissances. Dans l'ensemble, la prise en charge du patient est adaptée à sa pathologie mais certains axes d'améliorations restent encore envisageable pour améliorer la qualité de vie du patient.	
MOTS-CLÉS SIGNIFICATIFS DE SON CONTENU, ATTRIBUÉS PAR LE CANDIDAT EN LIAISON AVEC LA BIBLIOTHÈQUE UNIVERSITAIRE ET LES MEMBRES DU JURY Epilepsie, traitements pharmacologiques, qualité de vie, pharmacie clinique	
<u>JURY</u> PRÉSIDENT : M. BREDELOUX Pierre, Pharmacien, Maître de conférences, UFR Pharmacie - TOURS MEMBRES : - M. TULOUP Vianney, Pharmacien hospitalo-universitaire – TOURS - Mme. PHEAR Manavy, Pharmacien titulaire d'officine - CHATEAUDUN	
DATE ET LIEU DE SOUTENANCE : le à l'UFR de Pharmacie « Philippe Maupas » de Tours	