



Royaume du Maroc المملكة المغربية

كلية الطب والصيدلة
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 2020

Thèse N°: 068/20

L'ÉPILEPSIE, ENTRE LA MÉDECINE ET LA CULTURE POPULAIRE (367 Répondants)

THÈSE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 08/07/2020

PAR

Mr. Alaoui Kobbi Badr

Né le 01 Octobre 1994 à Fès

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE

MOTS-CLÉS :

Épilepsie- Connaissance et attitudes – Population générale

JURY

M. BOUJRAF SAID	PRÉSIDENT
Professeur de biophysique	
M. SOUIRTI ZOUHAYR	RAPPORTEUR
Professeur agrégé de neurologie	
Mme. RABHI SAMIRA	} JUGES
Professeur agrégé de médecine interne	
M. BENZAGMOUT MOHAMMED	
Professeur de neurochirurgie	
M. JANATI IDRISI ABDELKRIM	MEMBRE ASSOCIÉ
Docteur en neurosciences et physiologie de la nutrition	

PLAN

GENERALITES	4
INTRODUCTION	5
HISTORIQUE	8
DEFINITION	14
EPIDEMOLOGIE ET STATISTIQUES	17
PARTIE PRATIQUE :OBJECTIF DE L'ETUDE	19
MATERIEL ET METHODES	21
A. Lieu de l'étude :	22
B. Période de l'étude :.....	22
C. Type d'étude :.....	22
D. Recrutement des sujets :.....	23
E. Critères d'inclusion :.....	23
F. Critères d'exclusion :.....	23
RESULTATS DE L'ETUDE	24
A. Résultats descriptifs :.....	25
RESULTATS STATISTIQUES	28
A. Effet de la résidence sur la moyenne des connaissances	29
B. Effet du genre sur la moyenne des connaissances.....	30
C. Effet de la résidence sur la moyenne des attitudes	31
D. Effet du genre sur la moyenne des attitudes.....	32
E. Effet de l'éducation sur la moyenne des connaissances	34
F. Effet du revenu mensuel sur la moyenne des connaissances	36
G. Effet de l'éducation sur la moyenne des attitudes	38
H. Effet du revenu sur la moyenne des attitudes	40
I. Association entre la moyenne des connaissances et la moyenne des attitudes	42
J. Analyse univariée et analyse multivariée :	43
DISCUSSION	46
CONCLUSION	53
RESUMES	55

Questionnaire	61
BIBLIOGRAPHIE.....	64

GENERALITES

INTRODUCTION

L'épilepsie, maladie chronique souvent confondue à tort de par son caractère spectaculaire avec plusieurs différents phénomènes surnaturels. Elle a été source de fascination depuis plusieurs siècles et ce même à partir de 4000 avant J.C. A cette époque-là, on pensait que l'épilepsie avait un caractère sacré, même si certains philosophes et savants n'étaient pas de cet avis. L'épilepsie est donc une affection chronique et organique du cerveau, dont la symptomatologie peut changer par rapport à la zone du cerveau atteinte. Nous pouvons trouver l'épilepsie généralisée, qui de par sa crise spectaculaire est la plus connue et la plus représentée au cours de notre histoire, et également l'épilepsie partielle.

Elle a suscité pendant des siècles la crainte, l'incompréhension, les discriminations et la stigmatisation sociale, ce qui a conduit de nombreuses sociétés à adopter un comportement totalement inhumain par rapport aux personnes épileptiques. Cela continue de nos jours dans de nombreux pays et peut avoir des répercussions sur la qualité de vie des personnes atteintes et de leur famille.

Environ 50 millions de personnes vivent actuellement avec l'épilepsie dans le monde. On estime que, dans la population générale, la proportion de personnes souffrant d'épilepsie évolutive (c'est-à-dire présentant des crises chroniques ou nécessitant un traitement) à un moment donné se situe entre 4 et 10 pour 1000 personnes. Toutefois, certaines études dans les pays à revenu faible ou intermédiaire suggèrent que ce chiffre est bien plus élevé et se situerait entre 7 et 14 pour 1000 personnes.

À l'échelle mondiale, on estime que l'épilepsie est diagnostiquée chez 2,4 millions de personnes chaque année. Dans les pays à revenu élevé, le nombre annuel de nouveaux cas dans la population générale se situe entre 30 et 50 pour 100 000 personnes. Dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, ces chiffres peuvent être

jusqu'à deux fois plus élevés.

Ce phénomène est vraisemblablement dû au risque accru de maladies endémiques, telles que le paludisme ou la neurocysticercose, à l'incidence accrue des blessures liées aux accidents de la route et aux lésions liées aux grossesses, et aux variations des infrastructures médicales, à la disponibilité des programmes sanitaires de prévention et à l'accès aux soins. Près de 80% des personnes atteintes d'épilepsie vivent dans des pays à revenu faible ou intermédiaire.

C'est alors au cours de mon expérience, mon vécu et mes péripéties aux côtés de mon peuple, j'ai pu en effet prendre en considération la gravité et l'étendue de la conception qu'ont les marocains concernant l'épilepsie, j'ai donc pensé à réaliser une étude descriptive transversale.

Que se passerait-il si l'on se retrouvait face à face à une crise épileptique ? Quel serait notre premier ressenti ? Peur ? Fascination ? Serions-nous assez conscients pour réagir face à ce phénomène ?

HISTORIQUE

Du latin *epilepsia*, qui dérive du grec *epilambanein* signifiant « saisir », « attaquer par surprise » ou « possession », dont le peuple attribuait les crises aux démons, l'épilepsie est apparue dans la langue française en 1503. Les premières descriptions de la pathologie remontent cependant à fort longtemps, en premier grâce à la médecine indienne, qui parlait déjà d'épilepsie entre 4500 et 1500 av. J.-C. Au début, l'épilepsie était caractérisée uniquement par les crises tonico-cloniques, qu'on pensait être la seule manifestation de la pathologie. Les historiens ont également retrouvé une série de tablettes datant de plus de 2000 ans av. J.-C. qui appartenaient aux babyloniens et qui traitaient de l'épilepsie de façon détaillée, en discernant notamment les différents types de crises qu'ils avaient pu observer. (3)

Hippocrate (V à IV^{ème} siècle av. J.-C.) avait vu juste en décrivant une anomalie du cerveau mais voyait la maladie comme un mal sacré. D'après lui, rien de plus divin ni de plus sacré que les autres maladies, ni dans sa nature, ni dans sa source. (3)

La pathologie a souvent été associée à la religion, comme l'on fait les grecs qui l'ont longtemps considérée comme une maladie sacrée. D'autres l'ont décrit comme une possession démoniaque, une attaque de démon ou un phénomène surnaturel comme durant le Moyen-Âge. La nature de la pathologie ayant souvent été déformée par les mythes et la peur, les patients ont toujours été très stigmatisés et discriminés car ils inspiraient la crainte, leur sort allant de la simple exclusion sociale à la prison, voire la peine de mort. (3)

Aujourd'hui encore, les personnes qui souffrent de cette maladie ne sont pas à l'abri des fausses conceptions entretenues par l'opinion publique. Depuis le Moyen-Âge en Europe, Saint Valentin est considéré comme le dieu des épileptiques. A ce propos, différents lieux de pèlerinage existent et correspondent aux endroits où ce dernier a exercé ou simplement séjourné, par exemple en Italie à Rome et Teneri, en France à

Ruffec, en Belgique à Poppel et en Allemagne à Passau. En 1770, Samuel Auguste David Tissot publie son traité de l'épilepsie, qui fut une des premières approches scientifiques de la pathologie. Pour produire l'épilepsie, il faut nécessairement deux choses. Une disposition du cerveau à entrer en contraction plus aisément qu'en santé, et une cause d'irritation qui met en action cette disposition. Cette citation issue de son traité ouvrira la porte à de nombreuses avancées dans le domaine. En 1815, Jean-Etienne Esquirol distingue les attaques légères des attaques sévères, qu'il définit respectivement comme petit mal et grand mal. L'efficacité des bromures comme traitement contre l'épilepsie est découverte en 1857 par Sir Charles Locock. Durant cette même année, on commence à former des « colonies » pour épileptiques, notamment à Zürich. Les descriptions cliniques systématiques de l'état mental sont apparues tardivement, soit seulement dès le début du XIXe siècle par les aliénistes français. Ces derniers ont commencé à considérer l'épilepsie comme une maladie mentale grave aboutissant à la démence. C'est à cette période, aux alentours de 1860 qu'est apparue la notion d'équivalents épileptiques, qui rassemble tous les troubles mentaux aigus à début et fin brusque en absence de convulsions. De la sorte, on a étendu de façon disproportionnée la définition de l'épilepsie. A partir de là et durant presque un siècle, on a essayé d'établir un lien entre épilepsie et criminalité. Tout sujet épileptique était criminel, et réciproquement il devait selon cette théorie y avoir une forte densité d'épileptiques parmi les criminels. S'en est suivi une longue période de confusion entre épilepsie et maladie mentale, qui a contribué à consolider la représentation délétère que l'opinion publique s'est fait de la pathologie à travers les âges, et qui agit aujourd'hui encore au sein de la collectivité. En 1873, alors que l'électroencéphalogramme n'est pas encore près de voir le jour, John Hughlings Jackson fait l'hypothèse que ce sont de brutales décharges électriques qui sont à l'origine de la maladie. Selon leur emplacement, celles-ci définissent le caractère

de la crise. En 1886, Victor Horsley pratique la première intervention chirurgicale chez un patient présentant des crises partielles. La création en 1909 de la ligue internationale contre l'épilepsie, qui participe à l'éducation de la population, des patients et des soignants, promeut la recherche et améliore la prévention, le diagnostic et le traitement, montre que la pathologie est alors prise en considération sur le plan international. C'est plus tard, en 1961, que le bureau international pour l'épilepsie sera fondé. En 1912, le phénobarbital (PHB) est utilisé pour la première fois comme médicament antiépileptique par Alfred Hauptmann. L'année 1920 voit la naissance d'une invention qui va révolutionner l'étude de la maladie, à savoir l'électroencéphalogramme, par Hans Berger. Ce dernier sera capable de détecter un signal d'activité cérébrale en 1929. (3)

La croyance populaire selon laquelle l'épilepsie est contagieuse remonte à l'Antiquité, lorsque les gens avaient l'habitude de cracher sur une personne atteinte et refusaient d'utiliser le même plat. Dans l'église chrétienne primitive, le clergé et les synodes séparaient les possédés des fidèles, car ils craignaient que les possédés ne profanent les objets sacrés et n'infectent l'assiette et la coupe de communion. Cette croyance était également courante à la fin du Moyen Âge. Berthold de Ratisbonne, un prédicateur allemand du XIIIe siècle, a écrit sur le caractère contagieux de l'infection véhiculée par la "mauvaise" haleine du patient. Au 15e siècle, un professeur a écrit : "C'est pourquoi, ne parlez ni ne vous baignez avec lui, car par leur simple haleine, ils infectent les gens" (6). Au XVIIIe siècle, on croyait encore que l'épilepsie était infectieuse (7). À la fin du XIXe siècle, Samt (8) et d'autres ont rapporté que les personnes épileptiques étaient enclines à la violence et à l'extase religieuse, prétendument causées par l'anxiété et de terribles hallucinations. L'intérêt croissant de la psychiatrie a conduit à l'étude du comportement des personnes épileptiques entre leurs crises, et du développement du "caractère épileptique". Certains auteurs ont rejeté la faute sur les

conditions sociales, affirmant une vision très moderne, documentée par Billod, selon laquelle "l'épileptique est évité, sur tous les visages il lit sa phrase à l'isolement. Partout où il va, des obstacles menaçants et insurmontables se dressent pour qu'il obtienne un poste, qu'il s'établisse, qu'il ait des relations et qu'il gagne sa vie ; il doit dire adieu à ses rêves de réussite, car les maîtres lui refusent même de travailler dans leurs magasins ; adieu à ses rêves de mariage et de paternité, adieu aux joies du foyer domestique. C'est la mort de l'esprit". Cela décrit parfaitement les effets de la stigmatisation sur la qualité de vie des personnes épileptiques aujourd'hui. Dans le monde occidental, la lutte contre le surnaturel et l'occulte n'a réellement commencé qu'à l'époque des lumières, à la fin du XVIIIe siècle, pour aboutir à la négation de l'influence démoniaque, même dans les cas bibliques.

Malgré les importants progrès cliniques et thérapeutiques du siècle dernier, les personnes épileptiques continuent de souffrir de discrimination, non seulement dans le monde en développement mais aussi dans l'Occident soi-disant éclairé. Une enquête réalisée dans le Kentucky, aux États-Unis, par Baumann et al. (9), a montré que les parents étaient plus susceptibles de considérer l'épilepsie que, par exemple, l'asthme, comme ayant un effet négatif en classe. Ils ont également estimé que la qualité de vie future des enfants était significativement plus faible s'ils étaient épileptiques plutôt que asthmatiques. Aux États-Unis, par exemple, les personnes épileptiques ont été interdites de mariage dans 17 États, jusqu'en 1956 (10). Le dernier État à avoir abrogé cette loi ne l'a fait qu'en 1980. En 1956, 18 États prévoyaient la stérilisation, pour des raisons eugéniques, des personnes atteintes d'épilepsie. Au Royaume-Uni, une loi interdisant aux épileptiques de se marier a été abrogée en 1970. Dans certaines régions du monde, l'épilepsie est encore couramment considérée comme un motif d'annulation

des mariages ou de simple interdiction. Le chômage et le sous-emploi des personnes atteintes d'épilepsie existent dans le monde entier.

Dell (11) a défini la stigmatisation comme la relation "entre la différence d'un individu et la dévaluation que la société accorde à cette différence particulière". Cependant, pour que la stigmatisation soit toujours efficace, la personne stigmatisée doit avoir les mêmes croyances que la société qui la dévalorise. Les personnes épileptiques ont souvent agi ainsi et ne se sont donc pas senties capables de changer la situation. En effet, les stéréotypes négatifs sur les personnes épileptiques sont tellement ancrés que beaucoup les acceptent. Comme nous l'avons vu précédemment, les attitudes envers les personnes épileptiques sont influencées par l'étendue des connaissances sur cette maladie. Il y a quelques années, une enquête transnationale menée aux Pays-Bas, au Royaume-Uni et en Irlande auprès d'un groupe de professionnels, dont des psychologues, des médecins du travail, des thérapeutes professionnels et des travailleurs sociaux, a révélé que 15% des 76 personnes interrogées croyaient en la "personnalité épileptique" et que 32% pensaient que l'épilepsie affectait les performances intellectuelles. Ces idées fausses ont été réduites par une éducation appropriée (12). Aujourd'hui encore, les personnes épileptiques connaissent des problèmes psychosociaux, notamment dans leurs relations et dans leur emploi. Ces problèmes ne sont généralement pas directement liés à la gravité des crises, mais sont plutôt le résultat d'une discrimination fondée sur des idées fausses concernant l'affection.

DEFINITION

Le terme d'épilepsie recouvre plusieurs maladies neurologiques ayant pour point commun la répétition de crises épileptiques spontanées. Le terme d'épilepsie vient d'un mot grec qui signifie : « saisir, attaquer par surprise » ce qui décrit bien l'aspect imprévisible des crises. Les causes et les manifestations diverses de la maladie font qu'il est plus juste de parler des épilepsies que de l'épilepsie.

Une crise d'épilepsie est une manifestation clinique transitoire, liée à une activité électrique anormale des cellules nerveuses du cortex cérébral. Il n'existe pas de description univoque d'une crise épileptique. On peut distinguer schématiquement les crises généralisées, liées à des décharges étendues à l'ensemble du cerveau et des crises partielles ou focales qui trouvent leur origine dans une zone localisée du cerveau.

Les crises généralisées sont de plusieurs types. Les crises tonico-cloniques, sont les plus connues du public parce que les plus spectaculaires avec cri, chute, perte de connaissance, raideur, secousses convulsives, bave, apnée, parfois perte d'urine et morsure de langue. Le patient perd immédiatement conscience et ne se rappelle de rien. Les absences entraînent une suspension de conscience pouvant durer quelques secondes et se répètent souvent plusieurs fois dans la journée. Les crises myocloniques qui sont des secousses musculaires brèves peuvent survenir en pleine conscience. D'autres crises plus rares existent, en particulier chez l'enfant.

Les crises partielles se présentent de façon très diverse selon la zone de la décharge épileptique. On parle de crises partielles simples lorsqu'il n'y a pas de rupture de conscience et de crises partielles complexes lorsqu'il existe une modification de la conscience. Les signes cliniques peuvent être très divers selon la zone cérébrale touchée : troubles de la motricité, de la sensibilité, manifestations sensorielles et troubles du comportement parfois très surprenants. Les crises partielles peuvent évoluer vers une généralisation. Les patients peuvent souvent rapporter le début des crises

quand il est conscient.

Les causes des épilepsies sont multiples et il existe une classification internationale qui permet de se repérer dans les différents syndromes. On classe les épilepsies en épilepsies idiopathiques qui sont globalement d'origine génétique et en épilepsies symptomatiques qui sont la conséquence d'une atteinte cérébrale par une lésion localisée ou un phénomène diffus. Certaines épilepsies restent inclassables et certaines manifestations comme les convulsions fébriles de l'enfant ne sont pas des épilepsies.(13)

EPIDEMIOLOGIE ET STATISTIQUES

Environ 50 millions de personnes vivent actuellement avec l'épilepsie dans le monde. On estime que, dans la population générale, la proportion de personnes souffrant d'épilepsie évolutive (c'est-à-dire présentant des crises chroniques ou nécessitant un traitement) à un moment donné se situe entre 4 et 10 pour 1000 personnes. Toutefois, certaines études dans les pays à revenu faible ou intermédiaire suggèrent que ce chiffre est bien plus élevé et se situerait entre 7 et 14 pour 1000 personnes. (5).

À l'échelle mondiale, on estime que l'épilepsie est diagnostiquée chez 2,4 millions de personnes chaque année. Dans les pays à revenu élevé, le nombre annuel de nouveaux cas dans la population générale se situe entre 30 et 50 pour 100 000 personnes. Dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, ces chiffres peuvent être jusqu'à deux fois plus élevés. (5).

Ce phénomène est vraisemblablement dû au risque accru de maladies endémiques, telles que le paludisme ou la neurocysticercose, à l'incidence accrue des blessures liées aux accidents de la route et aux lésions liées aux grossesses, et aux variations des infrastructures médicales, à la disponibilité des programmes sanitaires de prévention et à l'accès aux soins. Près de 80% des personnes atteintes d'épilepsie vivent dans des pays à revenu faible ou intermédiaire. (5).

Au Maroc, l'épilepsie toucherait environ 375.000 personnes, dont 60 % vont d'abord consulter chez les chamans (19). La prévalence est de 1,1 % selon les chiffres de la ligue marocaine de lutte contre l'épilepsie. (5)

PARTIE PRATIQUE

OBJECTIF DE L'ETUDE

Au cours de notre vie, parcours étudiant et professionnel, nous avons remarqué plusieurs pratiques culturelles que notre société ou bien même différentes autres sociétés pouvaient adopter face à tel ou tel phénomène inexplicable qui s'apparenterait au surnaturel. Au Maroc par exemple, au cours d'une crise d'épilepsie, il est devenu habituel de mettre des clefs dans la paume du patient, car selon la culture populaire, le fer aurait des propriétés surnaturelles. Nous avons également noté au cours de notre enquête que plusieurs personnes avaient été convaincues de manière inébranlable de la composante ésotérique de l'épilepsie et de ses crises, et avaient comme habitude de se diriger vers des mausolées de saintes personnes décédées et acclamer leur bénédiction avec des sacrifices d'animaux, pour ainsi libérer le patient de l'entité surnaturelle responsable de sa maladie.

Toutes ces pratiques, aussi fascinantes et surprenantes existent, et peuvent à la longue conduire les patients épileptiques à l'aggravation de leur maladie, à l'aggravation des différentes étiologies en rapport avec leur symptomatologie. C'est alors que m'est venue cette idée, d'évaluer les différentes connaissances et attitudes de la population générale marocaine par rapport à la maladie de l'épilepsie, et espérer créer dans un avenir proche un programme national pour sensibiliser la population générale marocaine par rapport à cette maladie.

MATERIEL ET METHODES

A. Lieu de l'étude :

L'étude a été réalisée dans différents centres de santé à Fès (Dekkarat, Mont fleuri, Aouint El Hajjaj) après l'obtention d'une autorisation signée par Mr le délégué de la santé de FES et le directeur régional de la santé FES-MEKNES. L'étude a également été réalisée auprès de l'entourage et de la famille.

B. Période de l'étude :

L'étude s'est déroulée sur une durée de 7 mois, entre le 18 février 2019 et le 20 septembre 2019.

C. Type d'étude :

Il s'agit d'une étude transversale descriptive et analytique avec recueil d'informations au moment de l'enquête, sur la base d'un questionnaire élaboré par nos soins, les résultats ont été interprétés avec par les logiciels « Excel » et « JASP ». Nos données ont été traitées via les tests statistiques suivants : T-Student, ANOVA, Analyse multivariée, analyse univariée. Nous avons pris comme valeur « p » de référence $p < 0.01$ pour les 2 premiers tests. Ce questionnaire, sous l'anonymat, comporte :

1. Une partie relative au profil du patient (Numéro du dossier du patient, institution sanitaire, résidence, origine, sexe, âge, éducation, statut matrimonial, profession, revenu mensuel)
2. Une partie relative aux représentations socioculturelles de l'épilepsie
3. Une partie consacrée au vécu et pratiques par rapport à l'épilepsie
4. Une partie consacrée aux traitements
5. Une partie consacrée aux connaissances
6. Une partie consacrée aux attitudes.

D. Recrutement des sujets :

L'étude a été réalisée au sein de la population générale consultant dans les différents centres de santé susmentionnés, ainsi qu'au sein de l'entourage et de la famille de nos collègues. Nous avons eu un total de 384 personnes interrogées dont 2 ayant refusé de répondre au questionnaire par peur de jugement à l'égard de leur manque de connaissances, et ceci même après avoir expliqué que le questionnaire serait anonyme. Nous avons également interrogé 15 personnes épileptiques mais sans les inclure dans le nombre final des interrogés qui est de 367, car ces dernières auraient présenté un biais de confusion.

E. Critères d'inclusion :

Toute personne âgée de plus de 18 ans, faisant partie de la population générale, de toutes les classes sociales et de tous les niveaux intellectuels et socio-économiques.

F. Critères d'exclusion :

Nous avons exclu toute personne reconnue médicalement comme épileptique. Les personnes de moins de 18 ans n'ont pas été incluses dans l'étude.

RESULTATS DE L'ETUDE

A. Résultats descriptifs :

Tableau 1 : Les paramètres sociodémographiques des (répondants) :

		Nombre	Pourcentage %
Genre	Homme (H)	150	40.9
	Femme (F)	217	59.1
Résidence	Urbain (U)	303	82.5
	Rural (R)	64	17.4
Niveau d'études	Analphabète	116	31.6
	Ecole coranique	2	0.5
	Primaire	22	5.9
	Secondaire	72	19.6
	Supérieur	155	42.2
Statut matrimonial	Célibataire	105	28.6
	Marié	249	67.8
	Divorcé(é)	8	2.1
	Veuf(ve)	5	1.3
Profession	Salarié ou fonctionnaire	147	38.9
	Artisan ou commerçant	13	3.5
	Agriculteur	3	0.8
	Etudiant	84	8.8
	Inactif	124	33.7
Revenu mensuel (Dh)	Moins de 1000	99	26.9
	Entre 2500 et 6000	134	36.5
	Entre 6000 et 8000	42	11.4
	Plus que 8000	92	25.06

Tableau 2 : Pourcentage des personnes ayant correctement répondu aux questions relatives au connaissances.

Nombre total des participants : 367	Réponse correcte	Nombre	Pourcentage %
1- Quelle serait la première chose qui vous viendrait devant une personne qui convulse	Cause médicale	145	39,5
2- Avez-vous déjà entendu parler de l'épilepsie	Oui	270	73.5
3- Que signifie l'épilepsie pour vous ?	Maladie physique	118	32.15
4- Est-elle contagieuse?	Non	280	91.1
5- Si oui quel est le mode de contagion ?	Aucun	312	85
6- Pensez-vous qu'il existe un traitement à l'épilepsie ?	Oui	293	79,8
7- Si oui, lequel ?	Antiépileptiques	53	30
8- Pensez-vous que l'épilepsie est une maladie chronique ?	Oui	240	65.3
9- Est-ce qu'une personne épileptique peut se marier ?	Oui	331	90
10- Est-ce qu'une personne épileptique peut avoir des enfants ?	Oui	328	89
11- Est-ce qu'une personne épileptique peut transmettre la maladie à ses enfants ?	Oui	58	15
12- Est-ce qu'une personne épileptique peut exercer n'importe quel travail ?	Non	261	71
13- Est-ce qu'une personne épileptique peut participer aux tâches quotidiennes normalement ?	Plus ou moins	176	47.9
14- Est-ce qu'une personne épileptique sous traitement peut vivre normalement ?	Plus ou moins	108	29.4

Table 3 : Pourcentage des personnes ayant correctement répondu aux questions relatives au attitudes.

Nombre total des participants : 367	Réponse correcte	Nombre	Pourcentage %
1- Aideriez-vous cette personne ?	Oui	310	84
2- Si non, pourquoi ?	0	310	84
3- Si peur, peur de quoi ?	Rien	319	86
4- Quelle a été ou quelle serait votre attitude devant une crise d'épilepsie.	PLS + Libération des voies aériennes et/ou secours	111	30
5- Si une personne de votre entourage présentait des symptômes typiques de l'épilepsie, où iriez-vous chercher de l'aide en premier lieu ?	Médecine conventionnelle	287	78.2

RESULTATS STATISTIQUES

A. Effet de la résidence sur la moyenne des connaissances

Independent Samples T-Test

	t	df	p
Moyenne des connaissances	-5.010	365.000	< .001 ^a

Note. Student's t-test.

^a Levene's test is significant ($p < .05$), suggesting a violation of the equal variance assumption

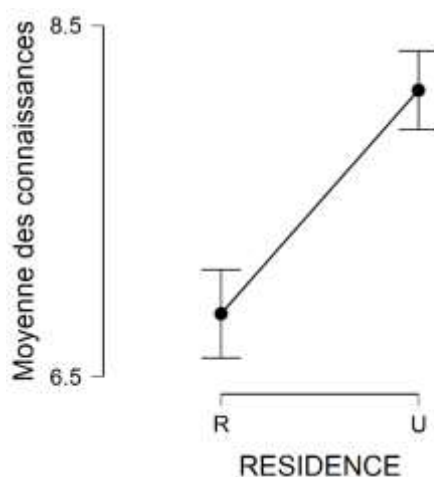
Descriptives

Group Descriptives

	Group	N	Mean	SD	SE
Moyenne des connaissances	R	64	6.859	1.006	0.126
	U	303	8.132	1.977	0.114

Descriptives Plot

Moyenne des connaissances (Figure 1)



Légende : R= Rural, U=Urbain

(Figure 1) La moyenne des connaissances a été comparée entre le niveau rural et le niveau urbain et ceci a démontré une différence très significative après l'interprétation de l'indice « p » étant inférieur à 0.01.

B. Effet du genre sur la moyenne des connaissances

Independent Samples T-Test

	t	df	p
Moyenne des connaissances	-0.974	365.000	0.331

Note. Student's t-test.

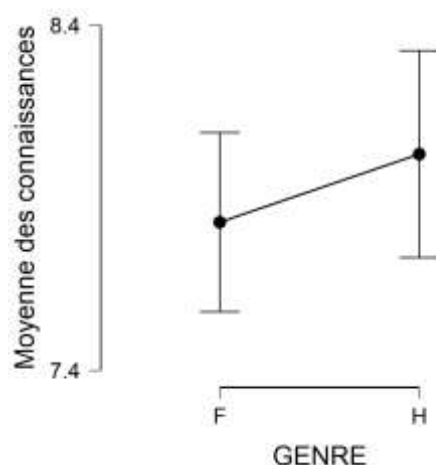
Descriptives

Group Descriptives

	Group	N	Mean	SD	SE
Moyenne des connaissances	F	217	7.829	1.940	0.132
	H	150	8.027	1.857	0.152

Descriptives Plot

Moyenne des connaissances (Figure 2)



Légende : H=Hommes, F=Femmes.

(Figure 2) : La moyenne des connaissances a été comparée entre les deux sexes (Hommes et femmes) et ceci a n'a pu démontrer de différence significative suite à l'interprétation de l'indice « $p = 0.331$ » étant largement supérieur à 0.001.

C. Effet de la résidence sur la moyenne des attitudes

Independent Samples T-Test

	t	df	p
Moyenne des attitudes	-4.764	365.000	< .001 ^a

Note. Student's t-test.

^a Levene's test is significant ($p < .05$), suggesting a violation of the equal variance assumption

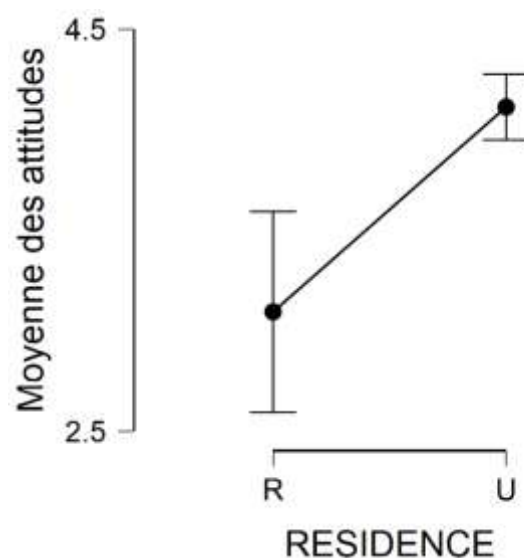
Descriptives

Group Descriptives

	Group	N	Mean	SD	SE
Moyenne des attitudes	R	64	3.094	1.998	0.250
	U	303	4.112	1.445	0.083

Descriptives Plot

Moyenne des attitudes (Figure 3)



Légende : R= Rural, U=Urbain

(Figure 3) : La moyenne des attitudes a été comparée entre le niveau rural et le niveau urbain et ceci a démontré une différence très significative après l'interprétation de l'indice « p » étant inférieur à 0.001.

D. Effet du genre sur la moyenne des attitudes

Independent Samples T-Test

	t	df	p
Moyenne des attitudes	-2.325	365.000	0.021 ^a

Note. Student's t-test.

^a Levene's test is significant ($p < .05$), suggesting a violation of the equal variance assumption

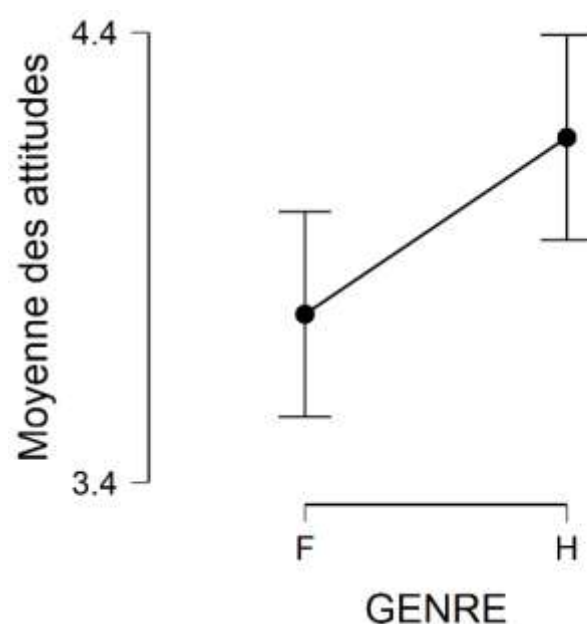
Descriptives

Group Descriptives

	Group	N	Mean	SD	SE
Moyenne des attitudes	F	217	3.774	1.702	0.116
	H	150	4.167	1.411	0.115

Descriptives Plot

Moyenne des attitudes (Figure 4)



Légende : H=Hommes, F=Femmes.

(Figure 4) : La moyenne des attitudes a été comparée entre les deux sexes (Hommes et femmes) et ceci a n'a pu démontrer de différence significative suite à l'interprétation de l'indice « $p = 0.021$ » étant largement supérieur à 0.01.

E. Effet de l'éducation sur la moyenne des connaissances

ANOVA – Moyenne des connaissances

Cases	Sum of Squares	df	Mean Square	F	p
EDUCATION	362.061	4.000	90.515	33.851	< .001
Residual	967.971	362.000	2.674		

Post Hoc Tests

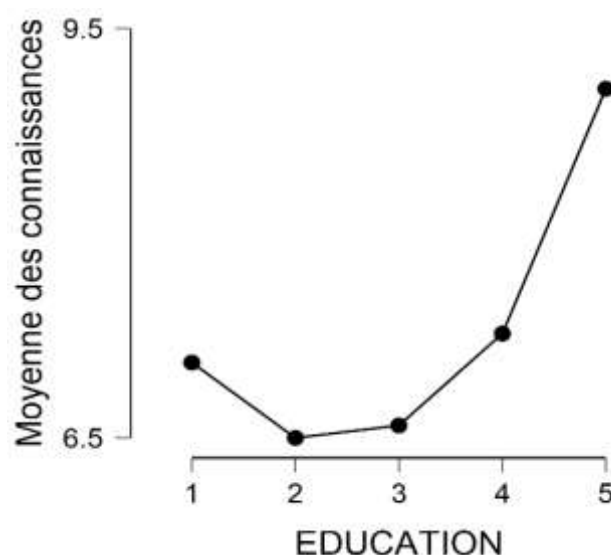
Post Hoc Comparisons – EDUCATION

		Mean Difference	SE	t	p tukey
1	2	0.552	1.166	0.473	0.990
	3	0.461	0.380	1.212	0.745
	4	-0.212	0.245	-0.865	0.910
	5	-2.006	0.201	-9.994	< .001
2	3	-0.091	1.208	-0.075	1.000
	4	-0.764	1.172	-0.652	0.966
	5	-2.558	1.164	-2.198	0.183
3	4	-0.673	0.398	-1.689	0.442
	5	-2.467	0.373	-6.622	< .001
4	5	-1.794	0.233	-7.693	< .001

Marginal Means – EDUCATION

EDUCATION	Marginal Mean	SE	95% CI	
			Lower	Upper
1	7.052	0.152	6.753	7.350
2	6.500	1.156	4.226	8.774
3	6.591	0.349	5.905	7.277
4	7.264	0.193	6.885	7.643
5	9.058	0.131	8.800	9.316

Descriptives Plot (Figure 5)



Légende « (1 : Analphabète) ; (2 : Ecole coranique) ; (3 : Primaire) ; (4 : Secondaire) ; (5 : Supérieur).

(Figure 5) : La moyenne des connaissances a été comparée sur plusieurs différents niveaux d'éducation et d'enseignement, nous notons qu'il y a une différence très significative entre le 1 et le 5, entre le 3 et le 5, et aussi entre le 4 et le 5 « $p < 0.001$ ». Il n'y a cependant pas de différence significative entre les autres niveaux d'éducation et d'enseignement.

F. Effet du revenu mensuel sur la moyenne des connaissances

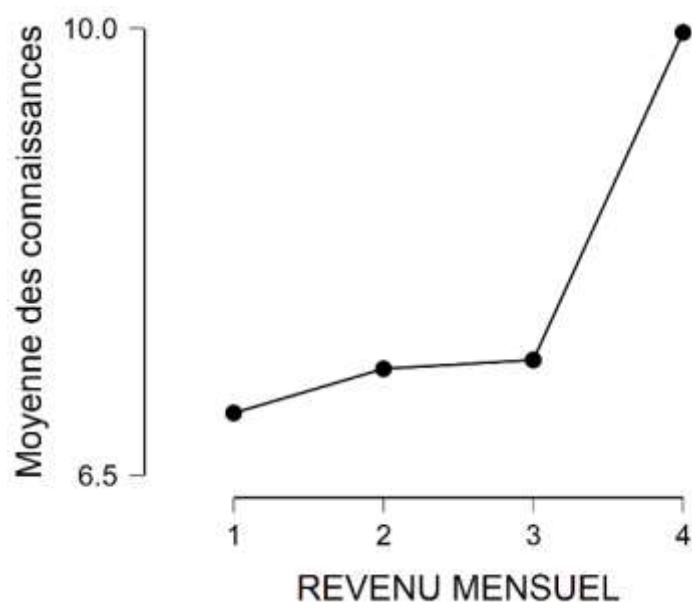
ANOVA – Moyenne des connaissances

Cases	Sum of Squares	df	Mean Square	F	p
REVENU MENSUEL	528.134	3.000	176.045	79.691	< .001
Residual	801.899	363.000	2.209		

Post Hoc Tests

Post Hoc Comparisons – REVENU MENSUEL

		Mean Difference	SE	t	p tukey
1	2	-0.346	0.197	-1.756	0.296
	3	-0.415	0.274	-1.516	0.429
	4	-2.977	0.215	-13.834	< .001
2	3	-0.069	0.263	-0.262	0.994
	4	-2.632	0.201	-13.077	< .001
3	4	-2.563	0.277	-9.259	< .001

Descriptives Plot (Figure 6)

Légende « (1 : <1000 dhs/mois) ; (2 : entre 2500 et 6000 dhs/mois) ; (3 : entre 6000 et 8000 dhs/mois) ; (4 : >8000 dhs/mois).

(Figure 6) : La moyenne des connaissances a été comparée sur plusieurs différents niveaux du revenu mensuel du foyer, nous notons qu'il y a une différence très significative entre le 1 et le 4, entre le 2 et le 4, et également entre le 3 et le 4 « $p < 0.001$ ». Il n'y a cependant pas de différence significative entre les différents autres niveaux du revenu mensuel.

G. Effet de l'éducation sur la moyenne des attitudes

ANOVA – Moyenne des attitudes

Cases	Sum of Squares	df	Mean Square	F	p
EDUCATION	23.419	4.000	5.855	2.321	0.056
Residual	913.011	362.000	2.522		

Note. Type III Sum of Squares

Post Hoc Tests

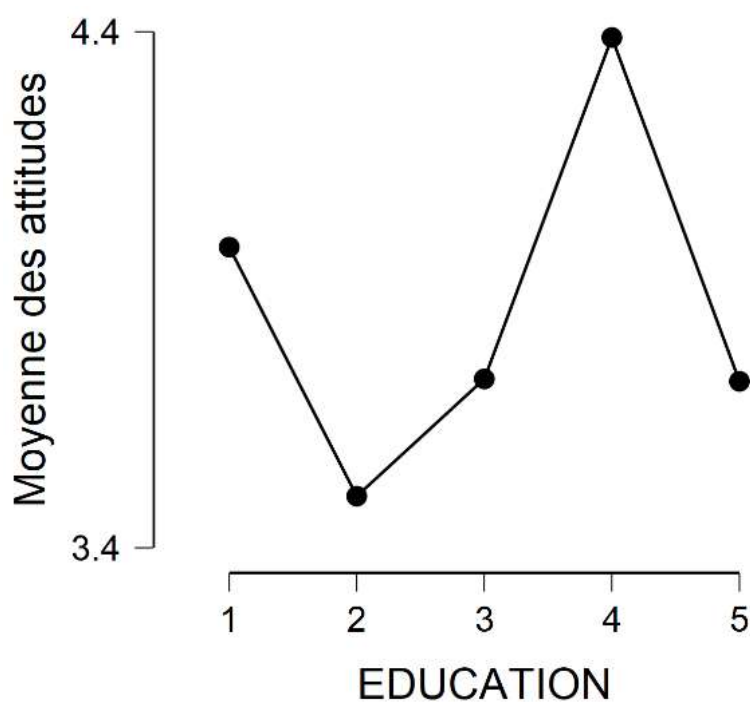
Post Hoc Comparisons – EDUCATION

		Mean Difference	SE	t	p tukey
1	2	0.483	1.133	0.426	0.993
	3	0.255	0.369	0.692	0.958
	4	-0.406	0.238	-1.705	0.432
	5	0.260	0.195	1.334	0.670
2	3	-0.227	1.173	-0.194	1.000
	4	-0.889	1.138	-0.781	0.936
	5	-0.223	1.130	-0.197	1.000
3	4	-0.662	0.387	-1.710	0.429
	5	0.005	0.362	0.013	1.000
4	5	0.666	0.226	2.942	0.028

Marginal Means – EDUCATION

EDUCATION	Marginal Mean	SE	95% CI	
			Lower	Upper
1	3.983	0.147	3.693	4.273
2	3.500	1.123	1.292	5.708
3	3.727	0.339	3.061	4.393
4	4.389	0.187	4.021	4.757
5	3.723	0.128	3.472	3.973

(Figure 7)



Légende « (1 : Analphabète) ; (2 : Ecole coranique) ; (3 : Primaire) ; (4 : Secondaire) ; (5 : Supérieur).

(Figure 7) La moyenne des attitudes a été comparée sur plusieurs différents niveaux d'éducation et d'enseignement, nous ne retrouvons aucune différence significative.

H. Effet du revenu sur la moyenne des attitudes

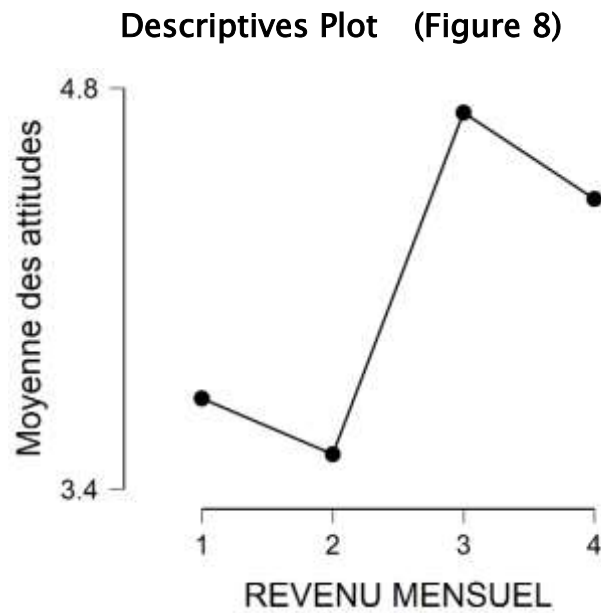
ANOVA – Moyenne des attitudes

Cases	Sum Squares	of df	Mean Square	F	p
REVENU MENSUEL	74.041	3.000	24.680	10.389	< .001
Residual	862.389	363.000	2.376		

Post Hoc Tests

Post Hoc Comparisons – REVENU MENSUEL

		Mean Difference	SE	t	p tukey
1	2	0.195	0.204	0.954	0.776
	3	-0.997	0.284	-3.513	0.003
	4	-0.696	0.223	-3.118	0.011
2	3	-1.192	0.273	-4.373	< .001
	4	-0.891	0.209	-4.268	< .001
3	4	0.301	0.287	1.050	0.720



Légende « (1 : <1000 dhs/mois) ; (2 : entre 2500 et 6000 dhs/mois) ; (3 : entre 6000 et 8000 dhs/mois) ; (4 : >8000 dhs/mois).

(Figure 8) : La moyenne des attitudes a été comparée sur plusieurs différents niveaux du revenu mensuel du foyer, nous notons qu'il y a une différence très significative entre le 2 et le 3, entre le 2 et le 4 « $p < 0.001$ ». Il n'y a cependant pas de différence significative entre les différents autres niveaux du revenu mensuel.

I. Association entre la moyenne des connaissances et la moyenne des attitudes

Pearson Corrélations (Figure 9)

		Pearson's r	p
Moyenne des connaissances	-	Moyenne des attitudes	0.324 *** < .001

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

(Figure 9) : Après interprétation des résultats, nous notons une association significative entre la moyenne des connaissances et la moyenne des attitudes « $p < 0.001$ », cette association est cependant positive « $Pearson's r = 0.324$ ».

J. Analyse univariée et analyse multivariée :

Nous avons par la suite analysé nos données par deux tests statistiques pour ainsi renforcer nos résultats ; Analyse univariée, et l'analyse multivariée. Cependant nous avons dans ce cas pris comme référence la valeur $p < 0.05$ et nous avons également modifié deux paramètres sociodémographiques, nous avons donc comme suit :

- 1- Revenu mensuel : <2500 dhs ; entre 2500 et 6000 dhs ; >6000 dhs
- 2- Profession : Actif ; Inactif ; Etudiant.

Tableau 4 : association entre l'attitude, les connaissances et les variables explicatives : Résultats de l'analyse univariée.

variables	Attitude		p	Knowledge		p
	poor	good		poor	good	
	n(%)	n(%)		n(%)	n(%)	
	90(24,5)	277(75,5)		184(50,4)	181(49,6)	
Gender			0,055			0,03
Male	29(32,2)	121(43,7)		65(35,3)	84(46,4)	
Female	61(67,8)	156(56,3)		119(64,7)	97(53,6)	
Age classes			0,47			0,36
<43	52(57,8)	148(53,4)		96(52,2)	103(56,9)	
≥43	38(42,2)	129(46,6)		88(47,8)	78(43,1)	
Residence			0,0001			0,0001
Urban	56(62,2)	247(89,2)		131(71,2)	170(93,9)	
Rural	34(37,8)	30(10,8)		53(28,8)	11(6,1)	
Profession			0,0001			0,0001
Active	43(47,8)	116(41,9)		51(27,7)	106(58,6)	
Student	7(7,8)	77(27,8)		39(21,2)	45(24,9)	
Inactive	40(44,4)	84(30,3)		94(51,1)	30(16,6)	
Education level			0,28			0,0001
illiterate	33(36,7)	85(30,7)		86(46,7)	32(17,7)	
primary	7(7,8)	15(5,4)		13(7,1)	8(4,4)	
secondary	12(13,3)	60(21,7)		51(27,7)	21(11,6)	
superior	38(42,2)	117(42,2)		34(18,5)	120(66,3)	
Marital status			0,004			0,024
single	38(35,6)	67(24,2)		41(22,3)	63(34,8)	
married	50(55,6)	199(71,8)		137(74,5)	111(61,3)	
Divorced+ window	2(2,2)	11(4)		6(3,3)	7(3,9)	
Monthly income			0,0001			0,0001
<2500	35(38,9)	64(23,1)		85(46,2)	14(7,7)	
2500-6000	47(52,2)	87(31,4)		62(33,7)	70(38,7)	
>6000	8(8,8)	126(45,5)		37(20,1)	97(53,6)	

Tableau 5 : association entre les variables d'attitude, de connaissance et d'explication : Résultats de l'analyse multivariée. Les valeurs sont exprimées sous la forme d'un OR ajusté (95 CI).

variables	attitude		knowledge	
	Adjusted OR (95CI)	P value	Adjusted OR (95CI)	P value
residence				
Urban	3,56 (1,91-6,61)	0,0001	3,36(1,59-7,11)	0,001
rural	1		1	
Monthly income				
Monthly income<2500	1,81(0,076-0,42)	0,0001	0,083(0,042-0,16)	0,0001
Monthlyincome2500- 6000	0,13(0,061-0,30)	0,0001	0,049 (0,29-0,83)	0,009
Monthly income>6000	1		1	

DISCUSSION

Au cours de notre enquête, la plupart des sujets ont adhéré sans résistance à l'étude sans pour autant se poser de questions sur l'objectif de notre travail. Cependant, nous avons été confrontés à deux personnes qui ont totalement refusé de répondre à nos questions, craignant ne pas savoir quoi répondre, et ceci malgré notre insistance sur le fait que le questionnaire serait anonyme. La question de l'épilepsie et des crises épileptiques au Maroc, ont depuis longtemps suscité mon intérêt, et ceci à travers mon vécu avec le peuple marocain. C'est ainsi que je me suis armé de courage et de volonté, pour entamer mon travail s'étant étalé sur une durée de 8 mois. Nous avons réalisé un questionnaire comptant des questions sur le statut sociodémographique et des questions sur les connaissances et attitudes des personnes vis-à-vis de la maladie de l'épilepsie. Nous avons questionné toute personne non épileptique âgée de plus de 18 ans et ayant accepté d'adhérer à notre enquête après avoir précisé que toute notre étude était à titre anonyme et ceci avait encouragé les patients les plus réticents à répondre à nos questions. Notre population a très certainement peur du jugement potentiel qui leur serait porté s'ils ne pouvaient répondre correctement, et c'est un bon signe, l'autocritique existe toujours chez nous.

Plusieurs études ont été réalisées dans ce sens, avec l'objectif d'évaluer les connaissances et attitudes vis-à-vis de différents échantillons de la population (Population générale, enseignants, patients épileptiques etc.). Dans notre cas, nous avons choisi la population générale pour ainsi faire ressortir des informations pouvant survoler un grand échantillon plus ou moins représentatif de notre pays.

Nous avons pensé à composer des questions pour cibler la conviction profonde de chaque individu questionné, et je mettrai le point sur 3 questions en particulier. La première question est la suivante « Quelle serait la première chose qui vous viendrait à l'esprit devant une personne qui convulse ? » ; Nous avons expliqué de manière précise

la crise épileptique, et nous avons eu différentes réponses aussi surprenantes les unes que les autres. 39% ont répondu par « Possession », 40% ont répondu par « Cause médicale », et 15% ont répondu « Cause psychologique et mentale ». La cause médicale et la cause psychologique ont été source de confusion, car plusieurs personnes pourraient interpréter la crise épileptique que nous leur avons décrite auparavant comme crise d'hystérie, et ne sauraient faire la différence entre les deux, cela se comprend vu que la crise d'hystérie fait partie du diagnostic différentiel de l'épilepsie. Cependant, il y a eu un très grand nombre qui étaient convaincus de manière inébranlable que la crise décrite, était une possession surnaturelle « Démons, Djinns etc. ». Notre culture, histoire et religion seraient sans doute l'origine à cette manière de penser, nous retrouvons plusieurs exemples d'histoires marocaines parlant de possession démoniaque, de sorcellerie et de surnaturel. Notre religion a également un rôle important à jouer, les « Djinns » ont été cités dans le coran à maintes reprises, et suscitent de nombreuses questions et fantasmes. Il y a eu cependant, une question en rapport avec les attitudes « Aideriez-vous cette personne qui convulse ? », et à notre grande surprise 84% des marocains seraient prêts à aider et avaient tous sans exception répondu de manière très convaincante. Nous avons également trouvé un chiffre assez étonnant, 86% des marocains n'auraient peur de rien lorsqu'ils seraient devant une crise convulsive.

La deuxième question est la suivante « Que signifie l'épilepsie pour vous ? », nous avons également reçu différentes réponses. 40% ont répondu par « Maladie mentale », 32% ont répondu par « Maladie physique » et 18% ont répondu par « Possession ». Nous revenons encore à la première question, et la confusion règne toujours entre la maladie physique organique et la maladie mentale psychique, la population a du mal à faire la part des choses entre ces deux entités. Nous avons également remarqué une certaine

hésitation entre ces deux groupes de personnes, ils avaient du mal à décider entre « maladie physique » et « maladie mentale ». Par contre, les personnes ayant répondu par « possession » étaient convaincues de leur réponse et ne présentaient absolument aucune hésitation. Dans une étude réalisée en Arabie Saoudite en 2018 (1), nous avons retrouvé plusieurs similitudes avec la nôtre, même si notre échantillon n'est pas aussi large. Par rapport à la question de l'origine de l'épilepsie, 63% ont répondu que c'était une maladie physique chez eux, et 32% seulement chez nous. La notion de maladie mentale est également mentionnée dans les deux études (la nôtre et en Arabie Saoudite) (1), et nous retrouvons des chiffres assez différents. Au Maroc, 40% pense que l'épilepsie est une maladie mentale au même titre que la dépression et la schizophrénie, alors qu'en Arabie Saoudite (1), ce chiffre est beaucoup plus bas, seulement 9.9% de la population pense ainsi. Je me dois de citer un dernier chiffre par rapport à la cause de la maladie de l'épilepsie, 18% de notre échantillon pense qu'il s'agit d'une possession démoniaque.

La troisième question est celle qui nous a le plus étonné « Si une personne de votre entourage présentait des symptômes typiques de l'épilepsie, où iriez-vous chercher de l'aide en premier lieu ? ». 78% des marocains préféraient tout d'abord aller voir un médecin généraliste ou spécialiste pour le traitement, et complétaient généralement leur réponse par « Si la médecine n'arrive pas à résoudre le problème, nous irons voir des chamans ou aller visiter des mausolées ». Mais une question essentielle devrait se poser à cet instant, est ce que ces personnes ont répondu par « Médecine conventionnelle » car elles en étaient convaincues, ou bien l'avaient fait uniquement car elles étaient dans un centre de santé et s'adressaient à un médecin en blouse blanche ? Il est très difficile de savoir.

La contagiosité de la maladie est un chapitre à part, mais nous essayerons de le résumer en quelques mots. Nous avons utilisé dans notre questionnaire la question

suivante « Est-ce que pour vous, la maladie de l'épilepsie est une maladie contagieuse ? » nous avons trouvé que 280 personnes (91%) ont répondu par non et étaient parfaitement convaincues de leur réponse. Cependant, une étude similaire au Togo (2) a démontré une réponse de 61 (16.94%) pour une ethnie spécifique sur un échantillon de 360 personnes sur la même question. Une autre étude faite en 2018 en Arabie Saoudite (1) a démontré que 73,3% de l'échantillon questionné (1940) ont correctement répondu à la question de la contagiosité.

Le traitement de la maladie de l'épilepsie peut en effet être un challenge même pour le corps médical, et sa connaissance peut engendrer un nombre incalculable de confusions. Nous avons posé la question aux marocains, si pour eux existerait-il un traitement à cette affection, et à notre plus grande surprise 293 (79%) personnes ont répondu par « oui », mais étaient en général incapables de le préciser. Nous retrouvons donc uniquement 54 (14%) ayant répondu juste à cette question, contre 53,4% dans l'étude en Arabie Saoudite. 50 (13.4%) personnes ont répondu que le meilleur traitement était « Le coran et la visite des sanctuaires » au Maroc, contre 31.5% en Arabie Saoudite (1).

Nous avons par la suite évalué la moyenne des connaissances et la moyenne des attitudes et nous les avons comparées avec les paramètres sociodémographiques préalablement récoltés « Genre, résidence, niveau d'études, niveau socio-économique ». Les résultats ont été certes assez surprenants mais aussi représentatifs de notre réalité marocaine. Nous avons retrouvé un énorme fossé et différence significatifs entre la moyenne des connaissances et attitudes des personnes vivant dans le milieu urbain et rural. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que le milieu rural n'ait pas accès à l'information et à l'éducation aussi facilement que le milieu urbain, et ceci pourrait également se présenter dans d'autres domaines de connaissances. Le genre a été un

critère qui est sans grande surprise non influent, que ça soit pour les connaissances ou pour les attitudes, le savoir n'étant pas sexe dépendant à mon avis. Cependant, dans une étude turque publiée en 2017 (4), on a trouvé que les femmes avaient une meilleure connaissance vis-à-vis de l'épilepsie que les hommes.

Nos deux derniers paramètres « Niveau socio-économique et Niveau d'études » sont à mon avis étroitement liés, et pourraient tous les deux rentrer dans un cycle de cause à effet ; plus le niveau socio-économique diminue et plus le niveau d'études diminue, et vice versa, sans absolu bien évidemment, et certes cela reste à démontrer, mais on peut tout de même faire nos propres suppositions. Tout d'abord, nous avons démontré de par notre étude que plus le niveau d'étude augmentait plus les connaissances s'amélioraient, sans pour autant trouver de différence significative par rapport aux attitudes entre les différents niveaux d'étude. Notre dernier paramètre est le « Niveau socio-économique », où nous retrouvons des résultats similaires au paramètre déjà cité. Plus le « Niveau socio-économique » augmentait, et plus les connaissances devenaient meilleures, sans pour autant trouver de différence significative par rapport aux attitudes. L'étude publiée en 2017 en Turquie (4) a démontré des résultats plus ou moins semblables aux nôtres ; En comparant les scores relatifs aux connaissances et attitudes en matière d'épilepsie aux niveaux d'éducation et de revenu, on a constaté que les diplômés du secondaire et de l'université et ceux dont les revenus étaient égaux aux dépenses avaient de meilleures connaissances et attitudes en matière d'épilepsie.

Pour finaliser notre étude, nous voulions savoir s'il y avait une corrélation quelconque entre la moyenne des connaissances et la moyenne des attitudes, et nous avons réalisé un test statistique avec le logiciel « Jasp » nous permettant ainsi d'évaluer ce dernier paramètre. Nous avons en effet trouvé qu'il y avait une association significative entre la moyenne des connaissances et la moyenne des attitudes « $p < 0.001$ », une association positive « $\text{pearson's } r = 0.324$ » ce qui veut dire que plus les personnes sont mieux informées par rapport à l'épilepsie, plus ces dernières auront une meilleure attitude, et ceci est de toute logique.

CONCLUSION

L'épilepsie est une affection neurologique très fréquente dans le monde et aussi au Maroc, et nombreux patients en souffrent pendant des années sans intervention médicale propre. La culture marocaine tend malheureusement vers les « Sciences occultes » et le « Surnaturel », et cela peut se répercuter de manière très négative sur la qualité de vie et la santé des malades. Notre étude avait pour objectif de faire ressortir ces idées quelque peu farfelues et évaluer les connaissances et attitudes de la population générale en matière d'épilepsie. La résidence, le niveau d'éducation et le revenu mensuel ont été les facteurs les plus influençant, en outre les personnes les plus fortunées, les plus instruites et vivant en milieu urbain ont été les personnes ayant répondu le mieux à nos questions. La population marocaine a encore du chemin intellectuel à faire, car cette maladie peut s'aggraver si notre connaissance par rapport à celle-ci ne s'améliore pas.

Nous espérons qu'avec ce travail, nous pourrons dans un futur proche créer un programme de sensibilisation, pour aider nos malades et leur famille et mieux saisir l'étendue de cette maladie, et venir consulter en médecine conventionnelle pour une prise en charge efficace de leur problème, et prendre conscience que les sciences occultes et autres pratiques culturelles ne sont que perte de temps et d'argent.

RESUMES

Résumé

L'épilepsie, un phénomène surprenant et tout aussi effrayant, a toujours suscité l'intérêt et la fascination de nombreuses sociétés et cultures. De par ses différents symptômes, elle a pendant longtemps été considérée comme un phénomène surnaturel dépourvu de toute explication logique, rationnelle et scientifique. Cependant, la médecine au fil des années s'est penchée sur la question, et a en effet trouvé une explication physiopathologique à cette maladie.

Au fil du temps, nous avons remarqué que dans notre cadre socio-culturel marocain, l'épilepsie n'est presque jamais considérée comme une réelle maladie organique, pouvant recevoir un traitement médical. L'épilepsie pouvant être considérée comme un phénomène ésotérique (Possession démoniaque, malédiction etc.)

Alors, comment pourrions-nous faire l'étude de ces idées pré-reçues sur l'épilepsie ? C'est ainsi que nous avons alors pensé à réaliser une étude transversale descriptive, pour mettre en évidence de manière concrète et objective les connaissances et attitudes des marocains vis-à-vis de cette maladie et de sa prise en charge.

Il s'agit d'une étude transversale descriptive avec recueil d'information au moment de l'enquête sur une durée de 8 mois, sur la base d'un questionnaire élaboré par nos soins, les résultats ont été interprétés avec par les logiciels « Excel » et « Jasp ». Elle a été réalisée dans différents centres de santé à Fès (Dekkarat, Mont fleuri, Aouint El Hajjaj) après l'obtention d'une autorisation signée par Mr le délégué de la santé de FES et le directeur régional de la santé FES-MEKNES. L'étude a également été réalisée auprès de l'entourage et de la famille. L'étude a inclus toutes les personnes non épileptiques âgées de plus de 18 ans. Nous avons eu un total final après exclusion, de 367 personnes ayant répondu à notre questionnaire.

L'étude a été menée de telle sorte à évaluer les connaissances et attitudes et les comparer avec les différents paramètres sociodémographiques de chaque individu. Nous avons retrouvé donc qu'il y avait des différences très significatives dans la moyenne des connaissances et la moyenne des attitudes dont les facteurs les plus influents sont « La résidence, le niveau socio-économique et le niveau d'éducation ». Nous retrouvons aussi des similitudes avec des études réalisées dans d'autres pays comme la Turquie, le Togo et l'Arabie Saoudite avec leurs spécificités culturelles. Tout ceci laisse à suggérer que l'épilepsie reste une maladie encore mal connue de la part des marocains, et qu'il devrait alors dans un futur proche renforcer voire même créer des programmes de sensibilisation pour améliorer le savoir de notre population, et améliorer la qualité de vie des malades pris à tort pour tel ou tel phénomène paranormal.

ABSTRACT

Epilepsy, a surprising and equally frightening phenomenon, has always aroused the interest and fascination of many societies and cultures. Due to its various symptoms, it has long been considered a supernatural phenomenon devoid of any logical, rational and scientific explanation. However, medicine over the years has looked into the matter, and has indeed found a pathophysiological explanation for this disease.

In the typical Moroccan socio-cultural framework, epilepsy is rarely considered as an organic disease with an available medical treatment. It is instead considered as an esoteric phenomenon (demonic possession, curse etc.).

So, how could these preconceived ideas about epilepsy be studied? To answer this question, we carried out a descriptive transversal study, in order to highlight in a more concrete and objective way the knowledge and attitudes of Moroccans towards this disease and its treatment.

We have collected information over a period of 8 months, with the help of a questionnaire made by us for this purpose, the results were interpreted with the software "Excel" and "Jasp". It was carried out in different health centres in Fez (Dekkarat, Mont Fleuri, Aouint El Hajjaj) after obtaining an authorization signed by the FES Health Delegate and the FES-MEKNES Regional Health Director. The study was also carried out with the entourage and the family. The study included all non-epileptic persons over 18 years of age. We had a final total, after exclusion, of 367 people who answered our questionnaire.

The study was conducted in such a way as to evaluate knowledge and attitudes and compare them with the different socio-demographic parameters of each individual. We therefore found that there were very significant differences in average knowledge and average attitudes, with the most influential factors being "Residence, socio-

economic level and level of education". We also found similarities with studies carried out in other countries such as Turkey, Togo and Saudi Arabia with their cultural specificities. All this suggests that epilepsy remains a disease still poorly known by Moroccans, that requires stronger and more efficient awareness programs in order to improve the knowledge of the population regarding this disease, and thus improve the quality of life of patients suffering from it.

ملخص

الصرع حالة وظاهرة تثير الخوف والقلق مما يدعو الإهتمام والعناية من طرف العديد من المجتمعات من مختلف الثقافات والصرع كان يعتبر ظاهرة غير طبيعية لا تخضع لأي تحليل علمي ومنطقي

ونشير الى أن الطب التجا منذ سنوات للإجابة على مجموعة من التساؤلات ليخلص إلى شروحات فزيائية مرضية لهذا المرض

ومع مرور الزمن لاحظنا أن المجتمع السوسيوثقافي المغربي لم يكن ليعتبر الصرع مرضا حقيقيا بل هو حالة مس تصيب الإنسان

إذن كيف يمكننا القيام بدراسة هذه التفسيرات المسبقة عن الصرع؟ هذا ما دفعنا للقيام بدراسة دقيقة لوضع تصورات وتأويلات المغاربة وجها لوجه امام هذه الظاهرة حتى نتمكن من إعطائها ما تستحق من الرعاية والاهتمام.

يتعلق الأمر بدراسة دقيقة تشمل الحالة من كل جوانبها استغرقت 8 أشهر اعتمدنا فيها على ملء استمارات من طرف والجي بعض المراكز الاستشفائية ونشير إلى أن في ضل هذه الدراسات اعتمد العمل وتمت المعاينة بالمراكز الاستشفائية التالية الدكارات مونفلوري عوينات الحجاج وهذا بالطبع بعد حصولنا على تراخيص موقعة من طرف السيد مندوب الصحة بفاس والسيد المدير الجهوي لوزارة الصحة العمومية جهة فاس مكناس.

وشمل البحث أيضا الوسط العائلي الذي أنتمي إليه مع الإشارة إلى أن الأفراد الذين تم استجوابهم غير مصابين بالصرع وأعمارهم تفوق 18 سنة والعدد الإجمالي لمن شملتهم الدراسة 367 شخصا.

الدراسة كان الهدف منها أساسا محاولة تنمية المعارف والمواقف ومقارنتها مع مختلف النظريات السوسيوديموغرافية لكل شخص.

وخلصنا إلى أن هناك اختلافات دقيقة على مستوى المعارف والمواقف والدوافع الأكثر تأثيرا المستوى الاجتماعي والثقافي إضافة إلى التنشئة الاجتماعية والتربية ونشير إلى أننا وجدنا تقاربا بين ما أخلصنا إليه وبين دراسات أجريت في دول كتركيا والطوغو والمملكة العربية السعودية مع طبعاً لا ننسى خصوصيات كل بلد بين ما أخلصنا إليه

كل هذا يجعلنا نقر بان الصرع مرض لا يحظى بالمعرفة الدقيقة من طرف المغاربة وهذا يفرض علينا في المستقبل القريب بوضع برامج تحسيسية من شأنها توعية الناس بهذا المرض ووضع السبل لمعاينته والتعامل معه كحالة مرضية.

Questionnaire

A) Identité du sujet :

1) Numéro du patient :

2) Résidence : Urbaine Rurale

3) Origine :

4) Sexe : Masculin Féminin

5) Age :

6) Education :

Analphabète Ecole coranique Primaire Secondaire
Supérieur Autres :

8) Statut matrimonial :

Célibataire Marié(e) Divorcé(e) Veuf(ve)

9) Profession, ou l'activité du patient :

Salarié ou fonctionnaire Artisan ou commerçant Agriculteur Etudiant
Inactif

Si autres, préciser :

10) Revenu mensuel (en Dh) :

Moins de 1000 Entre 2500 et 6000 Entre 6000 et 8000 Plus que 8000

B) REPRESENTATIONS SOCIOCULTURELLES DE L'EPILEPSIE :

11) Quelle serait la première chose qui vous viendrait à l'esprit devant une personne qui convulse ?

Possession Malédiction Cause médicale Cause psychologique

12) Aideriez-vous cette personne ?

Oui Non

13) Si non, pourquoi ?

Peur Incapacité à aider Indifférence Autre raison

14) Si peur, peur de quoi ?

Contamination L'entité ésotérique Autre :

.....

15) Avez-vous déjà entendu parler de l'épilepsie ?

Oui Non

16) Êtes-vous atteint de l'épilepsie ?

Oui Non

17) Connaissez-vous quelqu'un atteint de cette maladie ?

Oui Non

19) Avez-vous déjà assisté à une crise d'épilepsie ?

Oui Non

20) Si oui, quelle a été votre attitude ?

.....

21) Si non, quelle serait votre attitude

.....

22) Que signifie l'épilepsie pour vous ?

Maladie physique Maladie mentale Malédiction Possession

Ne sait pas

23) Est-elle contagieuse ?

Oui non Ne sait pas

24) Si oui quel est le mode de contagion ?

Contact physique en se côtoyant ou en se saluant Voie héréditaire

Voie sexuelle Transmission par sorcellerie Possession

25) Si une personne de votre entourage présentait des symptômes typiques de l'épilepsie, où iriez-vous chercher de l'aide en premier lieu ?

Médecine conventionnelle Phytothérapeute/herboriste

Guérisseur Chaman

26) Pensez-vous qu'il existe un traitement à l'épilepsie ?

Oui Non Ne sait pas

27) Si oui, lequel ?

.....

28) Pensez-vous que l'épilepsie est une maladie chronique ?

Oui Non Ne sait pas

29) Est-ce qu'une personne épileptique peut :

Se marier Avoir des enfants Transmettre la maladie à ses enfants Peut exercer n'importe quel travail

30) Est-ce qu'une personne épileptique peut participer aux tâches quotidiennes normalement ?

Oui Plus ou moins Non

31) Est-ce qu'une personne épileptique sous traitement peut vivre normalement ?

Oui Plus ou moins Non

BIBLIOGRAPHIE

- [1]. Algahtani, H., Shirah, B., Alzahrani, A., & Shaheen, M. (2019). Perception and Attitude of the General Population towards Epilepsy in Jeddah, Saudi Arabia. *Journal of Epilepsy Research, 9*
- [2]. Apetse, K., Assogba, K., Belo, M., Kombate, D., Kumako, V., Guinhouya, K. M., Kevi, K., Balogou, K. A. A., & Grunitzky, É. K. (2010). Perception de l'épilepsie de l'enfant et de l'adulte par la population et le personnel soignant au Togo.
- [3]. Borner, B., & Starkenmann, V. (2012). *L'épilepsie, des croyances populaires à la réalité de la pathologie*. 25.
- [4]. Kiyak, E., & Dayapoglu, N. (2017). An evaluation of knowledge and attitudes toward epilepsy in Eastern Turkey. *Epilepsy & Behavior, 75*, 241-245. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2017.06.036>
- [5]. *Principaux repères sur l'épilepsie*. (s. d.).
- [6]. Temkin O. The falling sickness. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1945
- [7]. De Boer HM. Epilepsy and society. *Epilepsia* 1995;36:S8-11
- [8]. Samt P. Epileptische Irreseinsforme. *Arch Psychiatrie Nervenkr* 1875;5:393-444, 1876;6:110-216
- [9]. Baumann R, Wilson J, Wiese H. Kentuckians: attitudes toward children with epilepsy. *Epilepsia* 1995;36:1003-8.
- [10]. Epilepsy Foundation of America. The legal rights of persons with epilepsy. 6th ed. Landover, MD: Epilepsy Foundation of America, 1992
- [11]. Dell JL. Social dimensions of epilepsy: stigma and response. In: Whitman S, Hermann BP, eds. *Psychopathology in epilepsy*. New York: Oxford University Press, 1986.
- [12]. De Boer HM, Aldenkamp AP, Bullivant F, et al. Horizon, the transnational epilepsy training project. *Int J Adolesc Med Heal* 1994;7:325-35.
- [13]. *Qu'est-ce que l'épilepsie ?* / *Fédération Française de Neurologie*. (s. d.).