

UNIVERSITÉ DE LILLE

DÉPARTEMENT FACULTAIRE DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2022-2024

MÉMOIRE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT D'INFIRMIER EN PRATIQUE AVANCÉE

MENTION : Pathologies chroniques stabilisées, prévention et pathologies courantes en soins primaires.

État des lieux des comorbidités psychiatriques chez les patients souffrant d'épilepsie hospitalisés en unité d'épileptologie au CHU de Lille

Présenté et soutenu publiquement le 24 juin 2024 à 12h à Lille (département facultaire de médecine Henri Warembourg) **par Céline GORON**

JURY :

Président du jury : Monsieur le Professeur Eric WIEL

Directeur de mémoire : Monsieur le Professeur Philippe DERAMBURE

Enseignant infirmier: Madame Véronique KOZLOWSKI

Département facultaire de médecine Henri Warembourg

Avenue Eugène Avinée

59120 LOOS

REMERCIEMENTS

À M. le Professeur Philippe Derambure

Professeur des universités, praticien hospitalier

Service de Neurophysiologie Clinique, Hôpital Roger Salengro - CHU de Lille

Vous me faites l'honneur d'avoir été mon directeur de Mémoire et mon chef de service depuis 15 ans maintenant. Merci pour votre soutien et votre accompagnement tout au long de ce travail et durant toute ma carrière d'infirmière dans votre service.

À M. le Professeur Eric Wiel

Professeur des universités, Praticien hospitalier Service de Médecine d'Urgence – CHU de Lille

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur de juger mon mémoire et d'avoir fait partie des enseignants de ce diplôme d'état en pratique avancée.

À Mme Véronique Kozlowski

Cadre de Santé et Directrice IFCS et IFAS

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur de juger mon mémoire de fin d'étude et d'avoir fait partie de l'équipe d'enseignement de ce diplôme d'état en pratique avancée dans l'UE « sciences infirmières ».

À M. le Docteur Mathieu Dhoisne

Interne de Neurologie

Service de Neurophysiologie Clinique, Hôpital Roger Salengro - CHU de Lille

Merci à toi pour ton implication et ton soutien dans la réalisation de ce mémoire. Merci pour tout ce temps que tu m'as accordé.

À M. Florian Dufresnois

Interne de psychiatrie

Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale des Hauts-de-France

Merci à toi pour ton aide dans la réalisation des statistiques de ce travail. Et merci à la fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale des Hauts-de-France pour leur aide dans la réalisation de ce mémoire.

À ma famille recomposée,

À Max, Suzie, Gaspard et Arsène. Merci à vous quatre de faire partie de ma vie ! Max, merci d'avoir été près de moi et de m'avoir soutenu pendant ces deux ans de formation, avec cette petite phrase qui marchait presque toujours : « C'est qui la meilleure ? »!

Un remerciement très particulier à ma fille Suzie qui émerveille ma vie depuis bientôt 9ans.

À ma famille,

À mes parents, ma sœur jumelle et ma petite sœur. Notre « quintette » m'a toujours permis d'aller jusqu'au bout de mes projets personnels et professionnels. Merci de votre soutien inconditionnel. Sans vous dans ma vie, rien n'aurait été possible.

Un merci particulier à ma Carinette pour son aide dans la préparation de cette soutenance.

À mes amis de toujours

Soso, Nenette, Leo et Clément et Caro. Pour votre soutien sans faille depuis l'école primaire et votre amitié depuis tant d'années.

À mes amies Lilloises

Soazic, ma belge préférée. Merci pour ton écoute, tes conseils et ta présence à mes cotés. Merci pour la relecture de ce mémoire et pour ton soutien depuis tant d'années.

À Clémentine, Débo et Audrey pour cette amitié très forte que nous avons construite à cinq. Sans vous, la vie à Lille serait trop triste.

À ma Roro

Ma complice de l'unité d'épileptologie, qui illumine mes journées de travail. Merci à toi d'être là et de m'accompagner dans ma vie professionnelle et personnelle. Merci pour cette amitié évidente depuis toutes ces années.

À mes collègues du service de neurophysiologie clinique

Aurélié, Flavie, Aurore, Cécile, infirmières, secrétaires et médecins de ce service... Merci à vous de m'avoir soutenu tout au long de cette formation. Merci à vous pour toutes ces belles années de travail ensemble. Et ce n'est par fini...

À mes collègues de la clinique de l'épilepsie du service de neuropédiatrie du CHU de Lille

Christine, Anais, Malika, Emilie, Marie, merci pour votre accueil durant ces quatre mois de stage, merci pour votre soutien pendant cette dernière année de formation. Merci pour votre enseignement et votre partage d'expérience dans la prise en soin des enfants souffrant d'épilepsie. Un merci particulier à Lucie, pour son aide dans la mise page de ce mémoire.

À l'équipe de centre d'accueil de crise et de psychiatrie de Liaison

Merci pour votre accueil et votre enseignement durant mon stage de première année. Ce stage m'a sensibilisé aux pathologies psychiatriques et a guider mon travail de mémoire.

À l'équipe Ressource épilepsies de Rennes

Merci à Claire Ricordeau et toute son équipe pour cette semaine de stage. Elles ont créé un accompagnement innovant du patient souffrant d'épilepsie en Bretagne. C'est un modèle inspirant qui doit être développé au niveau national et qui a bouleversé mes futures missions d'IPA.

À mes collègues de promo IPA 2022-2024

Gaëlle, Sabrina, Anthony, Julie, Sabrina... la meilleure des promos sans aucun doute. Merci pour votre soutien, sans vous la formation n'aurait pas été possible. Un merci particulier à Orlane et Chachou, merci pour nos temps en trio de révisions, sans vous ces derniers partiels auraient été moins doux.

À Mme Mireille Tirlemont

Cadre supérieur de santé du pôle d'imagerie et d'explorations fonctionnelles au CHU de Lille

Je vous remercie pour votre soutien tout au long de ma carrière d'infirmière au sein du service de Neurophysiologie clinique. Merci pour votre accompagnement et votre implication dans ce nouveau projet professionnel.

À Mme Marie-Beatrice Hasbrouck

Cadre de Santé du service de Neurophysiologie clinique

Je vous remercie pour votre soutien tout au long de ces deux ans de formation, pour votre écoute et pour le temps que vous m'avez accordé pour réussir ce diplôme d'état.

Je remercie également le **CHU de Lille** qui m'a offert mon premier poste d'infirmière et qui m'accompagne dans cette belle évolution de carrière.

Avertissement

« La faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans ce mémoire, celles-ci sont propres à leur auteure. »

TABLE DES MATIERES

	Pages
1. INTRODUCTION	9
1.1 Epidémiologie : épilepsie et comorbidités psychiatriques	9
1.2 Epilepsie et dépression	12
1.3 Epilepsie et troubles anxieux	15
1.4 Epilepsie et suicidalité	16
1.5 Objectifs de l'étude	17
2. MATERIEL ET METHODES	18
2.1 Type d'étude et population	18
2.2 Population, critères d'inclusion et d'exclusion	18
2.3 Recueil de données	18
2.4 Données recueillies	18
2.5 Critère de jugement principal	19
2.6 Méthodologie statistique	19
2.7 Ethique et autorisation réglementaire	20
3. RESULTATS	20
3.1 Caractéristiques de la population	20
3.2 Critères de jugement principal : les résultats aux échelles NDDI-E et GAD-7	22
3.3 Adressage en sortie d'hospitalisation	23
3.4 Analyse bivariée	24
3.5 Analyse multivariée	26
4. DISCUSSION	27
4.1 Analyse des principaux résultats	27
4.2 Prévalence des troubles psychiatriques chez les patients souffrant d'épilepsie	28
4.3 Facteurs associés aux troubles psychiatriques dans l'épilepsie	28
4.4 Effet du Lévéti racétam	29
4.5 Prise en soin psychiatrique chez les patients souffrant d'épilepsie	30
4.6 Forces et limites	31
4.7 Situation actuelle en épileptologie au CHU de Lille	32
4.8 Les pistes d'amélioration et le rôle de l'IPA	34
a) L'entretien IPA	34
b) Coordination du parcours patient	36
c) Autres missions de l'IPA	38
d) Projet de Collaboration avec l'IPA « mention psychiatrie et santé mentale »	39
5. CONCLUSION	40
Bibliographie	41
Annexes	44
Résumé	53

Liste des abréviations

Abréviation	Définition
CMP	Centre médico-psychologique
DPO	Délégué à la Protection des Données
DSM-5	Manuel diagnostique et statistiques des troubles mentaux
EEG	Électroencéphalogramme
GAD-7	<i>Generalized Anxiety Disorder</i>
IPA	Infirmier en pratique avancée
MINI	<i>MINI International Neuropsychiatric Interview</i>
NDDI-E	<i>Neurological Disorders Depression Inventory for Epilepsy</i>
QOLIE-10	<i>Quality Of Life in Epilepsy 10</i>
TDM	Trouble dépressif majeur

1. Introduction générale

1.1 Epidémiologie : épilepsie et comorbidités psychiatriques

L'épilepsie est une maladie neurologique qui touche 1% de la population française, soit environ 500 000 personnes (1). Si l'épilepsie peut survenir à tout âge, son incidence varie de façon importante avec l'âge, avec deux pics de fréquence : durant la petite enfance et chez le sujet âgé (2). L'épilepsie se caractérise par une prédisposition durable du cerveau à générer des crises d'épilepsie par les conséquences neurobiologiques, cognitives, psychologiques et sociales de cette affection. On distingue différents types d'épilepsie en fonction du caractère focal (zone épileptogène limitée à une région cérébrale) ou généralisé des crises (3).

La classification de 2017 de l'ILAE (International League Against Epilepsy) (4) nous présente d'abord les syndromes électrocliniques et les épilepsies non syndromiques, avec trois catégories d'étiologies : structurelle et/ou métabolique (acquise ou non), génétique (présumée ou connue, ou bien une hérédité dans l'épilepsie familiale ou non dans l'épilepsie de novo). Et enfin, de cause idiopathique. Nous pouvons observer dans un tiers des cas d'épilepsie, une cause non identifiée (1). La classification des épilepsies est représenté en figure N°1.

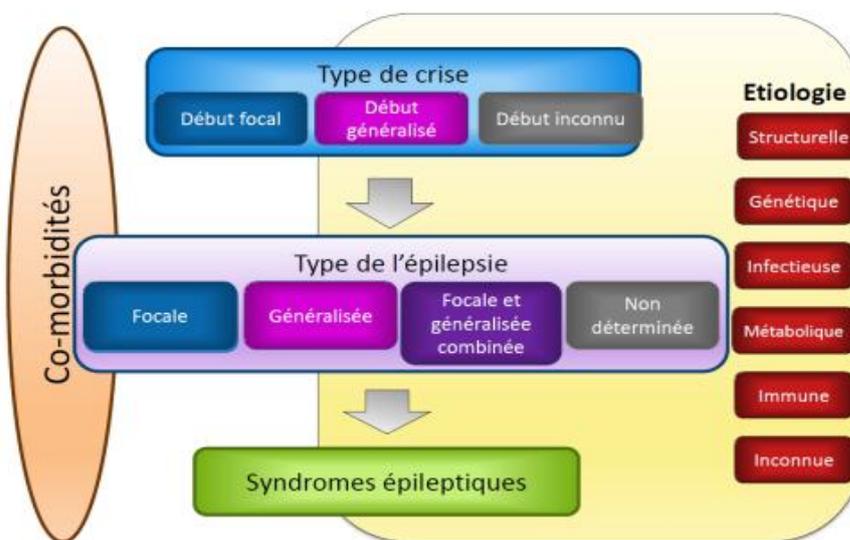


Figure N° 1 Classification des épilepsies de la Ligue Internationale contre l'Epilepsie (ILAE)

Une crise d'épilepsie se définit par l'apparition transitoire de manifestations cliniques en lien à une hyperactivité neuronale synchrone d'une région cérébrale (3).

Le mode d'expression des crises varie en fonction de leur localisation, il peut s'agir de phénomènes hallucinatoires simples ou de manifestations comportementales associées ou non à une rupture de contact. Elles peuvent également être généralisées et se traduire alors par une absence ou par une crise convulsive généralisée. Dans 20 à 30% des cas environ, l'épilepsie est pharmacorésistante, c'est à dire pour laquelle au moins deux traitements ont été essayés sans succès (6). Dans ce cas, on sait que la probabilité de contrôler les crises à l'aide du traitement antiépileptique est très faible, de l'ordre de 16% à partir du 3ème essai (7). C'est dans ce cadre, lorsqu'il s'agit d'une épilepsie focale, que peut s'envisager une chirurgie de l'épilepsie. Si la chirurgie est impossible, on peut parfois proposer la pose d'un stimulateur du nerf vague à visée palliative (8).

Les crises, si elles sont l'aspect le plus visible et le plus imprédictible de la maladie, ne sont pas ses seules manifestations cliniques. Ces patients présentent également des difficultés thymiques, comportementales et cognitives, ce qui participe aux conséquences sociales de cette maladie (2). Plusieurs difficultés se dressent dans le parcours de soins du patient épileptique :

- l'accès au diagnostic avec notamment des difficultés d'accès à l'électroencéphalogramme et à une consultation spécialisée (1).
- les fréquents effets indésirables des traitements (3),
- la persistance des crises (6),
- et leurs difficultés d'insertion dans la société et notamment dans le monde du travail (1).

De nombreux facteurs peuvent favoriser la survenue de crises tels que la fatigue, le manque de sommeil ou le stress. La gestion de ces différents facteurs ainsi qu'une bonne observance thérapeutique sont primordiales pour limiter la recrudescence des crises. La prise en soin du patient doit s'adapter à son terrain spécifique avec des problématiques variées tel que le risque tératogène chez la femme enceinte ou en âge de procréer, la iatrogénie chez le sujet âgé polymédicamenté ou l'association à des comorbidités psychiatriques.

Les troubles psychiatriques, tels que les troubles dépressifs, les troubles anxieux généralisés ou les troubles psychotiques, sont fréquemment retrouvés chez les patients épileptiques.

Ils complexifient leur diagnostic et détériorent leur qualité de vie et ça, à tout âge. La prévalence cumulée de troubles psychiatriques chez ces patients est de plus de 60 % (9).

Il existe un taux d'incidence important chez les patients épileptiques pour la dépression, l'anxiété, les troubles psychotiques, les abus de substances et les tentatives de suicide, non seulement dans les années suivant le diagnostic d'épilepsie, mais aussi dans les années le précédant. Les troubles de l'humeur sont les plus fréquents, entre 24 à 74 % des patients sont concernés, et plus précisément, la dépression touche 30% des patients, les troubles anxieux 10 à 25 %, les troubles de la personnalité 1 à 2 % et les psychoses 2 à 7 %. Dans la littérature, la prévalence d'un trouble psychiatrique chez les patients souffrant d'épilepsie réfractaire est estimée à 10 à 20 % (10).

Autre comorbidité, les crises fonctionnelles dissociatives sont des troubles un peu à part, et encore trop souvent méconnues, alors qu'elles représentent un diagnostic différentiel fréquent en épileptologie. Elles peuvent être aussi comorbides aux crises épileptiques puisqu'elles concernent jusqu'à 20% des patients souffrant d'épilepsie. Cliniquement elles peuvent ressembler à des crises d'épilepsie malgré un électroencéphalogramme (EEG) normal.

Elles ont souvent une origine fonctionnelle ou psychogène avec un mécanisme dissociatif, en lien à des événements ou à un vécu traumatisant dans les antécédents, pour 75 % des patients qui présentent ce type de troubles (10).

Les comorbidités psychiatriques semblent être liées à des causes iatrogènes, ainsi qu'à la chronicité et la sévérité de certaines épilepsies. Une constatation récente montre que l'existence d'un trouble mental peut augmenter significativement le risque de développer ultérieurement une épilepsie et qu'à l'inverse le fait de souffrir d'épilepsie augmente le risque d'apparition de troubles anxieux (11). La non prise en soin des comorbidités a un impact sur le contrôle des crises puisque la tolérance et l'efficacité des traitements antiépileptiques y sont moins efficaces (1). Elles peuvent aussi avoir un impact négatif sur les résultats du traitement chirurgical (12).

Les critères diagnostiques répertoriés dans les classifications CIM-10 et DSM-5 ne sont pas directement applicables aux patients épileptiques. En effet, les personnes souffrant d'épilepsie ont des symptômes psychiatriques atypiques, ne correspondent pas aux critères des classifications des troubles psychiatriques. L'ILAE (*The International League Against Epilepsy*) propose une classification ayant pour objectif de mieux caractériser les troubles psychiatriques associés à l'épilepsie. (tableau 1) (4)

Catégorie	Caractéristiques cliniques	Principales conclusions du projet de proposition de classement
Le problème de la comorbidité	<ul style="list-style-type: none"> • Troubles anxieux et phobiques • Dépression mineure et majeure • Trouble obsessionnel compulsif • Autres troubles somatoformes, dissociatifs et névrotiques 	Ce n'est pas différent de l'éventail des troubles mentaux courants qui prévalent dans la communauté et dans les populations cliniques et hospitalières. La classification doit être conforme à la CIM-10 et au DSM-IV
La psychopathologie comme symptôme des crises d'épilepsie	Altération de la conscience, confusion, désorientation, troubles de la mémoire, anxiété, dysphorie, hallucinations et syndromes paranoïaques	Des syndromes d'épilepsie partielle, partielle et d'absence simples, ainsi que d'autres syndromes épileptiques, peuvent être diagnostiqués. cliniquement pris en charge par l'EEG
Troubles psychiatriques interictaux spécifiques à l'épilepsie	<ul style="list-style-type: none"> • Dysfonctionnement cognitif, y compris les troubles de la mémoire • Psychoses de l'épilepsie • Troubles somatoformes affectifs • Troubles de la personnalité • Anxiété et phobies spécifiques à l'épilepsie 	<ul style="list-style-type: none"> • Peut-être général ou spécifique ; diagnostiqué à l'aide de tests neuropsychologiques standard • À classer en fonction de la relation avec les crises - prodromiques, inter-ictales, post-ictales et alternées • Hyperéthique, visqueux, labile, mixte et autres • L'accentuation des traits et le désordre doivent être codés • Peur des crises d'épilepsie reconnue comme une entité distincte et invalidante
Autres informations pertinentes	<ul style="list-style-type: none"> • Relation avec le traitement antiépileptique • Relation avec le changement EEG 	<p>Codé comme non documenté ; l'établissement et/ou le retrait avec des périodes de temps précises pour les deux</p> <p>Présence ou absence de modification de l'EEG associée documentée</p>

Tableau 1: Classification ILAE : Catégories clés, caractéristiques cliniques et conclusions (Krishnamoorthy et al., 2007)

1.2 Épilepsie et dépression

Le trouble dépressif chez les patients souffrant d'épilepsie est le plus fréquent des troubles psychiatriques comorbides tout en restant sous diagnostiqué du fait de sa présentation atypique (14).

Chez le patient souffrant d'épilepsie on distingue plusieurs formes de syndrome dépressif suivant leur moment d'apparition par rapport aux crises : inter-ictal, ictal et péri-ictal. Les syndromes dépressifs péri-ictaux sont souvent associés aux épilepsies du lobe temporal survenant sous la forme d'une dysphorie péri-ictale avec une symptomatologie apparaissant

dans les 24h qui précèdent la crise. Le syndrome dépressif ictal se caractérise par des symptômes qui apparaissent pendant la crise. Le syndrome dépressif post-ictal se caractérise par des symptômes apparaissant dans les 72 heures suivant la crise.

Les syndromes inter-ictaux ne sont pas liés temporellement aux crises. Le plus caractéristique est le syndrome dysphorique inter-ictal qui regroupe des symptômes affectifs labiles (attaque de panique et anxiété) des symptômes dépressifs (insomnies, douleurs, humeur dépressive, et anhédonie), et des symptômes dysphoriques spécifiques (euphorie et irritabilité). Le diagnostic du syndrome dépressif peut être objectivé si le patient présente au moins cinq des neuf symptômes (anhédonie, tristesse de l'humeur, perte de poids ou trouble de l'appétit, agitation, asthénie, troubles du sommeil, difficultés de concentration, dévalorisation et pensées de morts fréquentes.) L'anhédonie ou la tristesse de l'humeur doivent faire partie des symptômes et doivent être présents quotidiennement, depuis au moins quinze jours. Tous ces syndromes dépressifs sont fréquents chez les patients souffrant d'épilepsie mais ne remplissent pas les critères des classifications internationales. Par exemple, les troubles de l'humeur inter-ictaux ont une durée beaucoup plus brève que lors d'un trouble dépressif tel que défini par les classifications internationales, et l'euphorie ou l'irritabilité y sont davantage au premier plan. Par ailleurs, certains symptômes peuvent être aussi des effets secondaires des traitements antiépileptiques, comme l'asthénie ou les difficultés de concentration (23). Ce qui complexifie la classification dans le DSM-5 et le diagnostic de ces troubles. Il est utile d'instaurer un traitement devant ces symptômes, en vérifiant qu'ils ne sont pas en lien avec une cause iatrogène des antiépileptiques, même si leur durée est assez courte, car ils sont récidivants et peuvent devenir chroniques avec le temps, s'ils ne sont pas traités (10). Nous pouvons avoir recours aux antidépresseurs de la famille des inhibiteurs de la recapture de la sérotonine accompagnée d'une prise en soin par psychothérapie (23).

Les comorbidités psychiatriques sont à ce jour sous diagnostiquées et donc sous traitées, alors qu'elles ont un impact majeur sur la qualité de vie des patients en fragilisant la stabilisation de leur maladie ; l'acceptation du traitement et son efficacité ainsi que le contrôle des crises (15). L'hypothèse évoquée pour expliquer cette abstention médicale, en matière de prise en soin des comorbidités psychiatriques, est l'atypie des symptômes dépressifs. L'absence de tristesse de l'humeur, est une des hypothèses soulevées pour expliquer le retard de prise en soin de ces troubles.

Selon Boylan et al, 2004 (16), le facteur prédictif de la qualité de vie dépend plus du fait d'avoir ou non un syndrome dépressif que d'avoir une fréquence de crise importante. Ce qui

rend donc primordial le dépistage de ce syndrome dépressif dès la pose du diagnostic. Une échelle de dépistage est désormais recommandée par l'ILAE : *Neurological Disorders Depression Inventory for Epilepsy* (NDDI-E).

Le NDDI-E est donc une échelle de dépistage du syndrome dépressif associé à l'épilepsie, diffusée par l'*International League Against Epilepsy* (ILAE) qui a été validée et traduite en français. C'est un auto-questionnaire de dépistage rapide comportant 6 items pouvant être cotés de 1 (jamais) à 4 (toujours) évaluant l'humeur sur les deux semaines précédentes, avec un score allant de 6 à 24. Il considère les spécificités de la dépression associée à l'épilepsie. (17). Le score seuil NDDI-E optimal pour la détection du trouble dépressif majeur est supérieur à 13 (18). Les 2 items les plus sensibles et spécifiques sont « J'ai des difficultés à trouver du plaisir » et « Je ferai mieux d'être mort(e) », leur positivité devrait motiver une évaluation par un psychiatre (19). Cette échelle a une sensibilité de 87,88 %, une valeur prédictive positive de 74,4 %, une valeur prédictive négative de 94,80 % et une spécificité de 87,95 % dans le dépistage d'un épisode dépressif majeur (20). En épileptologie, cette échelle devrait être utilisée de manière systématique en consultation. Un score pathologique supérieur à 13 nécessite un avis psychiatrique. Voici ci-dessous la version française du NDDI-E.

Items	Jamais	Rarement	Parfois	Toujours ou souvent
1. Tout est une lutte	1	2	3	4
2. Rien de ce que je fais n'est bien	1	2	3	4
3. Je me sens coupable	1	2	3	4
4. Je ferai mieux d'être mort(e)	1	2	3	4
5. Je me sens frustré(e)	1	2	3	4
6. J'ai des difficultés à trouver du plaisir	1	2	3	4

NDDI-E : Version française. (2)

1.3 Epilepsie et troubles anxieux

La dépression n'est pas la seule comorbidité psychiatrique associée à l'épilepsie. Les troubles anxieux ont une prévalence estimées entre 11 et 50 % chez les patients souffrant d'épilepsie contre 7 à 11 % en population générale (21). Cette prévalence est estimée à 20 % en cas d'épilepsie pharmacorésistante (22). Le trouble anxieux généralisé se traduit par une anxiété anticipatoire permanente ou fluctuante, envahissant le quotidien de la personne sans qu'elle puisse avoir un contrôle sur elle. C'est le trouble anxieux interictal le plus fréquent, il est observé chez 3 à 13 % des patients souffrant d'épilepsie (22).

Plusieurs autres manifestations anxieuses peuvent être observées dans l'épilepsie telles que de l'anxiété peri-ictale, des manifestations comparables aux troubles anxieux primaires ou des troubles anxieux en lien direct avec la maladie et ses traitements (10).

Il est également possible d'observer une anxiété ictale chez 10 à 15 % des patients présentant des crises focales (22). Elles surviennent souvent brutalement et de façon brève avec des symptômes de sensations de début de crise (auras) et de peur pendant celle-ci. Elle est principalement retrouvée dans les épilepsies du lobe temporal.

La phobie de l'épilepsie est une peur anticipatoire à l'idée de faire une crise. On la retrouve notamment chez les personnes pharmacorésistantes. Cette anxiété amène les patients à éviter certains endroits et à s'isoler socialement, aboutissant à une importante dégradation de leur qualité de vie. Cette phobie peut aussi être accompagnée d'attaques de paniques (10). Les troubles anxieux sont moins étudiés que la dépression dans l'épilepsie, alors qu'ils ont le même impact sur la qualité de vie que les troubles de l'humeur (23).

En ce qui concerne leur prise en soin thérapeutique, il est conseillé d'éviter la prescription de benzodiazépines, qui peuvent engendrer des syndromes de sevrage et qui ont une efficacité de courte durée. Il est conseillé de prescrire plutôt des antidépresseurs de la famille des inhibiteurs de la recapture de la sérotonine à visée anxiolytique, en association avec une thérapie cognitivo-comportementale (23).

Tout comme pour la dépression, il existe une échelle de dépistage spécifique à ces troubles anxieux, la GAD-7 : Generalized Anxiety Disorders. Cette échelle est un outil rapide et validé en français de dépistage du trouble anxieux généralisé (24). Il s'agit du trouble anxieux le plus fréquent chez les patients souffrant d'épilepsie. Cette échelle a une sensibilité de 89 % et une

spécificité de 82 % pour le dépistage du trouble anxieux généralisé.(25) C'est un auto-questionnaire composé de 7 items avec une cotation de 0 à 3 « (0 : jamais, 1 : plusieurs jours, 2 : plus de la moitié du temps, 3 : presque tous les jours, au cours des 2 dernières semaines. » (24) avec des scores allant de 0 à 21. Un score supérieur à 7 doit faire évoquer un trouble anxieux généralisé mais ne permet pas d'affirmer le diagnostic. Il est donc conseillé aux patients ayant un score supérieur à 7 de bénéficier d'une consultation avec un psychiatre.

Items	Scores			
1. Un sentiment de nervosité, d'anxiété ou de tension	0	1	2	3
2. Une incapacité à arrêter de s'inquiéter ou à contrôler ses inquiétudes	0	1	2	3
3. Une inquiétude excessive à propos de différentes choses	0	1	2	3
4. Des difficultés à se détendre	0	1	2	3
5. Une agitation telle qu'il est difficile de tenir en place	0	1	2	3
6. Une tendance à être facilement contrarié(e) ou irritable	0	1	2	3
7. Un sentiment de peur comme si quelque chose de terrible risquait de se produire	0	1	2	3

Gad7 : version française (2)

1.4 Epilepsie et suicidalité

Le risque suicidaire est aussi très important chez les patients épileptiques. Cinq à dix pourcent des décès chez les patients souffrant d'épilepsie sont liés à un suicide (26). Le risque suicidaire est six fois plus élevé que dans la population générale, et particulièrement important dans les premiers mois suivant l'annonce du diagnostic (26). La prévalence des idéations suicidaires sur la vie entière est de 25 %, contre 12 % en population générale. L'âge jeune, la prise de plusieurs traitements antiépileptiques, une fréquence importante des crises, et des antécédents d'épisodes dépressifs majeurs sont associés à un plus grand risque suicidaire (26).

L'item 4 du NDDI-E (« *Je ferai mieux d'être mort(e).* ») est particulièrement utile pour dépister la suicidalité, et prévenir ainsi le suicide. Le NDDI-E a une sensibilité de 84,2 %, une valeur prédictive positive de 32,7 %, une spécificité de 90,9 %, et une valeur prédictive négative de 99,1 % pour le risque suicidaire (26).

Depuis novembre 2022, les patients hospitalisés en unité d'épileptologie au CHU de Lille bénéficient systématiquement d'une évaluation à l'aide du NDDI-E (Neurological Disorders Depression Inventory in Epilepsy) et de la GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder-7). Les résultats de ces échelles sont ensuite pris en compte dans l'observation médicale d'épileptologie. Cependant il n'y a actuellement pas de protocole concernant la prise en soin en cas de score pathologique.

1.5 Objectifs de l'étude

L'objectif principal de ce travail était d'évaluer la fréquence des comorbidités psychiatriques, chez les patients épileptiques hospitalisés en unité d'épileptologie au CHU de Lille.

Les objectifs secondaires étaient de déterminer les facteurs associés à ces troubles, d'observer leur prise en soin lors de l'hospitalisation et de pointer les limites actuelles pour proposer des pistes d'amélioration au sein du service d'épileptologie.

2. Matériel et Méthode

2.1 Type d'étude et population

Il s'agissait d'une étude descriptive, rétrospective et monocentrique. Elle s'intéressait, aux personnes ayant une épilepsie et hospitalisées au CHU de Lille pour un monitoring vidéo-EEG vidéo, dans le cadre d'un bilan diagnostique, d'une évaluation de leur épilepsie ou d'un bilan pré chirurgical de leur épilepsie entre novembre 2022 et novembre 2023.

2.2 Population, critères d'inclusion et d'exclusion

Les patients inclus devaient :

- avoir été hospitalisé dans l'unité d'épileptologie de novembre 2022 à novembre 2023.
- avoir un diagnostic d'épilepsie

Les patients exclus de l'étude étaient :

- les patients n'ayant pas rempli les échelles NDDIE et GAD 7 lors de leur hospitalisation.
- les mineurs de moins de 16ans.

2.3 Recueil de données

Les données cliniques ont été recueillies à partir du dossier médical informatisé et papiers des patients admis dans cette étude, sur un tableur Excel de façon anonymisée.

2.4 Données recueillies

Nous avons recueilli les données démographiques (sexe et âge au moment de l'hospitalisation, leur situation familiale, de même que les données cliniques relatives à l'épilepsie (durée de la maladie, type d'épilepsie, la notion de pharmacorésistance, le nom et le nombre de traitements antiépileptiques. Nous avons également recueilli les antécédents personnels psychiatriques, la prise d'un traitement antipsychotique, l'éventuel suivi psychiatrique en cours. Pour chaque patient, nous avons observé s'il avait eu un éventuel

adressage pour une évaluation psychiatrique pendant ou au décours de l'hospitalisation. Les scores aux échelles NDDIE et GAD-7, ont été recueillis lors de leur hospitalisation. Ces auto-questionnaires sont remplis par les patients à leur entrée.

2.5 Critère de jugement principal

Le critère de jugement principal était la présence d'un score pathologique à une ou aux deux échelles de dépistage. Un score supérieur à 13 pour la NDDI-E et, supérieur à 7 pour la GAD-7.

2.6 Méthodologie statistique

Les variables qualitatives sont exprimées en nombre (pourcentage). Les variables quantitatives sont exprimées en moyenne (déviation standard (DS)) lorsque l'histogramme mettait en évidence une distribution symétrique et en médian [premier quartile, troisième quartile] dans le cas contraire. La normalité des distributions a été évaluée par l'inspection visuelle des histogrammes.

L'indépendance entre les variables qualitatives et la présence d'un score pathologique à l'échelle NDDI-E et/ou à l'échelle GAD-7 a été évaluée à l'aide de tests du Chi² ou de tests exacts de Fisher en respectant leurs conditions respectives d'application. L'indépendance entre les variables quantitatives et la présence d'un score pathologique à l'échelle NDDI-E et/ou à l'échelle GAD-7 a été évaluée à l'aide de tests *t* de Student ou de tests de Wilcoxon-Mann-Whitney en respectant leurs conditions respectives d'application.

Les variables ayant une *p*-value inférieure à 0,10 en analyse univariée et les variables cliniquement pertinentes ont été ensuite incluses dans un modèle de régression logistique ayant pour variable à expliquer la présence d'un score pathologique à l'échelle NDDI-E et/ou à l'échelle GAD-7.

L'ensemble des analyses statistiques a été réalisés à l'aide du logiciel R (v4.2.1 ; R Core Team 2022). L'ensemble des tests étaient non directionnels. Le seuil de significativité statistique était fixé à 0,05.

2.7 Ethique et autorisations réglementaires

Cette étude a été déclarée à la commission nationale de l'information et des libertés. (CNIL)
Pour chaque patient, une lettre de non-opposition à la participation à l'étude était envoyée. Un exemplaire de cette lettre figure en ANNEXE N°3. Cette étude respecte les principes éthiques de la déclaration d'Helsinki.

3. Résultats

3.1 Caractéristiques de la population

Sur 335 patients hospitalisés pour un monitoring EEG vidéo au sein du service d'épileptologie du novembre 2022 à novembre 2023, 187 patients avaient un diagnostic d'épilepsie. Sur ces 187, 84 patients ont pu être inclus dans cette étude.

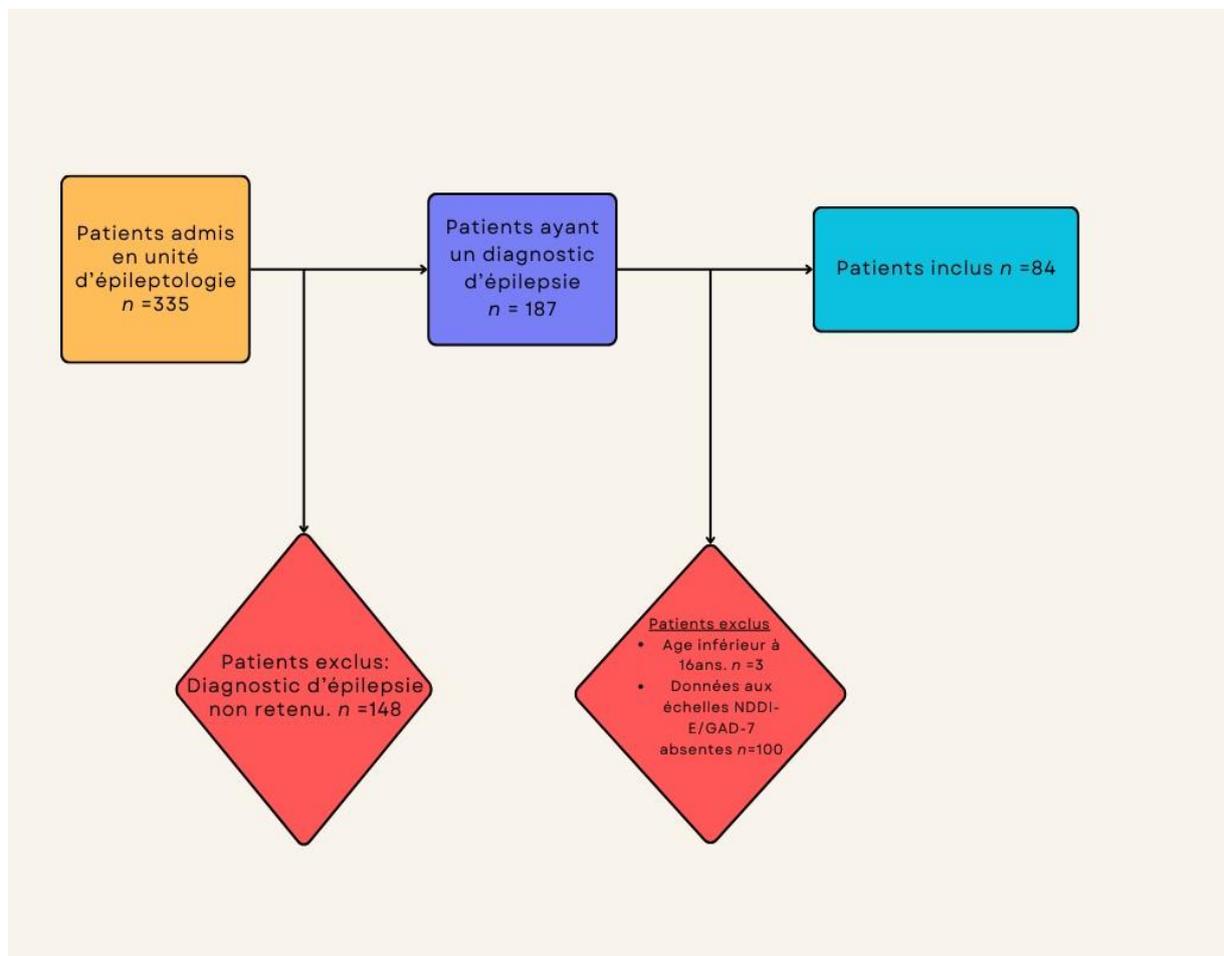


Figure n°1 : Flowchart de l'étude

Parmi ces patients, 57 % étaient des hommes, l'âge moyen était de 37 ans (DS : 16ans).

Concernant le type d'épilepsie, nous observons 39 % d'épilepsies focales extra temporales, 38% d'épilepsies focales temporales et 22 % d'épilepsies généralisées. Soixante-sept pourcent des patients présentent une pharmacorésistance.

Les traitements les plus prescrits étaient le Lévétiracetam (33 %), le Lacosamide (27 %) et la Lamotrigine (27 %), le valproate de sodium (13%) et le Brivaracetam (10,7 %).

Des antécédents psychiatriques étaient retrouvés chez 18% des patients, mais seulement 6% de tous les patients inclus bénéficiaient d'un suivi psychiatrique au moment de l'hospitalisation. Dix-sept pour cent des patients de l'étude prenaient un traitement à visée psychiatrique. Ces caractéristiques détaillées de la population sont présentées dans le tableau des analyses univariées en annexe n°1.

3.2 Critère de jugement principal : les résultats aux échelles NDDI-E et GAD-7

Sur 84 patients, 41 (49 %) ont au moins un score pathologique à l'une des deux échelles de dépistage (GAD-7 ou NDDIE). Vingt-neuf patients ont des scores pathologiques aux deux échelles, six patients n'ont que le NDDI-E, et 6 uniquement la GAD-7. Ces résultats sont présentés dans la figure N° 2.

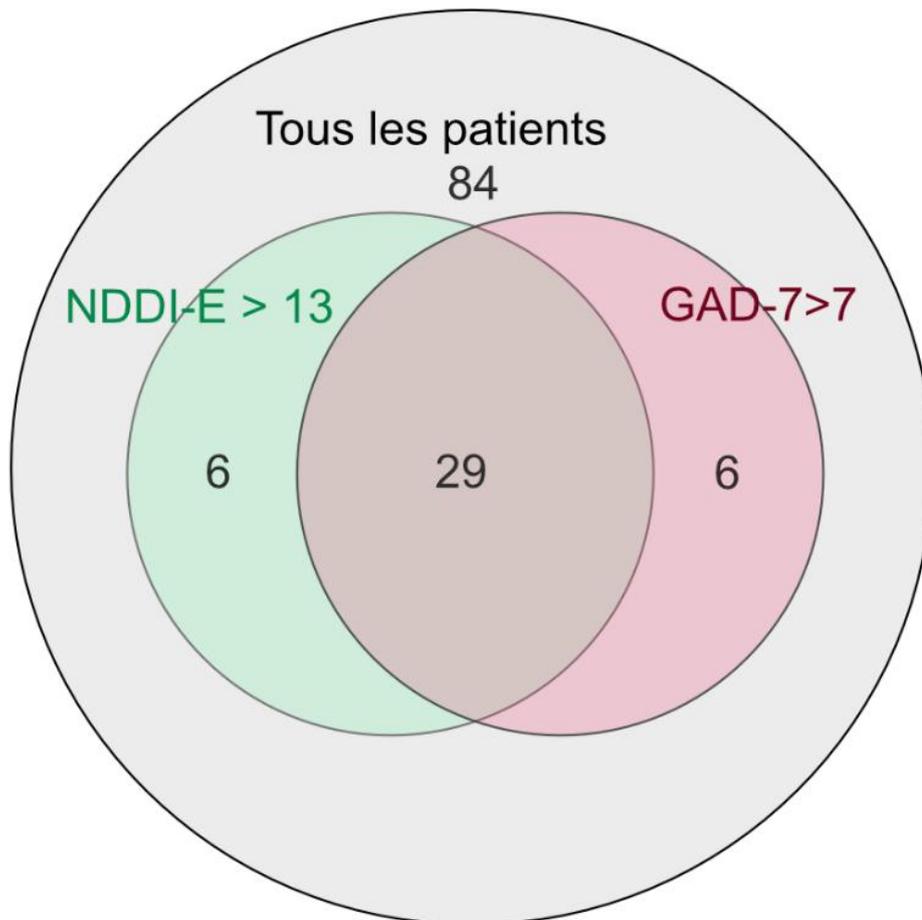


Figure n° 2: répartition des patients selon les résultats obtenus aux échelles de dépistage. (NDDI-E : *Neurological Disorders Depression Inventory for Epilepsy*, GAD-7 : *Generalized Anxiety Disorder*)

Le score médian à la GAD-7 était de 7 (minimum : 0, maximum : 20) et 44 % des patients avait un score pathologique.

Le score médian à la NDDI-E était de 12,5 (minimum : 5, maximum : 24) et 44 % des patients avait un score pathologique.

3.3 Adressage en sortie d'hospitalisation

Chez les patients ayant un score pathologique à au moins l'une des échelles de dépistage, seul 6 ont bénéficié d'un adressage spécifique pour la prise en soin du trouble psychiatrique. Trois patients ont pu bénéficier d'une évaluation par l'équipe de psychiatrie de liaison pendant leur hospitalisation. Le premier patient a refusé le suivi proposé, le deuxième patient a eu la modification de son traitement antidépresseur et a été adressé à son CMP de secteur.

Le troisième patient avait déjà un suivi en cours et a été encouragé à poursuivre cet accompagnement. Trois patients ont été adressés en sortie d'hospitalisation (dans le courrier de sortie) à leur médecin traitant pour la prise en soin de ces comorbidités psychiatriques. Pour 35 patients présentant des scores pathologiques aux échelles, aucun adressage n'a été réalisé au décours de l'hospitalisation. Seulement 3 patients sur les 41 patients présentant des échelles pathologiques avaient un suivi psychiatrique en cours au moment de l'hospitalisation.

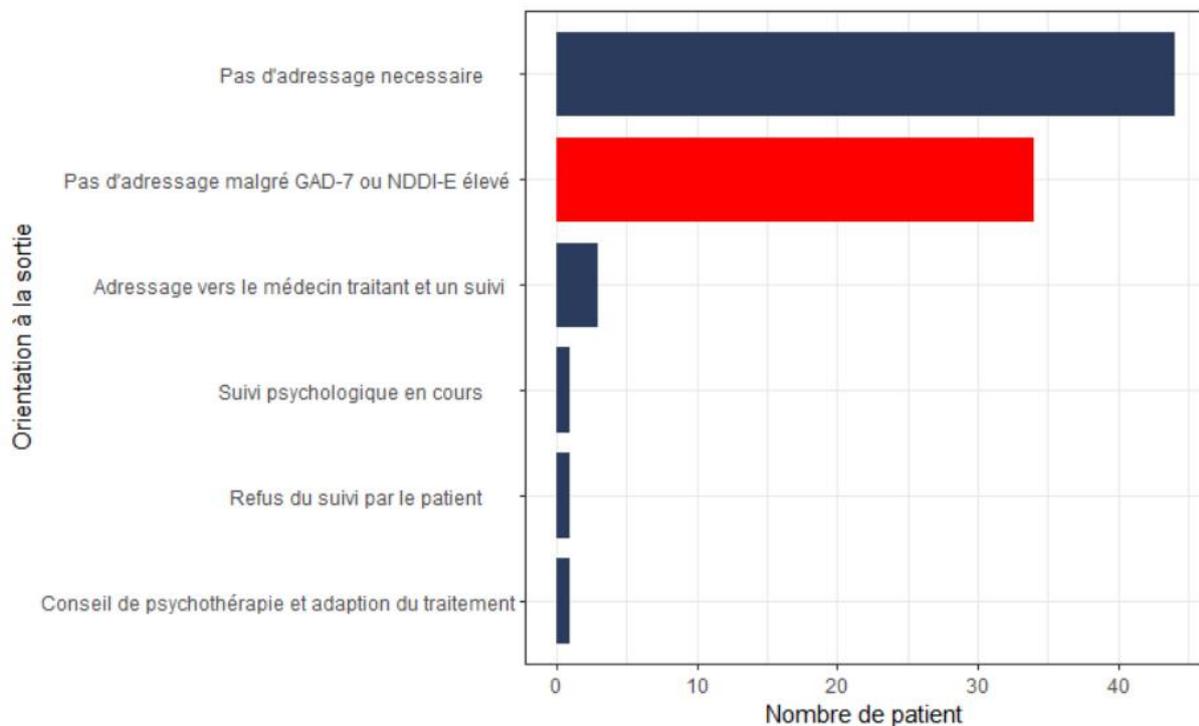


Figure N°3 : Répartitions des patients en sortie d'hospitalisation.

3.4 Analyse bivariée

En analyse bivariée, la prise d'un traitement par Lévétiracetam était significativement associée à une augmentation du risque de présenter un score pathologique à l'échelle NDDI-E et/ou à l'échelle GAD-7 (46 % vs. 21 %, p -value = 0,02).

Aucun autre facteur associé n'est retrouvé avec cette recherche bivariée excepté le fait d'être traité par Lévétiracetam. (Tableau n°1)

Analyses descriptives bivariées			
	GAD-7 et/ou NDDI-E positives (n=44)	GAD-7 et NDDIE négatives (n=39)	p
Age, moy (sd)	38.4 (16.6)	37.3 (15.8)	0,83
Q1-M-Q3	25-37-50.25	25-34-49	
Sexe, n (%)			0,52
Femme	20 (45.5)	15 (38.5)	
Homme	24 (54.5)	24 (61.5)	
Nbr enfants, moy (sd)	0.84 (1.31)	0.59 (1.19)	0,2
Q1-M-Q3	0-0-1.5	0-0-0	
Situation familiale, n (%)			0.017*
Celibataire	21 (47.7)	22 (56.4)	
Concubinage	3 (6.8)	10 (25.6)	
Marié	16 (36.4)	5 (12.8)	
Séparé	3 (6.8)	2 (5.1)	
NA	1 (2.3)	0 (0)	
Situation familiale binarisée, n (%)			0,59
En couple	19 (43.2)	15 (38.5)	
Célibataire	24 (54.5)	24 (61.5)	
NA	1 (2.3)	0 (0)	
Situation professionnelle, n (%)			0.027*
Etudiant	2 (4.5)	6 (15.4)	
Invalidité	14 (31.8)	5 (12.8)	
Non	7 (15.9)	3 (7.7)	
Oui	20 (45.5)	22 (56.4)	
Retraite	0 (0)	3 (7.7)	
NA	1 (2.3)	0 (0)	
Situation professionnelle binarisée, n (%)			0,055
En activité	22 (50)	28 (71.8)	
Sans activité	21 (47.7)	11 (28.2)	
NA	1 (2.3)	0 (0)	
Epilepsie, n (%)			0,38
EFET	20 (45.5)	13 (33.3)	
EFT	14 (31.8)	18 (46.2)	
EG	10 (22.7)	8 (20.5)	
Durée Maladie, moy (sd)	15.3 (15.6)	16.3 (16.2)	0,62
Q1-M-Q3	4-9-20.5	5-9-25.5	
Pharmacorésistance, n (%)			0,69
Oui	30 (68.2)	25 (64.1)	
Non	14 (31.8)	14 (35.9)	
Nbr traitements, moy (sd)	1.73 (0.99)	1.72 (0.89)	0,96
Q1-M-Q3	1-2-2*	1-2-2*	
Lamictal, n (%)			1
	12 (27.3)	10 (25.6)	
Keppra, n (%)			0.02*
	20 (45.5)	8 (20.5)	
Vimpat, n (%)			0,14
	9 (20.5)	14 (35.9)	
Traitement psy, n (%)			0,35
Oui	9 (20.5)	5 (12.8)	
Non	35 (79.5)	34 (87.2)	
Suivi psy, n (%)			0,62
Oui	3 (6.8)	1 (2.6)	
Non	41 (93.2)	38 (97.4)	

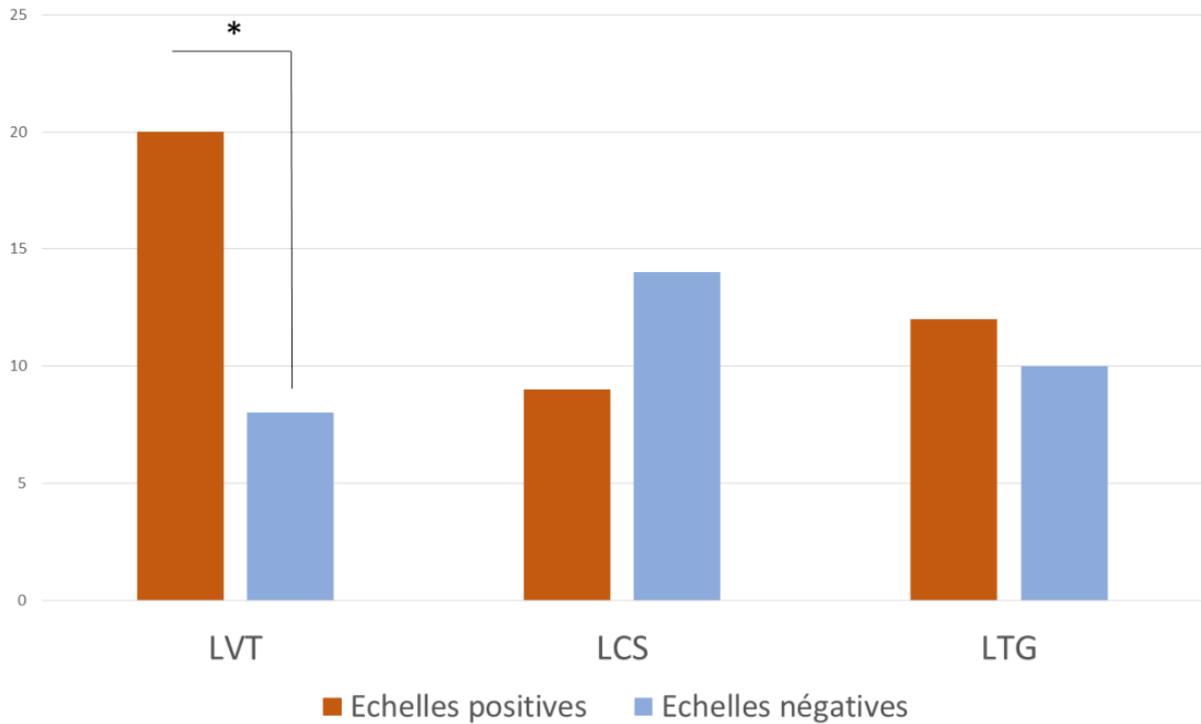


Figure n°4 : représentation du nombre de patients présentant des scores aux échelles pathologiques par rapport à leur traitement antiépileptique. (LVT: Lévétiracetam, LCS: Lacosamide, LTG: Lamotrigine)

3.5 Analyse multivariée

En analyse multivariée, la prise d'un traitement par Lévétiracetam était significativement associée à une augmentation du risque de présenter un score pathologique à l'échelle NDDI-E et/ou à l'échelle GAD-7 (odds ratio : 3,12 [1,16 – 9,01], p -value = 0,03). Les résultats de la régression logistique sont repris en figure n°5.

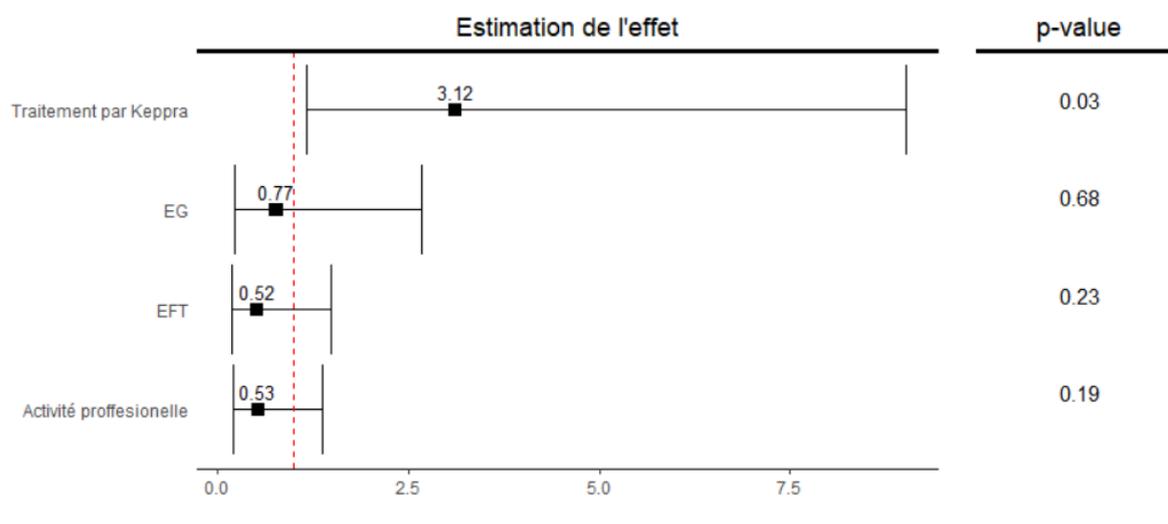


Figure n°5 : Estimation de l'effet. (Kepra : Lévétiracétam, EG: épilepsie généralisée, EFT : épilepsie focale temporale)

4. Discussion

4.1 Analyse des résultats principaux

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer la prévalence des comorbidités psychiatriques chez les patients souffrant d'épilepsie, hospitalisés dans l'unité d'épileptologie du CHU de Lille entre novembre 2022 et novembre 2023. Nous avons observé que 53 % des patients inclus présentaient un score pathologique à au moins une des deux échelles de dépistage du trouble dépressif et du trouble anxieux. Vingt-neuf patients ont des scores pathologiques aux deux échelles, tandis que six patients avaient uniquement un score pathologique à la NDDI-E, et six autres uniquement à la GAD-7. Quarante-quatre pour cent des patients présentaient un score pathologique à la NDDI-E et le même pourcentage avait un score pathologique à la GAD-7. En analyse multivariée la prise de Lévétiracétam était la seule variable significativement associée à une augmentation par trois du risque d'obtenir un score pathologique à au moins l'une de ces deux échelles. Par ailleurs, seulement cinq patients présentant des scores pathologiques à la NDDI-E et/ou à la GAD-7 ont bénéficié d'une évaluation psychiatrique ou d'un adressage à leur médecin traitant pour l'instauration d'un traitement et l'éventuel adressage pour une évaluation psychiatrique. Pour 35 patients, ces résultats n'avaient donné lieu à aucune prise en charge spécifique. Ces résultats sont alarmants et soulignent des lacunes préoccupantes dans la prise en soin des comorbidités psychiatriques en milieu hospitalier. Ils soulignent la nécessité d'améliorer la prise en soin de ces patients hospitalisés et leur suivi dans notre service.

4.2 Prévalence des troubles psychiatriques chez les patients souffrant d'épilepsie

Comparés aux données de la littérature, la prévalence des comorbidités psychiatriques est plus élevée dans notre population d'étude (21,24). Une étude menée à Marseille en 2019 (24) a révélé un trouble anxieux généralisé chez 34 % des patients et un syndrome dépressif chez 28 % d'entre eux. Ces pourcentages sont légèrement inférieurs à ceux retrouvés dans notre étude. Cette différence pourrait s'expliquer par des modes de recrutement et d'évaluation différents : dans l'étude marseillaise, les patients étaient, inclus en consultation de suivi, contrairement à notre étude où le recrutement s'est fait principalement en milieu hospitalier. Nous ne pouvons pas non plus exclure une différence liée au bassin de population. Par ailleurs, leurs patients étaient divisés en deux groupes distincts pour la passation de la NDDI-E et de la GAD-7. Une autre étude, réalisée au CHU de Rennes (21) retrouvait que sur 223 patients souffrant d'épilepsie, 20 % présentaient un syndrome dépressif d'après la NDDI-E. Ce pourcentage est également inférieur au notre. Cette différence pourrait être expliquée par une disparité dans le choix du seuil pathologique. Nous avons opté pour un seuil de 13 sur la base d'une précédente méta-analyse ayant déterminé le score optimisant le mieux les performances diagnostiques (18) tandis que les études rennaise et marseillaise utilisaient un seuil de 15. Si nous comparons nos résultats à la prévalence de ces comorbidités psychiatriques dans la littérature, nous pouvons observer que la dépression est présente chez 30 % des patients souffrant d'épilepsie et les troubles anxieux sont retrouvés chez 10 à 25 % (10), ce qui représente des chiffres un peu plus faibles que nos résultats. Le fait que notre score pathologique au NDDI-E soit inférieur peut expliquer la prévalence plus importante d'un probable syndrome dépressif chez nos patients. La prévalence des troubles anxieux telle qu'évaluée par la GAD-7 dans l'étude rennaise était quant à elle similaire à celle retrouvée dans notre étude avec environ un patient sur deux présentant un score pathologique. Nos résultats sont comparables à l'étude Marseillaise concernant la prévalence des troubles anxieux et se trouvent dans leur fourchette de 11 % à 50 % (24).

4.3 Facteurs associés aux troubles psychiatriques dans l'épilepsie

Dans notre étude, la prévalence d'association syndrome dépressif/trouble anxieux était importante, à 34%.

Dans l'étude rennaise, un score pathologique à la NDDI-E étaient significativement associé à un risque de présenter un trouble anxieux. Ces résultats soulignent l'intrication importante entre ces deux troubles (23).

Les données de la littérature suggèrent que la prise de benzodiazépines et le traitement par stimulateur du nerf vague sont associés à une augmentation du risque de syndrome dépressif, tandis que le caractère généralisé de l'épilepsie est associé à une diminution de ce risque. Notre étude, retrouve une association significative entre la prise de Lévétiracetam et le risque de score pathologique à l'une des deux échelles. Par ailleurs, nous n'avons pas mis en évidence l'impact du type d'épilepsie sur ce risque. Nos résultats sont assez discordants avec la littérature, ceci se justifie peut être par un effectif insuffisant de patients inclus dans notre étude comparés aux effectifs des autres études observées.

4.4. Effet du Lévétiracetam

Dans notre étude, la prise de Lévétiracetam est significativement associée à une augmentation par 3 du risque d'avoir un score pathologique à au moins l'une des deux échelles. Ce risque est bien connu en pratique clinique et bien décrit dans la littérature (29). Certains antiépileptiques sont responsables de troubles psychiatriques. Ces effets sont observés chez plus de 15 % des patients souffrant d'épilepsie (27). Le lévétiracétam est associé à un risque de développer un trouble dépressif, d'environ 4 % (28). Il peut également provoquer une irritabilité, une labilité émotionnelle et le développement de troubles psychotiques (29).

Une étude réalisée à l'hôpital de Colombia a comparé les effets indésirables de différents traitements antiépileptiques. Ils ont mis en évidence que la prise de Lévétiracetam est associé à une augmentation significative de la survenue de troubles psychiatriques, et au moins 10 % des patients inclus ont arrêté ce traitement du fait de ces effets indésirables psychiatriques (27).

Les troubles psychiatriques pharmaco-induits par les antiépileptiques sont connus dans la littérature. Ces symptômes psychiatriques toucheraient 15 % des patients souffrant d'épilepsie (27). L'irritabilité ainsi que l'agressivité ou les symptômes de dépression, sont les symptômes les plus fréquemment observés en effet secondaire des antiépileptiques (10). L'apparition de ces troubles ainsi que leur durée ont des délais variables, entre quelques jours à quelques semaines après l'instauration du traitement ou une semaine après un sevrage (10).

Par ailleurs, des facteurs de risque de ces troubles ont été identifiés, avec les antécédents psychiatriques personnels et familiaux chez le patient, les effets de la molécule choisie et l'instabilité de l'épilepsie à prendre en compte et en évaluant la balance bénéfices-risques pour chaque patient (10).

Toutefois il est souvent difficile de déterminer formellement si les manifestations psychopathologiques, en particulier les symptômes dépressifs, sont causées par un traitement antiépileptique ou à de multiples autres facteurs liés à la pathologie et particulièrement au mauvais équilibre des crises. De plus, beaucoup de facteurs peuvent nuire à la fiabilité des échelles de dépistage de la dépression puisque beaucoup d'effets secondaires des médicaments antiépileptiques comme la baisse de concentration, l'asthénie, ou les troubles du sommeil et de mémoire peuvent se chevaucher avec les signes cliniques d'un syndrome dépressif. (40)

En 2008, la *Food and Drug Administration* (FDA) des États-Unis a alerté les professionnels de la santé concernant un risque important d'idéations suicidaires et de comportements suicidaires chez les personnes traitées par des médicaments antiépileptiques. (29) Compte tenu des risques ci-dessus, les cliniciens devraient enquêter sur l'existence de facteurs de risque (antécédents de tentatives de suicides, comorbidités psychiatriques) et, au besoin, adresser le patient pour une évaluation psychiatrique.

Les patients devraient être invités à signaler à leur médecin tout changement de comportement ou d'humeur et toute idéation suicidaire suite à l'introduction d'un traitement antiépileptique. Une évaluation par des dépistages réguliers des comorbidités psychiatriques doit être intégrée dans le suivi du patient pour ce type de traitement et une vigilance accrue doit être réalisée dans la prescription du Lévétiracétam.

4.5 Prise en soin psychiatrique des patients souffrant d'épileptiques

Dans notre étude, des antécédents psychiatriques étaient retrouvés chez 18% des patients. Cependant seulement 5% des patients bénéficiaient d'un suivi psychiatrique au moment de l'hospitalisation. Vingt pour cent des patients ayant au moins un score pathologique à l'une des deux échelles prenaient un traitement psychotrope. Ces résultats sont comparables à ceux de l'étude rennaise. Dans leur étude, parmi les patients ayant des scores pathologiques aux échelles, moins d'un patient sur cinq bénéficiait d'une prise en charge psychiatrique et 80 % des patients souffrant de trouble dépressif ne prenaient pas de traitement antidépresseur. (21) Ces résultats soulignent des lacunes dans la prise en soin des comorbidités psychiatriques associées à l'épilepsie.

Selon une étude menée par l'ILAE (30) auprès de professionnels de santé prenant en soin les patients souffrant d'épilepsie. ($n = 445$) Il ressort que $>50\%$ d'entre eux manquaient de ressources pour prendre en soin les problèmes de santé mentale de leurs patients.

Parmi les facteurs identifiés, était mentionné le manque de ressources pour évaluer et traiter la dépression et l'anxiété ainsi que, l'absence de procédures normalisées pour le dépistage et la prise en soin de ces comorbidités psychiatriques. Un manque de temps ($>50\%$) était un obstacle identifié. Les adressages vers les psychiatres ou les psychologues étaient courant mais un tiers pratiquaient « *une attente vigilante* » et 52 % des patients orientés pour ce type de prise en charge rencontraient des difficultés d'accès à la prise en soin de leurs comorbidités. L'intégration des professionnels de la santé mentale dans les équipes spécialisées dans l'épilepsie a été aussi largement soulignée.

Les résultats de cette étude n'ont pas été évalués dans notre travail. Mais ces difficultés peuvent expliquer le manque de prise en soin de ces comorbidités psychiatriques chez les patients souffrant d'épilepsie, et peuvent être des axes d'orientation de nos actions pour améliorer nos pratiques. Comme par exemple la formation des professionnels de santé ainsi que la réalisation de procédures normalisées ou l'organisation d'un temps dédié pour réaliser la prise de soin par une personne responsable à ce dépistage.

4.6 Forces et limites

Le caractère rétrospectif est associé à plusieurs limites. Tout d'abord les données manquantes sont responsables d'un biais de sélection et d'une réduction de l'effectif final. Par ailleurs, le caractère rétrospectif a pu contribuer à un biais de classement. Il est par exemple possible que l'adressage en psychiatrie ait été fait de manière informelle sans être rapporté dans le dossier patient.

Le caractère monocentrique est à l'origine également d'un biais de sélection, et ce particulièrement compte tenu du fait que le service d'épileptologie du CHU de Lille est un centre tertiaire de recours. L'échantillon est peut être représentatif d'une population avec une épilepsie plus sévère. En conséquence, les résultats de cette étude ne sont pas extrapolables à la population générale.

La passation des échelles de dépistage lors de l'hospitalisation a pu modifier la prévalence des troubles observés chez nos patients. En effet, l'hospitalisation est une situation stressante en tant que telle et encore plus chez les patients épileptiques qui sont admis dans l'objectif de provoquer une crise épileptique. Il aurait été intéressant de vérifier les données recueillies

avec celles obtenues lors du bilan neuropsychologique réalisé à distance de l'hospitalisation afin de confirmer le diagnostic de trouble dépressif ou de trouble anxieux.

Il faut également noter que lors de la distribution de questionnaires au patient, il est possible que leur capacité à les comprendre et les remplir n'ait pas été vérifiée.

Cette étude est la première à avoir fait un état des lieux des comorbidités psychiatriques chez les patients souffrant d'épilepsie pris en soin au CHU de Lille. Il faut également souligner l'utilisation d'un seuil validé par une méta-analyse permettant un dépistage le plus efficace possible à l'aide des échelles employées.

4.7 Situation actuelle en épileptologie au CHU de Lille

Sur la base des résultats de cette étude, il semblerait opportun que les patients présentant un score pathologique bénéficient d'une évaluation psychiatrique plus systématique. Actuellement, aucune procédure normalisée n'est prévue en cas de score pathologique. Par ailleurs, l'absence de psychiatre au sein de notre équipe ne facilite pas la prise en soin optimale des patients. Cette collaboration neurologue-psychiatre reste difficile à mettre en œuvre à l'exception des centres tertiaires de recours ayant un psychiatre dans leur équipe (14). Actuellement, il existe une séparation nette entre neurologie et psychiatrie, alors qu'elles étaient regroupées dans une même et seule spécialité jusqu'en 1968 (32). Les données de la littérature sur le lien entre épilepsie et troubles psychiatriques sont de plus en plus nombreuses. Cependant, la prise en soin de ces troubles est encore sous-optimale du fait de cette séparation. (33) Des réunions pluridisciplinaires dites « EPI-PSY » entre l'équipe d'épileptologie et de psychiatrie du CHU de Lille ont été organisées depuis 2020. Elles permettent de discuter des dossiers de patients souffrant d'épilepsie et ayant des comorbidités psychiatriques. Ce terme « EPI-PSY » se définit d'ailleurs « *par une interdiscipline moderne, qui porte sur les maladies à la fois épileptiques et psychiatriques, ou une sous-spécialité de la "neuropsychiatrie"* » (17).

Ces réunions permettent de déterminer la prise en soin la plus adaptée qui peut être variable selon le trouble allant d'une optimisation de l'équilibre de l'épilepsie avec un éventuel changement d'antiépileptiques à l'introduction de traitements psychotropes, en passant par une prise en charge en psychothérapie (1).

Au vu des résultats de cette étude, il semble nécessaire de travailler à la coordination de ce lien en améliorant le dépistage et l'adressage de ces patients. Il existe un cloisonnement encore trop important des spécialités. C'est pourquoi, la collaboration entre épileptologues et psychiatres nous permettra « *de sortir les patients de cette impasse qui consiste, pour ces*

patients, à faire des aller retours entre les services de neurologie et psychiatrie, et de ne bénéficier d'une intervention psychiatrique qu'en urgence après un passage à l'acte, le modèle de collaboration interdisciplinaire se doit d'être repensé. » (23)

Depuis 5 ans, les patients présentant des crises dissociatives hospitalisés dans l'unité d'épileptologie sont systématiquement adressés en psychiatrie. Par ailleurs, un travail sur l'annonce diagnostique a été effectué. A l'image de ce parcours « crises dissociatives fonctionnelles », il nous semble essentiel de développer un parcours permettant d'organiser le dépistage des troubles dépressif et anxieux ainsi que leur prise en soin en cas de positivité au sein d'une équipe interdisciplinaire réunissant épiléptologues, psychiatres, neuropsychologues et IPA.

Comme dans le parcours du patient de la filière pré chirurgicale. Puisqu'un autre dépistage de ces comorbidités est réalisé lors d'un bilan neuropsychologique, dans le cadre du bilan pré-chirurgical de l'épilepsie dans notre service, au décours de l'hospitalisation. Il ne s'adresse qu'à un faible nombre de patients rentrant dans ce parcours de soins. Il a pour but premier d'apporter un argument supplémentaire dans la localisation de la zone génératrice de crise et du risque fonctionnel d'une éventuelle chirurgie. Il est très complet dans le dépistage des comorbidités psychiatriques, avec des échelles différentes du NDDI-E et de la GAD-7 comme la BDI-II (*Beck Depression Inventory*) pour la recherche d'un syndrome dépressif ou la STAI (échelle d'anxiété état) pour l'anxiété. Ces échelles, parmi beaucoup d'autres auto-questionnaires du bilan, et en complémentarité d'un entretien clinique structuré, dépistent de façon optimale les troubles anxieux, le syndrome dépressif et les autres troubles psychiatriques pouvant être associés à l'épilepsie. Ce bilan n'enlève pas la nécessité d'une évaluation psychiatrique avant et après la chirurgie devant l'évolution ou le début de troubles, puisqu'environ 30 à 40% des patients opérés développent un trouble psychiatrique dans les trois mois qui suivent leur opération avec un risque augmenté de suicide en période postopératoire (33). Enfin, un syndrome dépressif non diagnostiqué peut parfois être confondu avec des troubles cognitifs. C'est pourquoi, toute évaluation par des tests neuropsychologiques dans l'épilepsie doit être associée à une évaluation psychopathologique du patient. (11)

4.8 Les pistes d'amélioration et le rôle de l'infirmier en pratique avancée (IPA)

a) L'entretien IPA

Aux vues des résultats de cette étude, il nous semble nécessaire de réfléchir en équipe à des pistes d'amélioration de cette prise en soin des comorbidités psychiatriques en hospitalisation, et plus largement en consultation de suivi.

Depuis 2018, l'infirmier en pratique avancée (IPA) a fait son apparition parmi les professionnels de santé. L'IPA dispose de compétences élargies, par rapport à celles de l'Infirmier Diplômé d'Etat avec un Arrêté du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice de la pratique avancée. Dans le cadre des ses compétences cliniques, un entretien clinique structuré dès qu'un score pathologique à une des échelles de dépistage se présente chez un patient peut être réalisé par l'IPA. Lors de mon stage de première année au sein de l'équipe de psychiatrie de liaison et au centre d'accueil de crises du CHU de Lille, j'ai pu me former à la réalisation de cet entretien structuré. Cet entretien clinique structuré pourrait aussi inclure différents outils comme le MINI (*MINI International Neuropsychiatric Interview*) et permettre de préciser les troubles présentés par le patient présentant des scores aux échelles de dépistage. Il pourrait notamment inclure des questions ayant pour but de repérer les critères de dépression comme une anhédonie, une irritabilité ou une euphorie, une fatigabilité excessive ; et ceux de trouble anxieux comme un pessimisme, un ressenti anxieux, des comportements d'évitement ou des manifestations physiques. L'entretien structuré permettra également de catégoriser précisément le trouble psychiatrique et de déterminer s'il s'agit d'un trouble interictal, péri-ictal ou iatrogène, en fonction de la temporalité de la symptomatologie associé à l'agenda de crises.

Une recherche des critères de gravité avec notamment l'évaluation plus poussée du risque suicidaire doit être réalisée lors de cet entretien. L'item 4 du NDDI-E nous donne déjà une première information sur ce risque s'il est positif mais il semble important de poser des questions complémentaires telles que « *Avez-vous déjà pensé que la vie ne vaut pas le coup d'être vécue ? Avez-vous déjà pensé à vous suicider ? Et si oui « Avez-vous déjà pensé à un moyen de mettre fin à vos jours ?* » (10) ou en utilisant spécifiquement l'outil Risques, Urgences, Dangerosité (RUD) (34). Cet entretien IPA permettra *in fine* d'ajuster la prise en

soin et d'organiser son adressage pour une évaluation psychiatrique selon la temporalité la plus adaptée, en urgence le cas échéant. Même un risque suicidaire faible doit être transmis à l'équipe de liaison pour une évaluation psychiatrique. Cet entretien IPA permettra également

d'adapter la prise en soin neurologique et notamment la gestion des traitements antiépileptiques ou l'éventuelle introduction de traitements psychotropes après la présentation des résultats de cet entretien à l'épileptologue. En l'absence de critère de gravité et en cas de tableau complexe, le dossier pourra être ensuite présenté en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) « EPI-PSY ».

Par ailleurs, l'équipe de psychiatrie de liaison conservera ses missions, à savoir l'évaluation spécialisée des patients le nécessitant et le conseil thérapeutique aussi bien en ce qui concerne le choix des molécules que les éventuelles interactions et effets indésirables à prendre en compte. (39)

Enfin, il pourrait également être opportun d'évaluer pendant cet entretien le retentissement de l'épilepsie et des comorbidités psychiatriques sur le quotidien du patient notamment au moyen d'échelles complémentaires comme le *Quality Of Life in Epilepsy 10* (QOLIE-10), qui est un auto-questionnaire de 10 items cotés de 1 à 5 portant sur l'affect, la cognition, l'anxiété, les effets indésirables dus au traitement, les capacités sociales, et la conduite automobile. Cette échelle permet de définir pour chaque patient un score total entre 10 (excellente qualité de vie) et 50 (très mauvaise qualité de vie) (38). Ces comorbidités ont, en effet, un impact considérable sur la qualité de vie du patient (23).

Par ailleurs, l'accent mis en hospitalisation lors de l'observation médicale sur les antécédents psychiatriques du patient paraît essentiel. Le fait d'avoir connaissance de ces antécédents permet d'être plus vigilant dans la mise en place des thérapeutiques et dans l'optimisation du projet de soins. La création d'une observation médicale en collaboration avec le service de neurologie A du CHU de Lille avait mis l'accent sur ces antécédents psychiatriques et intègre les résultats aux échelles NDDI-E et GAD-7. Cependant, elle est encore trop peu utilisée par les médecins de l'unité. Une utilisation systématique de cette observation médicale spécialisée peut éviter de passer à côté des informations essentielles dans le repérage de ces comorbidités. Une sensibilisation à l'utilisation de cette observation peut être réalisée par l'IPA et les infirmières de l'équipe d'épileptologie.

L'importance de la prise en compte des résultats par l'interne réalisant l'interrogatoire du patient à l'entrée et toute l'équipe infirmière est fondamentale pour améliorer nos pratiques actuelles.

b) *Coordination du parcours patient*

L'IPA est la personne ressource, qui permet de refaire le point sur la situation, et de faire le lien avec l'équipe de psychiatrie et proposer une prise en soin conjointe du patient.

Son rôle est, en hospitalisation, et à la suite de l'entretien réalisé, d'établir un plan de soin personnalisé, en travaillant en collaboration avec les neurologues et les psychiatres. L'IPA réalise aussi la coordination du parcours de la personne souffrant d'épilepsie, en communiquant avec les différents professionnels qui interviennent auprès de lui. Il pourra ainsi contacter le CMP de secteur, le médecin traitant, et les éventuels psychiatres et psychologues intervenants dans le parcours du patient.

Il pourra également au besoin, adresser le patient vers une prise en charge psychologique de type thérapie cognitivocomportementale ou thérapie en pleine conscience, qui ont des effets positifs sur ces troubles et sur la qualité de vie des patients (36).

Une évaluation par une consultation ponctuelle avec l'IPA à trois mois sera organisée afin d'évaluer le patient au décours de cette prise en soin, afin d'évaluer l'efficacité et la tolérance d'un éventuel traitement instauré, et de refaire le dépistage par les mêmes échelles utilisées. L'IPA pourra aussi faire un lien avec le médecin traitant du patient et les éventuels professionnels de santé qui le suivent. Une évaluation par un carnet de crises associé à une évaluation du patient concernant son humeur et son anxiété, va être élaborée avec l'équipe de psychiatrie, afin de pouvoir observer l'efficacité de la prise en soin de ces comorbidités associées à la fréquence des crises. Une synthèse sera réalisée par l'IPA en réunion EPI-PSY.

Une réunion de collaboration interdisciplinaire a été organisée fin mai 2024 afin de présenter les résultats de l'étude à l'équipe médicale d'épileptologie ainsi qu'à l'équipe de psychiatrie de liaison et aux psychiatres du CHU de Lille. Cette réunion a permis de faire valider par les deux équipes, un algorithme de prise en soins lorsqu'un patient a un score à au moins une des échelles de dépistage pathologique en hospitalisation ou plus largement en consultation de suivi. Au total, cet algorithme de prise en soin de ces comorbidités psychiatriques modélise le parcours du patient présentant des scores pathologiques aux échelles de dépistage. (**Figure 6**)

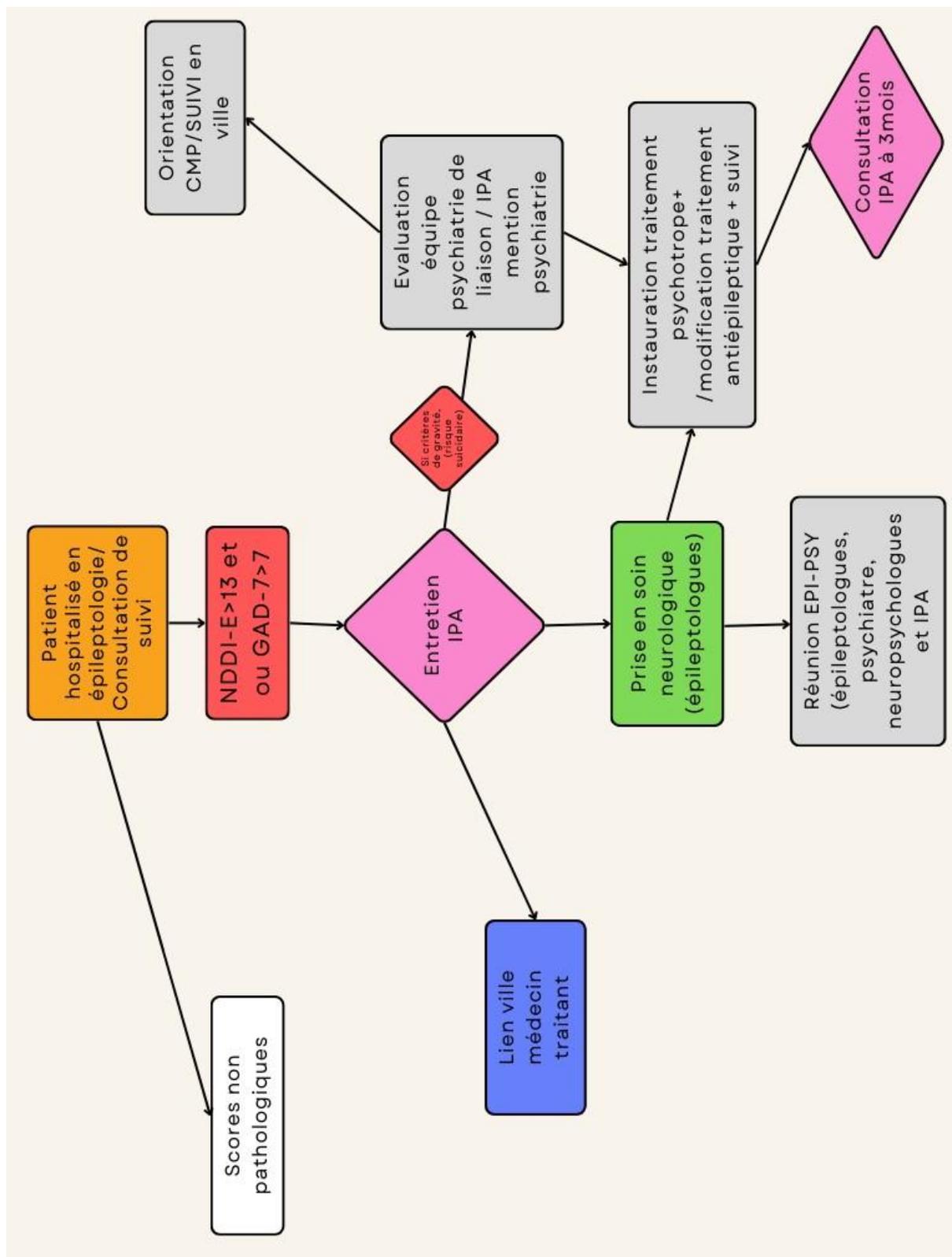


Figure N°6 : Algorithme de prise en soin en cas de score pathologique aux échelles NDDI-E et GAD-7 (IPA : infirmier en pratique avancée, CMP : Centre médico-psychologique, GAD-7 Generalized Anxiety Disorder, NDDI-E: Neurological Disorders Depression Inventory for epilepsy)

c) Autres missions de l'IPA

Outre ses compétences cliniques, son rôle dans l'éducation thérapeutique, dans la coordination et dans la recherche paramédicale, l'IPA a la mission de conduire des actions d'évaluation et d'amélioration des pratiques professionnelles. L'IPA peut « *évaluer les écarts de pratique au regard des recommandations disponibles et proposer des actions correctives. Il peut identifier les domaines de formation professionnelle permettant de développer des compétences et d'accompagner d'autres professionnels dans le cadre du développement professionnel continu* ». Enfin il a les compétences pour « *accompagner ses pairs pour l'amélioration des pratiques professionnelles et l'introduction d'innovation dans les pratiques* » (35)

Il a un rôle à jouer dans la formation des équipes, en collaboration avec les cadres de santé. De par son leadership et son expertise clinique, l'Infirmier en Pratique Avancée pourra accompagner les équipes et notamment l'équipe d'hospitalisation d'épileptologie pour mener à bien cette évaluation des comorbidités lors de l'hospitalisation et sensibiliser les professionnels de santé à ce dépistage systématique. En effet, un manque de formation à l'utilisation et à l'interprétation de ces échelles de dépistage des infirmières, et des internes qui accueillent les patients au sein de l'unité peut expliquer en partie les lacunes dans la prise en charge de ces comorbidités. Il existe, par ailleurs un manque de sensibilisation à ces comorbidités chez les professionnels prenant en charge des patients épileptiques. L'attention est particulièrement centrée sur la crise d'épilepsie et fait perdre de vue le retentissement de l'épilepsie sur la vie du patient, ne favorisant pas une prise en soin holistique.

Le repérage de ces comorbidités doit mobiliser l'ensemble des professionnels de santé qui suivent le patient souffrant d'épilepsie afin d'optimiser le parcours de soin, ce d'autant qu'un diagnostic précoce de ces comorbidités limite le risque d'enkystement et de chronicisation (17).

Par ailleurs, l'IPA a un rôle important dans la prévention et le dépistage, dans le cadre de ses compétences élargies. Un dépistage au moment de l'évaluation initiale du patient nouvellement diagnostiqué est recommandé car la prévalence des troubles psychiatriques est élevée chez ces patients au moment du diagnostic (37). L'IPA pourrait, au moment de la consultation de suivi dans le cadre de la filière « première crise » du CHU de Lille, réaliser cette évaluation par les échelles recommandées et un entretien structuré.

Un dépistage de ces comorbidités est conseillé à chaque consultation de suivi et au moins une fois par an (23). L'information aux patients est aussi fondamentale.

Un patient souffrant d'épilepsie doit être informé et mis en confiance concernant le risque potentiel de troubles psychiatriques associés à sa maladie, afin de lui permettre de verbaliser plus facilement l'apparition de troubles à l'épileptologue ou à l'IPA qui réalise son suivi. Cette information peut permettre aussi une meilleure évaluation des troubles psychiatriques iatrogènes des traitements antiépileptiques. Afin d'éviter de prescrire un traitement antiépileptique engendrant des symptômes psychiatriques en effet secondaire, comme nous pouvons l'observer avec le Lévétiracétam dans notre étude. Ou au contraire, faire le choix de molécules antiépileptiques ayant des actions sur la régulation de ces troubles. L'IPA a un rôle dans l'information du patient et dans l'éducation thérapeutique sur la connaissance de ces troubles fréquemment associés à l'épilepsie.

d) Collaboration avec l'IPA « Mention psychiatrie et santé mentale. »

Au cours de cette étude nous avons pu réfléchir à l'élaboration d'un travail en collaboration avec l'équipe de psychiatrie de liaison du CHU de LILLE et notamment l'IPA de leur équipe qui a réalisé son cursus dans la mention « *Santé mentale et psychiatrie* » (35). Étant formé dans sa spécialité à l'évaluation clinique des patients pouvant présenter des troubles psychiatriques, un entretien au cours de l'hospitalisation peut être réalisé par cet infirmier en pratique avancée mention psychiatrie en binôme avec l'interne. Afin de favoriser cette prise en soin commune et de favoriser cette collaboration interdisciplinaire. La consultation à trois mois de cette prise en soin pourrait être aussi réalisée par l'IPA de l'équipe de psychiatrie de liaison. Cette collaboration entre IPA est à développer au sein du CHU de Lille, afin de mutualiser les compétences et de créer un nouveau réseau de soin au sein du parcours des patients.

D'autres centres tertiaires ont développés cette collaboration en intégrant au sein de l'équipe d'épileptologie un IPA « *mention psychiatrie et santé mentale* » dans leur unité. C'est le cas du service d'épileptologie du CHU de Nancy. Cet IPA participe à l'évaluation des patients souffrant d'épilepsie et présentant des comorbidités psychiatriques, en collaboration avec les psychiatres, les épileptologues et l'IPA (« *mention pathologies chroniques stabilisées* ») de leur unité depuis maintenant un an. La complémentarité des compétences de ces deux IPA a été valorisée lors de la journée nationale des IPA d'épileptologie Françaises en avril dernier.

5. Conclusion

Ce travail montre l'intérêt d'un dépistage des comorbidités psychiatriques de façon systématique et intégré dans un protocole standardisé de prise en soin au sein de l'unité d'épileptologie. Cette étude montre aussi le travail en collaboration interdisciplinaire qu'il faut accentuer afin de prendre en soin de manière optimale les patients souffrant d'épilepsie avec des troubles psychiatriques associés, en intégrant les professionnels de la psychiatrie dans le parcours du patient souffrant d'épilepsie.

Cette étude a amené à des pistes de réflexions afin d'apporter une optimisation de la filière de prise en soin de ces comorbidités par l'élaboration de l'algorithme validé en réunion de collaboration interdisciplinaire.

Par ailleurs, nous pouvons noter que ces deux spécialités que sont l'épileptologie et la psychiatrie sont aussi divisées au sein même de notre diplôme d'état d'infirmier en pratique avancée, puisque nous devons choisir une mention en deuxième année de cursus. Par cette étude, nous pouvons affirmer que l'épilepsie se trouve au carrefour des deux mentions que sont : « *Pathologies chroniques stabilisées, prévention et polyopathologies courantes* », et « *Santé mentale et psychiatrie* ») (35) Et qu'il est important de savoir que dans toute pathologie chronique, il y a une incidence accrue de troubles mentaux (13). Et travaillant en tant qu'IPA en unité d'épileptologie, et plus largement dans la prise en soin des patients souffrant de pathologies chroniques, il me semble nécessaire d'avoir parfaitement conscience de la fréquence de ces troubles psychiatriques et de leurs répercussions sur la qualité de vie mais aussi de leur impact négatif sur la stabilisation de la maladie. Il nous paraît donc fondamentale d'être formé dans notre cursus IPA au repérage de ces comorbidités psychiatriques pour prendre en soin toutes les dimensions de cette pathologie épileptique dans le suivi des patients.

Un accent important sera apporté à ces comorbidités et à leurs dépistages lors de la réactualisation des cours enseignés aux futurs IPA dans le module « épilepsie », au sein du diplôme d'état enseigné à la faculté de Médecine de Lille.

Pour terminer, ce mémoire s'est inscrit dans une démarche réflexive sur ma pratique professionnelle et a été une expérience d'apprentissage très riche pour finaliser ce diplôme d'état d'infirmier en pratique avancée.

Bibliographie

1. Hingray C. L'épi-psy : les troubles psychiatriques dans l'épilepsie. juillet 2016;XII(4-5):84-5.
2. Hauser WA, Annegers JF, Kurland LT. Incidence of Epilepsy and Unprovoked Seizures in Rochester, Minnesota: 1935–1984. *Epilepsia*. 1993;34(3):453-8.
3. Fisher RS, Acevedo C, Arzimanoglou A, Bogacz A, Cross JH, Elger CE, et al. ILAE Official Report: A practical clinical definition of epilepsy. *Epilepsia*. 2014;55(4):475-82.
4. Turek G, Skjei K. Seizure semiology, localization, and the 2017 ILAE seizure classification. *Epilepsy Behav EB*. janv 2022;126:108455.
5. 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.
6. Mann MW, Pons G. La pharmacorésistance des épilepsies partielles : épidémiologie, mécanismes, pharmacogénétique, perspectives thérapeutiques. *Neurochirurgie*. 1 mai 2008;54(3):259-64.
7. Schiller Y, Najjar Y. Quantifying the response to antiepileptic drugs. *Neurology*. janv 2008;70(1):54-65.
8. Boluk C, Ozkara C, Isler C, Uzan M. Vagus Nerve Stimulation in Intractable Epilepsy. *Turk Neurosurg*. 2022;32(1):97-102.
9. Hingray C. Epilepsie et psychiatrie : ce que devrait savoir un psychiatre ? *Fr J Psychiatry*. 1 nov 2018;1:S103.
10. Hingray C. Chapitre 3. Clinique et diagnostic des troubles psychiatriques dans les épilepsies. In: *Neuropsychologie des épilepsies de l'adulte [Internet]*. Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur; 2017 [cité 2 mars 2024]. p. 60-82. (Neuropsychologie). Disponible sur: <https://www.cairn.info/neuropsychologie-des-epilepsies-de-l-adulte--9782353274345-p-60.htm>
11. de Toffol B, Hingray C, Biberon J, El-Hage W. Les comorbidités psychiatriques dans l'épilepsie. *Presse Médicale*. 1 mars 2018;47(3):243-50.
12. Kanner AM. Psychiatric issues in epilepsy: The complex relation of mood, anxiety disorders, and epilepsy. *Epilepsy Behav*. mai 2009;15(1):83-7.
13. Krishnamoorthy ES, Trimble MR, Blumer D. The classification of neuropsychiatric disorders in epilepsy: A proposal by the ILAE Commission on Psychobiology of Epilepsy. *Epilepsy Behav*. 1 mai 2007;10(3):349-53.
14. Latour P. Épilepsie et psychiatrie aujourd'hui. *Bull D'histoire D'épistémologie Sci Vie*. 2013;Volume 20(1):63.
15. Kanner AM. Depression in epilepsy: a frequently neglected multifaceted disorder. *Epilepsy Behav*. 1 déc 2003;4:11-9.
16. Boylan LS, Flint LA, Labovitz DL, Jackson SC, Starnes K, Devinsky O. Depression but not seizure frequency predicts quality of life in treatment-resistant epilepsy. *Neurology*. 27 janv 2004;62(2):258-61.

17. Yrondi A, McGonigal A, Micoulaud-Franchi JA. Épilepsie : pour une sémiologie neuropsychiatrique de la dépression. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* 1 oct 2015;173(8):738-42.
18. Kim DH, Kim YS, Yang TW, Kwon OY. Optimal cutoff score of the Neurological Disorders Depression Inventory for Epilepsy (NDDI-E) for detecting major depressive disorder: A meta-analysis. *Epilepsy Behav EB.* mars 2019;92:61-70.
19. Kanner AM, Barry JJ, Gilliam F, Hermann B, Meador KJ. Depressive and anxiety disorders in epilepsy: do they differ in their potential to worsen common antiepileptic drug-related adverse events? *Epilepsia.* juin 2012;53(6):1104-8.
20. Micoulaud-Franchi JA, Barkate G, Trébuchon-Da Fonseca A, Vaugier L, Gavaret M, Bartolomei F, et al. One step closer to a global tool for rapid screening of major depression in epilepsy: validation of the French NDDI-E. *Epilepsy Behav EB.* mars 2015;44:11-6.
21. Vallée C, Biraben A, Nica A, Loiseau M. Épidémiologie et facteurs associés au syndrome dépressif chez les patients suivis au centre hospitalo-universitaire de Rennes pour une épilepsie. *L'Encéphale.* févr 2019;45(1):40-5.
22. Brandt C, Schoendienst M, Trentowska M, May TW, Pohlmann-Eden B, Tuschen-Caffier B, et al. Prevalence of anxiety disorders in patients with refractory focal epilepsy--a prospective clinic based survey. *Epilepsy Behav EB.* févr 2010;17(2):259-63.
23. De Toffol B. Troubles psychiatriques de l'épilepsie chez l'adulte. *EMC - Psychiatr.* janv 2013;10(1):1-14.
24. Micoulaud-Franchi JA, Lagarde S, Barkate G, Dufournet B, Besancon C, Trébuchon-Da Fonseca A, et al. Rapid detection of generalized anxiety disorder and major depression in epilepsy: Validation of the GAD-7 as a complementary tool to the NDDI-E in a French sample. *Epilepsy Behav.* 1 avr 2016;57:211-6.
25. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med.* 22 mai 2006;166(10):1092-7.
26. Vidailhet P, Mastelli D. Chapitre 10. Épilepsie et suicide. In: *Épilepsie et psychiatrie* [Internet]. Paris: Dunod; 2015 [cité 2 mars 2024]. p. 116-23. (Psychothérapies). Disponible sur: <https://www.cairn.info/epilepsie-et-psychiatrie--9782100738557-p-116.htm>
27. Weintraub D, Buchsbaum R, Resor SR, Hirsch LJ. Psychiatric and behavioral side effects of the newer antiepileptic drugs in adults with epilepsy. *Epilepsy Behav.* 1 févr 2007;10(1):105-10.
28. Mula M, Sander JW. Negative effects of antiepileptic drugs on mood in patients with epilepsy. *Drug Saf.* 2007;30(7):555-67.
29. Mula M, Kanner AM, Schmitz B, Schachter S. Antiepileptic drugs and suicidality: an expert consensus statement from the Task Force on Therapeutic Strategies of the ILAE Commission on Neuropsychobiology. *Epilepsia.* janv 2013;54(1):199-203.
30. Gandy M, Modi AC, Wagner JL, LaFrance WC, Reuber M, Tang V, et al. Managing depression and anxiety in people with epilepsy: A survey of epilepsy health professionals by the ILAE Psychology Task Force. *Epilepsia Open.* mars 2021;6(1):127-39.
31. Haute Autorité de Santé [Internet]. 2020 [cité 10 juill 2023]. Épilepsies : Prise en charge des enfants et des adultes. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3214468/fr/epilepsies-prise-en-charge-des-enfants-et-des-adultes

32. Adachi N, Kanemoto K, de Toffol B, Akanuma N, Oshima T, Mohan A, et al. Basic treatment principles for psychotic disorders in patients with epilepsy. *Epilepsia*. mars 2013;54 Suppl 1:19-33.
33. Biraben A, Thomas P. Avant-propos. In: *Épilepsie et psychiatrie* [Internet]. Paris: Dunod; 2015 [cité 18 mars 2024]. p. XI-XII. (Psychothérapies). Disponible sur: <https://www.cairn.info/epilepsie-et-psychiatrie--9782100738557-p-XI.htm>
34. Collège national des universitaires en psychiatrie, Association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrique, Collège universitaire national des enseignants en addictologie, éditeurs. *Référentiel de psychiatrie et addictologie: psychiatrie de l'adulte, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, addictologie*. 2e éd. Tours: Presses universitaires François-Rabelais; 2016. (L'officiel ECN).
35. Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée - Légifrance [Internet]. [cité 3 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFARTI000037218120>
36. Michaelis R, Tang V, Nevitt SJ, Wagner JL, Modi AC, LaFrance Jr WC, et al. Cochrane systematic review and meta-analysis of the impact of psychological treatment on health-related quality of life in people with epilepsy: an update by the ILAE Psychology Task Force, highlighting methodological changes* . *Epileptic Disord*. 2021;23(6):803-11.
37. Kanner AM, Saporta AS, Kim DH, Barry JJ, Altalib H, Omotola H, et al. Mood and Anxiety Disorders and Suicidality in Patients With Newly Diagnosed Focal Epilepsy: An Analysis of a Complex Comorbidity. *Neurology*. 14 mars 2023;100(11):e1123-34.
38. Gonzalez-Martinez A, Planchuelo-Gómez Á, Vieira Campos A, Martínez-Dubarbie F, Vivancos J, De Toledo-Heras M. Perceived quality of life (QOLIE-31-P), depression (NDDI-E), anxiety (GAD-7), and insomnia in patients with epilepsy attended at a refractory epilepsy unit in real-life clinical practice. *Neurol Sci Off J Ital Neurol Soc Ital Soc Clin Neurophysiol*. mars 2022;43(3):1955-64.
39. Rotgé JY, Lambrecq V, Navarro V. Chapitre 42. Liaison en épileptologie. In: *Psychiatrie de liaison* [Internet]. Cachan: Lavoisier; 2018 [cité 9 mars 2024]. p. 444-57. (Psychiatrie). Disponible
40. Gilliam FG, Barry JJ, Hermann BP, Meador KJ, Vahle V, Kanner AM. Rapid detection of major depression in epilepsy: a multicentre study. *Lancet Neurol*. 1 mai 2006;5(5):399-405.

ANNEXE n°1

Analyses univariées		
	<i>n</i>	84
Données socio-démographiques		
Sexe, n (%)		
	Homme	48(57,4)
	Femme	36(42,8)
Age, Q1-M-Q3	25-36-50	37,77(16)
<i>Min : 16 ; Max : 75 ; Médiane : 36</i>		
Situation familiale, n (%)		
	Célibataire	43(51,1)
	Marié	21(25)
	Concubinage	14(16,6)
	Séparé	5(5,9)
	NA	1(1,1)
Nombre d'enfant, Q1-M-Q3 0-0-1		
		0,71(1,2)
<i>Min : 0 ; Max : 6 ; Médiane : 0</i>		
Situation professionnelle, n (%)		
	Oui	43(51,1)
	Non	10(11,9)
	Invalidité	19(22,6)
	Retraité	3(3,57)
	Etudiant	8(9,5)
	NA	1(1,1)
Epilepsie		
Type, n (%)		
	EFET	33(39,2)
	EFT	32(38,1)
	EG	19(22,6)
Durée de la maladie, Q1-M-Q3	4-9-23.25	15,71(15,7)
<i>Min : 1 ; Max : 67 ; Médiane : 9</i>		
Pharmacorésistance, n (%)		
	Oui	56(66,6)
	Non	28(33,3)
Traitement de l'épilepsie		
Traitement(s), n (%)		
	Lamotrigine	23(27,3)
	Levetiracetam	28(33,3)
	Lacosamide	23(27,3)
	Eslicarbazépine	5(5,9)
	Carbamazépine	7(8,3)
	Brivaracetam	9(10,7)
	Zonizamide	2(2,3)
	Oxcarbamazépine	5(5,9)
	Valproate de sodium	11(13,1)
	Cenobamate	7(8,33)

	Phénobarbital 1(1,1)
	Clobazam 8(9,5)
	Phénytoïne 1(1,1)
	Petinimid 1(1,1)
	Epitomax 7(8,3)
	Valium 1(1,1)
	Canabidiol 2(2,3)
	Gabapentine 2(2,3)
	Stimulateur du nerf vague/VNS 1(1,1)
Nombre de traitement, Q1-M-Q3 1-2-2	1,74(0,9)
<i>Min : 0 ; Max : 4 ; Médiane : 2</i>	
Psychiatrie	
Antécédents psychiatriques, n(%)	
	Oui 15(17,8)
	Non 69(82,1)
Suivi psychiatrique, n(%)	
	Oui 5(5,9)
	Non 79(94,0)
Traitements psychiatriques, n(%)	
	Oui 14(16,6)
	Non 70(83,3)
Score GAD-7, Q1-M- Q3 4-7-15	8,59(6,2)
<i>Min : 0 ; Max : 20 ; Médiane : 7</i>	
Score GAD-7 positif (>7), n (%)	
	Oui 37(44,0)
	Non 46(54,7)
	NA 1(1,1)
Score NDDI-E, Q1-M-Q3 8-12.5-16	12,74(5,2)
<i>Min : 5 ; Max : 24 ; Médiane : 12.5</i>	
Score NDDI-E positif (>13), n (%)	
	Oui 37(44)
	Non 45(53,5)
	NA 2(2,3)
Au moins une échelle positive, n (%)	
	Oui 44(52,3)
	Non 39(46,4)
	NA 1(1,1)
Deux échelles positives, n (%)	
	Oui 29(35,7)
	Non 52(61,9)
	NA 2(2,38)
Orientation	
Action de sortie, n (%)	
	Pas d'adressage nécessaire 44(52,3)
	Pas d'adressage malgré un score GAD-7 ou NDDI-E élevé 34(40,4)
	Adressage au médecin traitant + suivi 3(3,5)
	Conseil psychothérapie et adaptation du traitement 1(1,1)
	refus de suivi psychologique 1(1,1)
	suivi psychologique en cours 1(1,2)

ANNEXE N°2

Analyses descriptives bivariées

	EFET (N=33)	EFT (N=32)	P
Age, moy (sd)	33.9 (15.8)	41.7 (16.2)	0.055
Sexe, n (%)			
Femme	17 (51.5)	13 (40.6)	0.38
Homme	16 (48.5)	19 (59.4)	
Situation familiale binarisée, n (%)			
En couple	8 (24.2)	18 (59.3)	0.01*
Célibataire	24 (72.7)	14 (43.8)	
NA	1 (3)	0 (0)	
Situation professionnelle binarisée, n (%)			
En activité	18 (54.5)	22 (68.8)	0.3
Sans activité	14 (42.4)	10 (31.3)	
NA	1 (3)	0 (0)	
Durée Maladie, moy (sd)	16.1 (14.3)	15 (16.9)	0.79
Pharmacorésistance, n (%)			
Oui	25 (75.8)	21 (65.6)	0.37
Non	8 (24.2)	11 (34.4)	
Nbr traitements, moy (sd)	2 (0.97)	1.56 (0.76)	0.08
Lamictal, n (%)			
	6 (18.2)	11 (34.4)	0.14
Keppra, n (%)			
	10 (30.3)	11 (34.4)	0.73
Vimpat, n (%)			
	10 (30.3)	10 (31.3)	0.93
GAD-7 et/ou NDDI-E positives			
Oui	20 (60.6)	14 (43.8)	0.17
Non	13 (39.4)	18 (56.3)	



NOTE D'INFORMATION D'UNE RECHERCHE N'IMPLIQUANT PAS LA PERSONNE HUMAINE

« Etat des lieux des comorbidités psychiatriques chez les patients souffrant d'épilepsie hospitalisés en unité d'épileptologie au CHU de Lille »

»

Promoteur de l'étude : Mme Céline GORON – Investigateur coordonnateur : Pr. DERAMBURE Philippe

Cette note d'information a pour objectif de vous expliquer le but de cette étude afin que vous puissiez décider d'y participer ou non. Votre participation à cette étude doit être entièrement volontaire. Prenez le temps de lire cette note d'information et n'hésitez pas à poser des questions à votre médecin pour avoir des renseignements complémentaires.

I. Le but de la recherche

Cette recherche porte sur la mise en évidence de la prévalence des comorbidités psychiatriques chez les patients souffrant d'épilepsie. Lors de votre hospitalisation en unité d'épileptologie, vous avez rempli des échelles de dépistage de la dépression (NDDI-E) et des troubles anxieux généralisés (GAD-7). Nous allons analyser vos résultats et évaluer la prévalence de ses troubles psychiatriques afin d'améliorer leur prise en soin.

II. Quelles données sont recueillies, pourquoi et comment ?

Vous êtes sollicité en raison de votre hospitalisation entre le et le Cette recherche portera sur l'analyse de données recueillies sur une période de 12 mois à partir de la date à laquelle vous avez été hospitalisé et pris en charge pour un monitoring EEG vidéo. Le recueil de données se fera à partir des informations présentes dans votre dossier médical informatique de l'hôpital.

Les données nécessaires pour la conduite de la recherche comprennent notamment : l'âge, le sexe, la situation familiale, la situation professionnelle, la durée de la maladie, le type d'épilepsie, les traitements antiépileptiques, les antécédents psychiatriques, le suivi psychiatrique, les traitements psychotropes et les scores aux échelles de dépistage NDDI-E et GAD-7.

III. Confidentialité des données

Les données médicales recueillies dans le cadre de cette étude seront réunies sur un fichier informatique permettant leur traitement par le CHU de Lille, représenté par son représentant légal en exercice, sur le fondement de l'intérêt public. Les données vous concernant seront pseudonymisées, c'est-à-dire identifiées par un numéro de code et par vos initiales. Elles seront ensuite transmises aux investigateurs de la recherche et aux coordinateurs.

La base de donnée ainsi créée sera conservée pendant la durée de réalisation de l'étude et jusqu'à deux ans après la dernière publication des résultats de l'étude. Puis, la base de données sera archivée pendant la durée légale autorisée. Passé ce délai, la base de données ainsi que tous les documents relatifs à la recherche seront définitivement détruits.

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 et au règlement (UE) 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, vous disposez à leur égard d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation du traitement et du droit de vous opposer au traitement. Il est possible que vous ne puissiez exercer certains droits prévus par le RGPD (limitation, effacement, opposition) si cela devait compromettre la réalisation des objectifs de l'étude.

Si vous souhaitez exercer vos droits et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez-vous adresser au délégué à la protection des données du CHU de Lille à l'adresse suivante : dpo@chru-lille.fr.

Si vous considérez que vos droits n'ont pas été respectés, vous avez également la possibilité de saisir la Commission Nationale de l'Informatique des Libertés (CNIL) directement via son site internet : www.cnil.fr.

Vous pouvez accéder directement ou par l'intermédiaire d'un médecin de votre choix à l'ensemble de vos données médicales en application des dispositions de l'article L1111-7 du Code de la Santé Publique. Ces droits s'exercent auprès du médecin qui vous suit dans le cadre de la recherche et qui connaît votre identité.

IV. Acceptation et interruption de votre participation

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à cette recherche. Dans le cas où vous répondriez par la positive, vous disposez de la possibilité d'interrompre votre participation à tout moment sans aucun préjudice et sans engager votre responsabilité. Cela n'affectera évidemment pas votre prise en charge.

En l'absence d'opposition / refus de votre part sous un délai de 3 semaines après réception de la présente note nous considérerons que vous acceptez de participer à cette recherche

V. **Comment cette recherche est-elle encadrée ?**

Le responsable de la recherche, a pris toutes les mesures pour mener cette recherche conformément à la loi française aux dispositions de la Loi Informatique et Liberté applicables aux recherches n'impliquant pas la personne humaine (CNIL loi 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée) et européenne (Règlement européen ° 2016/679 relatif à la protection des données - RGPD).

Fait à :..... Le :.....

Signature du responsable de la recherche:

CADRE RESERVE AU RECUEIL DE L'OPPOSITION

NOM/Prénom du patient :

Je m'oppose à l'utilisation de mes données dans le cadre de cette recherche [NOM DE LA RECHERCHE / PROMOTEUR]:

Oui

Non

Signature (Précédée de la mention : Lu, compris et approuvé) :

ANNEXE N°4



DIRECTION GENERALE
DEPARTEMENT DES RESSOURCES NUMERIQUES

N/Réf : DEC23-206

*BOUZIDI Anthony
Délégué à la protection des
données*

*CALMELET Louise
Adjointe au Délégué à la
protection des données*

*Secrétariat Direction des
Ressources Numérique
Tél. 03.20.44.44.26
Fax : 03.20.44.58.59*

Attestation de déclaration d'un traitement informatique

L'équipe Déléguée à la Protection des Données du GHT Lille Métropole Flandre intérieure atteste que le fichier de traitement ayant pour finalité : **L'état des lieux des comorbidités psychiatriques chez les patients souffrant d'épilepsie** mis en œuvre en **sept.-22**, a bien été déclaré par **Celine Goron**.

La déclaration est intégrée dans le registre des traitements du Centre Hospitalier Régional Universitaire de Lille.

Attestation réalisée pour valoir ce que de droit.

Fait à LILLE, le **08/02/2024**

Le Délégué à la protection des données
BOUZIDI Anthony
Son adjointe
CALMELET Louise

Toute correspondance devra être adressée à :
CHRU de Lille
Département Ressources Numériques
ex Clinique Fontan - 2^{ème} étage – rue du Professeur Laguesse
59037 LILLE Cedex

ECHELLE DE DEPISTAGE DU TROUBLE ANXIEUX GENERALISE
ECHELLE GAD-7

Date de passation :

... / ... / 20 ...

Etiquette patient

Nom :

Prénom :

0 : jamais**1** : plusieurs jours**2** : plus de la moitié du temps**3** : presque tous les jours

Au cours des 2 dernières semaines

Selon quelle fréquence avez-vous été gêné(e) par les problèmes suivants ?

(Veuillez entourer votre réponse)

1. Un sentiment de nervosité, d'anxiété ou de tension	0	1	2	3
2. Une incapacité à arrêter de s'inquiéter ou à contrôler ses inquiétudes	0	1	2	3
3. Une inquiétude excessive à propos de différentes choses	0	1	2	3
4. Des difficultés à se détendre	0	1	2	3
5. Une agitation telle qu'il est difficile à tenir en place	0	1	2	3
6. Une tendance à être facilement contrarié(e) ou irritable	0	1	2	3
7. Un sentiment de peur comme si quelque chose de terrible risquait de se produire	0	1	2	3

L'échelle *Generalized Anxiety Disorder - 7 (GAD-7)*¹, version Française a été validé comme une échelle pertinente pour le dépistage du trouble anxieux généralisé chez les patients avec une épilepsie².

Il s'agit d'un auto-questionnaire (rempli par le patient).

Le score total s'obtient en additionnant le score obtenu à chaque item.

Un score total supérieur strictement à 7 doit faire suspecter un trouble anxieux généralisé.

La GAD-7 n'est pas une échelle de diagnostic du trouble anxieux généralisé ni une échelle de sévérité du trouble. Il s'agit d'une échelle de dépistage. Si le score est > à 7, il est donc conseillé de faire confirmer le diagnostic par une évaluation clinique psychiatrique.

¹ Spitzer et al., *Arch Intern Med*, 2006

² Micoulaud-Franchi et al., *Epilepsy and Behavior*, 2016

ECHELLE DE DEPISTAGE DE LA DEPRESSION DANS L'EPILEPSIE
ECHELLE NDDI-E

Date de passation :

... / ... / 20 ...

Etiquette patient

Nom :

Prénom :

1 : jamais

2 : rarement

3 : parfois

4 : toujours ou souvent

Durant les 2 semaines écoulées :
(Mettez une réponse pour chaque item)

Tout est une lutte	1	2	3	4
Rien de ce que je fais n'est bien	1	2	3	4
Je me sens coupable	1	2	3	4
Je ferais mieux d'être mort(e)	1	2	3	4
Je me sens frustré(e)	1	2	3	4
J'ai des difficultés à trouver du plaisir	1	2	3	4

<p>Autor: Last name: GORON First name :Céline</p> <p>Presentation date : June 24, 2024</p>
<p>Title : A Review of Psychiatric Comorbidities for Patients Suffering from Epilepsy admitted into the Epileptology Unit at the Lille University hospital Center</p>
<p>Keys words : Epilepsy-psychiatriccomorbidities-screening-depression-anxiety disorders-NDDIE-E-GAD-7</p>
<p>ABSTRACT : Psychiatric co-morbidities are common in patients suffering from epilepsy and are insufficiently treated. Since November 2022, we have been systematically evaluating patients admitted to an epileptology unit for a pre-surgical assessment or an assessment of their epilepsy using video-EEG monitoring. The aim of this data collection is to study the frequency of these comorbidities, identify the risk factors and consider the role that IPA could play in improving their detection and initiating their treatment. Method: This research study is a retrospective single-centre quantitative study. Patients with a diagnosis of epilepsy who completed the NDDI-E (The Neurological Disorders Depression Inventory for Epilepsy) and GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder) scales during hospitalisation in the epilepsy unit at Lille University Hospital were included. Their clinical information (sex, type of epilepsy, treatments, etc.) and in particular the NDDI-E and GAD-7 scale scores were collected. Results: A total of 335 patients were admitted to the department between November 2022 and November 2023, 187 of whom had been diagnosed with epilepsy. Eighty-three patients completed the questionnaires and were included in this study. A pathological score was found on at least one of the two scales (NDDI-E or GAD-7) in 53% of patients. Of these, only 5 were referred for psychiatric assessment during their hospitalisation. Approximately 45% of patients with pathological scores were treated with Levetiracetam. In multivariate analysis, treatment with Levetiracetam was significantly associated with a 3-fold increase in the risk of presenting a pathological score on at least one of the two screening scales used (OR: 3.12 [1.16-9.01] p-value = 0.03) Discussion and conclusion: This study shows that more than 53% of patients with epilepsy hospitalised in Lille had pathological scores on the NDDI-E and/or the GAD-7. The results of this study suggest that the current management of these patients is not optimal, and leads us to suggest ways of improving the care of epilepsy patients with psychiatric comorbidities. One solution could be for the two specialities to work together as a multidisciplinary team, reinforced by the presence of advanced practice nurses with specific skills, who could overcome the difficulties encountered by epileptologists and psychiatrists.</p>
<p>Dissertation director : Professor Philippe DERAMBURE</p>

AUTEURE : NOM : GORON

PRENOM : Céline

Date de soutenance : 24 juin 2024

Titre : État des lieux des comorbidités psychiatriques chez les patients souffrant d'épilepsie hospitalisés en unité d'épileptologie au CHU de Lille

Mots-clés: Epilepsie-Comorbidités psychiatriques-dépistage-Depression-Troubles anxieux-NDDI-E-GAD-7

Résumé : Les comorbidités psychiatriques sont fréquentes chez les patients souffrant d'épilepsie et insuffisamment traitées. Nous évaluons systématiquement depuis novembre 2022, les patients hospitalisés en unité d'épileptologie pour un bilan pré-chirurgical ou un bilan de leur épilepsie en monitoring vidéo-EEG. Le but de ce recueil de données est d'étudier la fréquence de ces comorbidités, d'identifier les facteurs de risque et de réfléchir au rôle que l'IPA pourrait avoir dans l'amélioration de leur dépistage et l'initiation de leur prise en soin. **Méthode:** Ce travail de recherche est une étude quantitative monocentrique rétrospective. Les patients ayant un diagnostic d'épilepsie et ayant rempli les échelles NDDI-E (*The Neurological Disorders Depression Inventory for Epilepsy*) et GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder) lors de leur hospitalisation en unité d'épileptologie au CHU de Lille ont été inclus. Leurs informations cliniques (sexe, type d'épilepsie, traitements...) et en particulier les scores des échelles NDDI-E et GAD-7 ont été recueillies. **Résultats :** Au total, 335 patients ont été admis dans le service entre novembre 2022 et novembre 2023, parmi lesquels 187 avaient un diagnostic d'épilepsie. Quarante-trois patients ont remplis les questionnaires et ont été inclus dans cette étude. Un score pathologique était retrouvé à au moins une des deux échelles (NDDI-E ou GAD-7) chez 49 % des patients. Parmi eux, seulement 5 ont pu bénéficier d'un adressage pour une évaluation psychiatrique lors de leur hospitalisation. Environ 45 % des patients ayant des scores pathologiques étaient traités par Lévetiracetam. En analyse multivariée, le traitement par Lévetiracetam était significativement associé à une augmentation par 3 du risque de présenter un score pathologique à au moins l'une des deux échelles de dépistage utilisées (OR : 3,12 [1,16-9,01] p -value = 0,03).

Discussion et conclusion : Cette étude met en évidence que plus de 49 % des patients souffrants d'épilepsie hospitalisés à Lille, présentaient des scores pathologiques au NDDI-E et/ou à la GAD-7. Les résultats de ce travail suggèrent que la prise en soin actuelle de ces patients n'est pas optimale et nous amène à proposer des pistes de réflexion pour améliorer la prise en soin du patient souffrant d'épilepsie présentant des comorbidités psychiatriques. Une des solutions pourrait être un travail en équipe pluridisciplinaire joignant les deux spécialités, renforcé par la présence d'infirmiers en pratique avancée, dotés de compétences spécifiques, qui pourront pallier aux difficultés rencontrées par les épiléptologues et les psychiatres.

Directeur de Mémoire : Professeur Philippe DERAMBURE