REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

SECRETARIAT GENERAL



GUIDE CLINIQUE ET THERAPEUTIQUE A L'USAGE DES PRESTATAIRES DES HOPITAUX GENERAUX DE REFERENCE EN RDC

TOME 8

NEURO PSYCHIATRIQUE

Edition Mai 2016

Table des matières

PREAMBULE 2
REMERCIEMENTS 3
INSTRUCTIONS SUR L'UTILISATION DU GUIDE CLINIQUE ET THERAPEUTIQUE 4
PREMIERE PARTIE PATHOLOGIES NEUROLOGIQUES 8
1. CEPHALEES 9
2. MIGRAINES 10
3. VERTIGES ET SYNCOPES 12
4. EPILEPSIE 14
5. MENINGITES DE L'ADULTE 17
6. SYNDROME DE GUILLAIN-BARRE (POLYRADICULONEVRITE INFLAMMATOIRE AIGUE, PARALYSIE ASCENDANTE) 19
7. SYNDROME PARKINSONIEN 20
8. SYNDROME SCIATIQUE 22
9. MENINGO-ENCEPHALITE 23
10. Prise en charge thérapeutique des méningites présumées bactériennes 27
DEUXIEME PARTIEPATHOLOGIES PSYCHIATRIQUES 29
1. LA DEPRESSION 30
2. LA MANIE 33
3. TROUBLES BIPOLAIRES 34
4. PSYCHOSES 35
5. LA SCHIZOPHRENIE 36
6. TROUBLES ANXIEUX 37
7. INSOMNIES (TR0UBLES DU SOMMEIL) 38
8. TROUBLES DU DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT 42
9. TROUBLES DU COMPORTEMENT DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT 45
10. DEMENCE 46
11. TROUBLES LIES A LA CONSOMMATION D'ALCOOL 48
12. TROUBLES LIES A LA CONSOMMATION DES SUBSTANCES PSYCHO-ACTIVES (DROGUES) 51
13. HYSTERIE 53
Références Bibliographiques 55
Liste générale des experts et personnel d'appoint ayant participé à l'élaboration et/ou la validation technique et la finalisation des Guides cliniques thérapeutiques des prestataires des Hôpitaux

Généraux de Référence en
RDC……**Erreur ! Signet non défini.**

PREAMBULE

La République Démocratique du Congo(RDC), a adhéré à la stratégie des Soins de Santé Primaires en 1978. Cette stratégie a pour but l'amélioration de la santé de la population et de la qualité des soins et services offerts à celle-ci pour répondre aux objectifs d'un système de santé. C'est dans cette optique que le système de santé congolais a été restructuré à tous les niveaux et spécifiquement au niveau opérationnel de manière à faciliter la continuité des soins par la mise en place des hôpitaux généraux de référence (HGR), autour desquels gravitent les centres de santé pour assurer la référence et contre-référence afin que les soins offerts soient globaux, continus, intégrés et de qualité.

Ce système d'orientation recours permet une bonne prise en charge des patients dans une aire de responsabilité du personnel soignant qui doit le faire en suivant les stratégies des soins édictées par le niveau central/national qui est normatif et régulateur du système de santé, cela dans le souci d'assurer ces soins de la même manière pour toute la population de la RDC. De ce point de vue, il était impérieux de standardiser ces stratégies de prise en charge des patients non seulement pour garantir l'équité dans l'offre des soins et services de qualité, mais aussi pour permettre la comparabilité sur le plan aussi bien national qu'international.

La stratégie des soins de santé primaires recommande la rationalisation et l'amélioration de la qualité des soins et services par l'implantation d'un paquet complémentaire d'activités (PCA) dans les HGR des zones de santé, pour assurer la prise en charge équitable des cas référés pour les mêmes causes par les structures de premier contact appelés Centres de Santé en RDC.

A l'instar des ordinogrammes des soins élaborés et actuellement utilisés dans les centres de santé, et qui servent d'aide-mémoire au personnel soignant et de ''garde-fous'' pour garantir la qualité des soins et des services par une prise en charge correcte des problèmes de santé. Il y avait au niveau du pays une impérieuse nécessité que les stratégies des soins soient également standardisées pour les HGR et rendues disponibles sous forme de guides thérapeutiques ou protocoles de soins et de prise en charge adéquate selon les normes admises en RDC et dans d'autres pays.

Ces guides thérapeutiques ou protocoles de prise en charge servent d'***aide-mémoire aux prestataires dessoinsdans les 4 services classiques*** d'un HGR (Médecine Interne, Gynéco-Obstétrique, Pédiatrie, Chirurgie et leurs Urgences), ainsi que dans les spécialités à connaître par le généraliste avant de référer comme la Dermatologie, l'Oto-Rhino-Laryngologie, la Dentisterie, l'Ophtalmologie et la Neuro-psychiatrie. Ces spécialités nécessitent un renforcement des capacités des prestataires des soins dans la prise en charge des cas au niveau de l'Hôpital Général de Référence, en vue de les permettre d'y recourir pendant leur exercice de l'art de guérir pour garantir la standardisation des soins selon les principes et les normes scientifiques éprouvés.

Je recommande vivement l'utilisation de cet outil à tous les prestataires de soins au niveau des Hôpitaux Généraux de Référence qui font les soins de référence primaire dans notre système de santé.

Pour besoin d'efficacité dans nos actions à tous les niveaux, ces documents normatifs sont opposables à tous les acteurs et intervenants dans le système de santé en République Démocratique du Congo.

Le Ministre de la Santé Publique,

Dr Félix KABANGE NUMBI MUKWAMPA

REMERCIEMENTS

Le Ministère de la Santé Publique s'acquitte de son devoir de reconnaissance envers ses partenaires et experts dont les noms, institutions, numéros de contact et adresses mail sont repris sur les listes en annexe, pour tous les efforts consentis dans le processus inclusif d'élaboration depuis 2012 de cet outil harmonisé et standardisé qui vient de combler un vide énorme dans le système de prise en charge des malades, surtout ceux référés par les Centres de Santé pour les soins appropriés au niveau des Hôpitaux Généraux de Référence. Tous ces experts du Secrétariat Général, des Directions Centrales et Programmes Spécialisés ayant contribué efficacement à la production de ces documents, qu'ils trouvent ici l'expression de la gratitude du Ministère de la Santé Publique.

Une mention spéciale va aux sommités scientifiques du pays notamment tous les spécialistes des grands hôpitaux des provinces, les experts venus des institutions de formation supérieures et universitaires, ceux de l'Institut Supérieur des Techniques Médicales et des facultés de Médecine de nos différentes universités, les spécialistes des hôpitaux des confessions religieuses et ceux travaillant auprès de nos partenaires techniques et financiers.

Nous remercions sincèrement tous les membres de l'équipe technique de rédaction pour leur sens d'abnégation, du devoir et du sérieux pour un travail bien fait depuis la production de l'ossature des guides cliniques et thérapeutiques, des différents drafts jusqu'à la validation technique et la finalisation de ces documents malgré leurs multiples occupations en dehors de ce travail.

Nos remerciements vont spécialement à l'OMS, l'UNICEF, la JICA, la Coopération Allemande au travers de la GIZ pour les 2 Projets Health Focus et celui de Renforcement des Services de Santé au Kwango et Sud Kivu (PRSS), au projet Accès aux Soins de Santé Primaires (ASSP) de IMA, MSH-PROSANI+, SANRU, respectivement financés par DFID, l'USAID et le Fonds Mondial. Nous reconnaissons l'expertise technique des hôpitaux, des institutions de l'enseignement supérieur et universitaire, de l'Union Européenne, du BDOM, de l'ECC, de l'église Kimbanguiste et de la Caritas Congo. Ces différents partenaires ont contribué financièrement et/ou techniquement à l'élaboration de ces documents.

Nous remercions aussi les autorités de la province du Sud Kivu qui se sont impliquées et ont accepté que ces outils soient consolidés avec l'appui des spécialistes œuvrant dans les formations sanitaires et les services de leurs ressorts.

Enfin, le Ministère de la Santé Publique remercie sincèrement tous ceux qui, de près ou de loin, ont contribué efficacement à ce chef d'œuvre qui aura dans le futur des versions de poche et celles adaptées aux téléphones androïdes dans le seul but de faciliter leur utilisation par les prestataires des soins.

Le Secrétaire Général à la Santé a.i.,

Dr MUKENGESHAYI KUPA

INSTRUCTIONS SUR L'UTILISATION DU GUIDE CLINIQUE ET THERAPEUTIQUE

I. Introduction

Pour réduire la morbidité et la mortalité élevées que connaît la République Démocratique du Congo, il faut offrir à la population de la zone de santé les services minima de qualité définis dans le paquet complémentaire d'activités. Parmi ces services, il y a les prestations qui permettent de prendre en charge les phénomènes morbides qui surviennent.

Ce guide essaie de répondre le plus simplement possible aux questions et problèmes auxquels est confronté le professionnel de santé par des solutions pratiques, conciliant l'expérience acquise sur le terrain, les recommandations des organismes de référence tels que l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et celles des ouvrages spécialisés en la matière.

Seuls les aspects curatifs sont abordés dans ce guide, pour les principales pathologies rencontrées sur le terrain. La liste des pathologies n'est pas exhaustive, mais couvre l'essentiel des besoins en soins. Ce guide a été élaboré dans un processus inclusif et participatif impliquant des professionnels de santé pluridisciplinaires et d'origines multi-institutionnelles possédant tous une longue expérience du terrain, sans oublier l'implication des professeurs d'universités et des instituts supérieurs des techniques médicales.

Malgré les efforts d'attention portée sur l'élaboration du présent document, des erreurs peuvent s'être glissées dans le texte. Les auteurs remercient d'avance les utilisateurs, si tel est le cas, de bien vouloir les signaler afin qu'ils puissent en tenir compte dans les prochaines éditions. Ils rappellent qu'en cas de doute, il appartient au prescripteur de s'assurer que les posologies indiquées dans ce guide sont conformes aux spécifications des fabricants.

Les utilisateurs de ce guide sont invités à communiquer au Secrétariat Général de la Santé/5ème Direction, leurs commentaires, observations et critiques, afin d'assurer à cet ouvrage l'évolution la plus adaptée aux réalités du terrain et du moment.

II. Définition

Le guide clinique et thérapeutique est un document destiné aux prestataires cliniciens de l'HGR, qui donne des renseignements et des instructions sur la conduite à tenir face à une pathologie donnée.

III. Objectif Général

Réduire la morbidité et la mortalité en offrant des soins de qualité et des traitements bien observés sur les pathologies prioritaires comme les maladies infectieuses et carentielles.

IV. Objectifs spécifiques

1. Standardiser la démarche clinique et le traitement dans les hôpitaux généraux de référence.
2. Minimiser vis-à-vis du malade les conséquences de la maladie pour lui-même et son entourage (risque de transmission par exemple).
3. Améliorer la prescription médicale et partant, la gestion efficiente des médicaments.
4. Veiller à la référence des malades dont la prise en charge et le plateau technique l'exigent.
5. Améliorer la référence secondaire vers les hôpitaux généraux de référence provinciaux.

V. Stratégie

Il convient pour tout prescripteur de s'informer de l'épidémiologie environnant la structure médicale où il exerce (maladies épidémiques ou endémiques, fréquence de traumatismes, etc.) ainsi que de la démographie de la population desservie (proportion d'enfants de moins de cinq ans, femmes enceintes, à cause de leur plus grande vulnérabilité).
Pour répondre à ces particularités épidémiologiques, il faut adapter les protocoles de traitements et les médicaments utilisés.

VI. Moyens

La qualité de la prescription repose sur la bonne formation du personnel prescripteur (infirmier, sage-femme, médecin). Celle-ci est variable selon les régions et le niveau de cette formation, ainsi que de la structure médicale du lieu où il travaille. L'évaluation de ce niveau est souvent nécessaire pour adapter une formation adéquate, dont ce guide et la liste nationale des médicaments essentiels doivent servir de base.
La standardisation des protocoles thérapeutiques est la plus importante des règles de base d'un programme de prescription. Elle est essentielle à l'efficacité globale des traitements proposés, à la formation du personnel soignant et à la continuité des soins malgré les mouvements de personnel.

La rédaction des protocoles proposés dans ce guide observe ces principes :

1. Utilisation systématique de la dénomination commune internationale (DCI) pour les médicaments ;
2. Sélection sur des arguments cliniques, épidémiologiques et des preuves scientifiques qui puissent être discutées et acceptées par les utilisateurs ;
3. Sélection pour faciliter l'observance : traitements les plus courts possibles et les moins fractionnés dans la journée, traitement à dose unique systématiquement privilégié, nombre de médicaments d'une prescription le plus limité possible. A efficacité comparable, la voie orale est privilégiée pour limiter les risques de contamination par les injections et éviter d'autres conséquences telles que le traumatisme du nerf grand sciatique chez les tout-petits.

Il vaut mieux avoir un nombre suffisant de prescripteurs par rapport au nombre de patients attendus pour préserver une durée de consultation minimum (20 à 30 minutes) pour chaque malade.

Le lieu de la consultation pour le diagnostic et le traitement doit être soigneusement aménagé pour respecter la confidentialité de l'entretien avec le patient et son confort.
La qualité et le résultat du traitement ne dépendent pas uniquement du protocole. Son observance repose aussi sur la relation de confiance établie par le prescripteur et du respect qu'il manifeste au patient. Bref les soins doivent être centrés sur le patient.
Le prescripteur doit connaître les habitudes locales, par exemple en ce qui concerne la séparation des sexes pour la consultation si c'est la coutume, ou la règle stipulant que l'examen doit être pratiqué par un prescripteur de même sexe que le patient, ou se faire accompagner d'une infirmière pour l'examen gynécologique d'une femme/fille.

Il est souvent nécessaire d'avoir recours à un interprète que l'on doit former à l'interrogatoire systématique du malade sur ses plaintes et son histoire. L'interprète, comme professionnel de santé entourant la consultation doivent savoir qu'ils sont soumis, comme le prescripteur, au secret professionnel.
Le diagnostic repose d'abord et parfois uniquement sur l'examen clinique, d'où l'importance du soin qu'on lui apporte : histoire de la plainte et des symptômes, examen systématique et complet. Afin de suivre l'évolution du malade, les données sont à reporter sur un carnet de santé, une fiche d'hospitalisation ou un registre. La bonne tenue de ces outils est fortement recommandée pour le suivi de la qualité des soins offerts.

VII. Aide au diagnostic

L'équipement pour examens complémentaires dépend du niveau de la structure où se déroule la prise en charge. Lorsque le laboratoire n'est pas suffisamment équipé, que ce soit pour la consultation ou l'hospitalisation, des tests rapides peuvent être mis à disposition : diagnostic du paludisme, HIV, hépatite B et C, etc.

Certaines pathologies endémiques exigent la mise en place d'un laboratoire : tuberculose, trypanosomiase humaine africaine, leishmaniose viscérale, etc.
L'imagerie médicale (radiographie, échographie) peut être inexistante. Dans ce cas, il faut référer les patients dont le diagnostic ne peut s'établir sans imagerie (traumatologie en particulier).

VIII. Utilisation du Guide clinique et thérapeutique :

Dans le cadre de l'évaluation et l'amélioration de la qualité des soins, l'utilisation de ce guide s'inscrit dans la dynamique de la formation continue du prestataire clinicien.

1. Il faut obligatoirement procéder, après l'interrogatoire du (de la) malade, à un examen clinique approfondi qui orientera les actions à entreprendre.
2. Après l'interrogatoire et l'examen clinique approfondi, cerner, parmi les plaintes présentées par le (la) malade, une plainte dominante qui permet au clinicien de s'orienter suivant le guide thérapeutique.
3. Ce guide est réparti en 9 tomes correspondant aux spécialités médicochirurgicales, notamment la chirurgie, la médecine interne, la gynécologie-obstétrique, la pédiatrie, l'ophtalmologie, la dermatologie, la dentisterie, l'oto-rhino-laryngologie(ORL) et la neuro-psychiatrie. Hormis les grands services d'un HGR les spécialités reprises ont pour but de faciliter le clinicien à maîtriser quelques actes ou gestes salvateurs pour établir son traitement pré-référenciel et référer. Chaque tome est à son tour subdivisé en chapitres regroupés en syndromes et pathologies spécifiques telles que reprises dans la table des matières.
4. Pour chaque entité nosologique ou pathologie spécifique, les auteurs ont développé la définition, la symptomatologie, les étiologies, le diagnostic et les diagnostiques différentiels, la conduite à tenir avec l'examen clinique, les examens paracliniques, le traitement, les complications et la référence.
5. Certaines pathologies ont des algorithmes élaborés et dont certains seront développés en grandes affiches murales pour faciliter le contact visuel dans une salle d'accouchement par exemple en qui concerne la gestion des hémorragies du post-partum, la prise en charge de la déshydratation etc.
6. Les différents tomes produits seront adaptés en versions de poche et autres lisibles par les téléphones androïdes dans le seul but de faciliter leur utilisation.

Direction de Développement des Soins de Santé Primaires,

PREMIERE PARTIE PATHOLOGIES NEUROLOGIQUES

1. Céphalées
2. migraines
3. Vertiges
4. Epilepsie
5. Méningites
6. Maladie de Parkinson
7. Syndrome de Guillain Barré
8. Syndrome Sciatique
9. Encéphalites

1. CEPHALEES

Les céphalées constituent une plainte courante. Cependant c'est seulement dans quelques cas qu'elles traduisent une cause évidente. Les céphalées sont associées aux infections systémiques, à l'hypertension sévère ou peuvent traduire des affections de l'œil, du nez, de la gorge, des dents ou de l'oreille. Enfin elles sont présentes dans le syndrome d'hypertension intra crânienne (tumeurs intracrâniennes, les traumatismes crâniens, etc.).

1.1. Etiologie

1.1.1. Infections

- La malaria et la fièvre typhoïde
- Méningite,
- Infection de la sphère ORL, etc.

1.1.2. Hémorragie sous arachnoïdienne

Elle est suspectée en cas des céphalées occipitales d'apparition soudaine souvent associées aux collapsus, inconscience et, confusion brève, raidéur de la nuque et un Kemig.positif.
La tension artérielle peut être élevée. Le diagnostic est confirmé par le scanner si disponible on par ponction lombaire.

1.1.3. Hypertension artérielle

Elle peut être très pulsatile ou paroxystique: Il y a des antécédents cardio-vasculaire ou une affection rénale. La tension artérielle est élevée à l'examen et il .peut y avoir les troubles rétiniens au fond d'œil.

1.1.4. Hypertension intracrânienne sur le processus-expansif

La douleur est un symptôme fréquent et peut être associée aux vomissements, une hémiparésie progressive, convulsions troubles visuels ; aphasie et trouble mental.
Le diagnostic est confirmé par la radiographie du crâne et le Scanner.

- **Abcès cérébral:** Les céphalées peuvent être bénignes ou sévères, localisées ou généralisées: Il peut y avoir des antécédents d'affection oculaire, de sinusite, de bronchectasie, d'abcès pulmonaire, de rhumatisme ou d'affection congénitale du cœur

- **Hématome sous dural :** Il survient suite à un traumatisme crânien qui est quelque fois insignifiant et survient particulièrement à l'âge avancé. L'élément essentiel pour le diagnostique est influencé par les signes neurologiques fluctuants et les symptômes qui s'aggravent au cours du temps.

EXAMENS COMPLEMENTAIRES
Parasitologie : GE, FM, TDR si pas de microscope,
NFS, VS,
Coproculture, hémoculture
Scanner cérébral

2. MIGRAINES

Les céphalées peuvent être épisodiques et généralisées mais ont une caractéristique d'être unilatérales, pulsatiles, commençant au tour de l'oeil s'étendant pour atteindre l'un ou, les deux côtés, accompagnées par l'anorexie, nausée, et vomissements. Elle débute des l'âge de l'adolescence et les antécédents familiaux sont présents dans 60% des cas.
Les cas de migraine nécessitant les examens complémentaires ultérieurs pour exclure un anévrysme ou une anomalie vasculaire sont:

- Migraine ophtalmologique
- Migraine compliquée de déficit neurologique résiduel.
- Migraine apparaissant plus tard à l'âge adulte

2.1. Artérite témporale (maladie de Horton)

- Le diagnostic devrait être suggéré chez tout patient de plus de 60 ans qui se plaint de céphalées d'origine temporale
- Ces céphalées peuvent être associées avec la fièvre. La sensibilité de la région temporale est un signe évocateur.
- En urgence, demander la vitesse de sédimentation (V.S). Si la V.S est élevée commencer par mettre le patient **sous prednisolone oral, 60 mg par jour.**
- Le diagnostic est confirmé par la biopsie de l'artère temporale.
- Il est important de traiter d'urgence l'affection par les stéroïdes en cas de fore suspicion clinique; car la cécité peut se développer..

2.2. Les causes extra crâniennes

- **Les lésions oculaires** (glaucome, erreurs de réfraction, inflammation de l'iris).. Les céphalées sont frontales et sous-orbitaires. Une douleur modérée ou sévère peut survenir et s'aggrave lors, de la tension de l'oeil. L'examen ophtalmologique est nécessaire.
- **Les lésions de l'oreille moyenne** : (otite moyenne, mastoïdite). Lés céphalées sont temporales ou auriculaires, unilatérales et intermittentes ou en type de poignard. Sensation de l'oreille bouchée hypoacousie, otorrhée avec fièvre

sur la mastoïde, le tympan rouge congestionné et rétracté. L'examen otoscopique est nécessaire.

- **Les lésions du sinus nasal**: Les céphalées sont frontales ou sur les régions maxillaires, terne ou sévère, habituellement s'aggravent le matin, s'améliorent dans l'après midi, aggravées aussi par le froid et les temps humides. L'antécédent d'infection des voies respiratoires supérieures et les écoulements nasaux purulents peuvent être présents. La radiographie des sinus est indiquée.
- **Les lésions de la cavité buccale** (dents, langue, pharynx) : Les céphalées peuvent être unilatérales ou bilatérales, d'intensité variable et périodique. II y a une douleur dans la bouche, joues et gorge. L'éxamen dentaire est nécessaire.

2.3. Les Causes Post traumatiques

Les céphalées sont localisées au niveau du site traumatisé ou sontgénéralisées, d'intensité variable, fréquentes, et sont aggravées par lestroubles émotionnels, irritabilité, insomnie et l'incapacité de se concentrer peut survenir.
L'évaluation psychologique est nécessaire et la maladie organique peut être exclue.

2.4. Les Causes Psychogène

Hystérie, les états anxieux:

Les céphalées sont fréquemment bizarres, bitemporales, constantes, généralisées, absence d'anomalie physique. Le patient apparaît inquiet.
Toujours l'évaluation des facteurs psychologiques et de personnalité est nécessaire.
Tension musculaire :

- Céphalées intermittents modérées et fronto-occipitales ou généralisées associées de rigidité et raideur muscles peuvent être tendu, si non pas de signes physiques.
- Chercher les maladies organiques et faire une évaluation des facteurs de la personnalité et psychologiques.

  EXAMENS COMPLEMENTAIRES
  Parasitologie : GE, FM, TDR si pas de microscope,
  NFS, VS,
  Coproculture, hémoculture
  Scanner cérébral

2.5. Traitement

a. Non médicamenteux

Psychothérapie pour les céphalées psychogéniques et post-traumatiques

b. Traitement médicamenteux

Traiter la cause sous jacente : Analgésiques : paracétamol per os:

- adulte: 300 à 500 mg, éventuellement jusqu'à 4 à 6 fois par jour
- enfant: 10 à 15 mg/kg jusqu'à 4 x p.j.(max. 60 mg/kg/jour)

3. VERTIGES ET SYNCOPES

Le vertige est un terme utilisé par les patients pour exprimer une diversité de plaintes allant de sensation vague, d'instabilité statique à un vertige aigu sévère. Il est aussi fréquemment utilisépour décrire le délire senti en cas d'anxiété et d'attaque de panique.de palpitations et en cas de syncope ou d'affection chronique. Comme le vertige, la syncope est un terme descriptif vagué impliquant l'altération de la conscience et les troubles visuels ou chute. La recherche d'information particulièrement issue d'un témoin oculaire est essentielle. Les épisodes de troubles transitoires de la conscience et de chutes s'ont des plaintes cliniques courantes. Il est habituellement possible de distinguer entre une convulsion, une syncope et les autres types d'attaque à travers l'histoire donnée par le patient et celle donnée par le témoin oculaire, Le vertige et la syncope surviennent suite à une diminution de l'oxygénation des régions du cerveau qui contrôlent la conscience. Ceci peut être le résultat d'une réduction du débitsanguincérébral ou du trouble hémodynamique du cerveau.

3.1. Etiologies

a. **Circulatoires** : (diminution du débit sanguin cérébrale)
   - ❖ Syncope vasovagale
   - ❖ Hypotension orthostatique : Elle apparaît chez les patients qui ont des réflexes autonomes altérés chez le sujet âgé ou sous certains types d'antihypertenseurs tels que Méthyldopa, Hydralazine et Phénotazine ou antidépresseurs tricycliques.
   - ❖ Hémorragie aiguë
   - ❖ Perte sanguine aiguë, habituellement au niveau du tube digestif ou en cas de grossesse ectopique rompue ou en cas de lésions pouvant conduire à un syncope ou une perte de la conscience.

b. **Arythmies cardiaques :**
   - ❖ Bloc auriculoventriculaire avec attaque d'Adam- Stokes
   - ❖ Asystolie ventriculaire, tachycardie ventriculaire, tachycardie supra ventriculaire particulièrement.
   - ❖ Insuffisance vertébrobasilaire.

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

- Hémogramme
- Glycémie
- GE, FM
- Test de grossesse
- RX thorax
- ECG
- EEG

- Echographie cardiaque

3.2. Traitement

Devant le patient qui présente un vertige ou une syncope, penser à priori à ses causes de syncope ou de vertige qui constituent une urgence et les traiter convenablement.
Par exemple :

- Hémorragie massive interne (Par ex.grossesse ectopique, rompue)
- Infarctus du myocarde
- Arythmies cardiaques.

Chez les sujets âgés une syncope soudaine, sans cause évidente, devrait faire suspecter un bloc cardiaque complet, même si les signes physiques sont normaux lors de l'examen. Les patients vus durant les stades préliminaires de syncope ou après leur perte de conscience devraient être placés dans une position qùi leur permet d'améliorer un débit sanguin cérébral maximal; (exemple position de décubitus dorsal et les jambes surélevées).

3.3. Altération de l'état hémodynamique cérébral

- Anémie
- Hypoxie cérébrale
- Hyperventilation
- Hypoglycémie

3.4. Causes cérébrales

a. **Crise d'ischémie cérébrale** qui apparaît chez les patients ayant une occlusion des grosses artères cérébrales. Les symptômes varient d'un patient à l'autre et on note une diminution de l'acuité visuelle, hémiparésie, engourdissement de l' hémicorps et une aphasie. Ceci peut être transitoire durant moins de 24 heures sans déficit résiduel (Accident ischémique transitoire).
b. **Syncope hystérique/trouble émotionnel** L'absence de modification du pouls et de la tension artérielle ou de la coloration des muqueuses.

La cause du vertige ou de la syncope devrait être recherchée et un traitement approprié devrait être donné.

3.5. Les crises convulsives

Ce sont des mouvements involontaires paroxystiques du corps.

a. **Etiologies :**
   - ❖ Fièvre, spécialement chez les enfants (âgés de 6 mois à 6 ans)
   - ❖ Neuropaludisme
   - ❖ Infections, par exemple: méningite, TB, HIV, abcès cérébral.
   - ❖ Causes métaboliques : hypoglycémie, hypocalcémie, hypo ethypernatrémie, coma hyperosmolaire, urémie, insuffisance hépatique
   - ❖ Idiopathique
   - ❖ Eclampsie

- Encéphalopathie hypertensive
- Formations tumorales ou kystiques du cerveau.
- Traumatisme crânien
- Médicaments et les toxiques: alcool, antidépresseurs, métronidazole abandon des médicaments et d'alcool.

b. Traitement :

Traitement non médicamenteux

- Mettre le patient en position latérale de sécurité,
- Mettre la tête en extension.
- Enlever les éventuelles sécrétions de la bouche et du nez
- Enlever les prothèses dentaires s'il y en a
- Surveiller les paramètres vitaux, le rythme des crises et les contractures.

Traitement médicamenteux

Si le patient convulse encore, administrer le diazépam en IV.

- Adultes : 10 mg en IV lente (1-3 minutes)
- Enfants : 0,2-0,3 mg/kg en IV lente (1-3 minutes). Si cela est impossible donner la même préparation injectable en intra rectal après avoir enlevé l'aiguille. Cela peut être répété après 10 minutes si les convulsions continuent.

Chercher et traiter la cause de convulsions

4. EPILEPSIE

4.1. Définition

C'est une décharge neuronale paroxystique hypersynchrone, de cause acquise ou congénitale évoluant par crises répétitives plus ou moins espacées.

D'aspect clinique polymorphe dont le diagnostic est fait grâce à l'interrogatoire de l'entourage.

Deux régions cérébrales interviennent dans la genèse des crises de l'épilepsie.

- La substance réticulée : A l'origine des crises généralisées (bilatérales, synchrones et symétriques).
- Le cortex cérébral : à l'origine des crises focalisées ou partielles (dont la généralisation secondaires est toujours possible)

4.2. Etiologies

L'épilepsie ne répond pas à une cause unique. En principe, touteagression cérébrale, durable ou passagère, lésionnelle ou fonctionnellepeut donner lieu, à un moment donné, à des crises épileptiquesgénéralisées ou partielles, récurrentes ou non.

La survenue d'une crise va dépendre en fait de plusieurs facteurs dont les plus importants qui sont:

- La susceptibilité génétique

- la présence éventuelle d'une lésion épileptogène et le facteur déclenchant

Les étiologies varient en fonction de l'âge; les plus fréquemment rencontrées sont reprises dans le tableau ci-après:

Tableau synthétique des étiologies des crises convulsives

Nouveau-nés+	*Nourrissons*	***Enfants + Adolescents***	***Adultes***
Inconnue	Inconnue	Inconnue	
Embryopathies,			
Hyperthermie			
Tumorales (méningiomes			
métastases +++)			
Prématurité	Traumatismes c r a n i e n		
Vasculaires (les malformations, HTA malignes, éclampsies, thrombo phlébite)			
Infections néonatales			
(Méningites)	Tumorale	Traumatisme cranien	
Troubles ioniques			
Vasculaire angiomes			
(Anévrysme)	Infectieuses		
Hypoglycémie	Métaboliques	Sevrage de l'alcool	
Déshydratation	Méningoencéphalites		
Métabolique) (glycémie, ca++, Na+)			
Sd de W EST (spasme en flexion et extension régression psychomotrice)			
Le syndrome de Lennox- Gastaud		Maladie d'alzheimer	
Hypoglycémie	Maladie de Recklinghausen	SEP	
Carence en Vitamine B			
Iatrogènés			
(Antidépresseur tricyclique,			
Neuroleptiques			
Théophylline, Sevrage			
Benzodiazépines ou			
Antiépileptiques			

4.3. Examens complémentaires

- EEG
- NFS, VS
- Glycémie
- Urémie
- Calcémie
- Tests hépatiques
- Radiographie du crâne
- Scanner de la tête
- Ionogramme

4.4. Traitement

a. Traitement non médicamenteux

- Enlever les prothèses dentaires
- Si le patient convulse, s'assurer que le patient ne se traumatise pas etdégager les voies aériennes
- Les vêtements devraient être relâchés au niveau cervical
- Après que le patient cesse de convulser, le tourner dans une positionsemi-assise et s'assurer de la libération des voies aériennes.
- Arrêter l'hypoxie cérébrale en donnant l'oxygène à haute concentrationsi disponible

b. Traitement médicamenteux

Traditionnellement, une crise simple est considérée comme une indication pour les examens complémentaires et pour une évaluation, et ne doit pas être traitée avec un anticonvulsivant.

Le traitement médicamenteux devrait certainement être préconisé après deux crises et le type de médicaments dépend du type de crise

c. Guide d'usage d'anticonvulsivants

- Commencer avec un médicament unique à faible dose.
- Si les convulsions ne sont pas contrôlées, augmenter la dose jusqu'à une limite supérieure ou jusqu'à ce que les effets secondaires apparaissent.
- Si les convulsions ne sont pas contrôlées convenablement, changer demédicament en réduisant progressivement la dose du médicament initial pendant qu'on introduit un autre produit simultanément. Ceci prend habituellement 3-4 semaines.
- Essayer 3 médicaments différents en administration avant de passer aux associations des drogues qui aident seulement dans la minorité des cas.
- Le traitement peut être stoppé seulement après discussion suffisante avec le patient.

Crise Doses des médicaments

Crise généralisée *Adultes Enfant*

- Phenytoïne (par jour) 300-500 mg 3-5 mg /kg
- Phénobarbital (par jour) 60-180mg 5-8mg/kg
- Primidone (2 fois/jour) 250-1000mg 20-30mg/kg
- Carbamazépine (2 fois/jour) 800-1200mg 10-20mg/kg
- Valproate de sodium 2-3 fois/jour 600-2000mg 20-30mg/kg

Absence généralisée petit mal

- Valproate de sodium 2-3 fois/jour 600-2000mg 20-30 mg/kg

- Ethosuximide (par jour) 500-1500mg 250-500 mg/kg

Crise artérielle

- Carbamazépine (12 heures) 800-1200mg 20-30 mg/kg
- Valproate de sodium (2-3 fois/jour) 600-2000mg 20-30 mg/kg

Conduite à tenir dans les états de mal épileptiques

c.1 Traitement non médicamenteux

- Enlever les fausses dents si elles sont présentes
- Insérer une canule oropharyngée pour dégager les voies aériennes.
- Donner l'oxygène

c.2 Traitement médicamenteux

- Si suspicion d'une hypoglycémie, la traiter convenablement
- Donner le diazépam, IV, Rectal
- Si les convulsions continuent, commencer une perfusion de diazépam dans un sérum salé 0.9% 40-80 mg/l plus de 6 heures
- Donner 5 mg/ min jusqu'à ce que les convulsions s'arrêtent
- Si les convulsions ne sont pas contrôlées, après 60 minutes, ventiler sous anesthésie générale (thiopental)
- Référer dans une unité de soins intensifs.

Pratiques non recommandées

- Conduire les véhicules
- Natation
- Travaux en hauteur (échafaudage etc)
- Consommation exagérée d'alcool
- Port d'armes

5. MENINGITES DE L'ADULTE

5.1. Signes Cliniques

Le Syndrome méningé se manifeste par :

Les signes généraux: notamment la fièvre, accélération du pouls ;

Les signes fonctionnels: le « **trépied méningitique** » :

- Les vomissements en jet ;
- Les céphalées atroces souvent accompagnées de photophobie ;
- La constipation, souvent inconstante ;

Les signes physiques :

- Contracture rachidienne entrainant une **attitude en « chien de fusil »**: membres inférieurs fléchis, tête rejetée en arrière et hyperlordose ;
- Raideur de la nuque ;
- Signe de Kernig : le malade allongé fléchit involontairement les genoux quand on essaie de le faire asseoir ;
- Signe de Brudzinski : le malade allongé fléchit involontairement les genoux quand on lui fléchit le cou ou fléchit un genou quand on lui lève l'autre jambe à la verticale, genou en extension ;
- Hyperesthésie cutanée ;
- Purpura pétéchial ou ecchymotiques (souvent lié à une infection à méningocoques) ;

Signes neurologiques: inconstants et variables :

- Troubles de la conscience : de l'obnubilation au coma profond ;
- Convulsions localisées ou généralisées.

5.2. Diagnostic différentiel

- Le paludisme gave ;
- La septicémie ;
- La fièvre typhoïde.

5.3. EXAMENS COMPEMENTAIRES

- ***Pour confirmer le diagnostic et déterminer la cause***: Ponction lombaire et examen du LCR (aspect, numération des GB, formule leucocytaire, glucorachie, albuminorachie, coloration de gram, coloration à l'encre de chine) ;
- ***Pour infirmer un diagnostic différentiel***: TDR et/ou GE,FM, hémocultures, test de
- Widal…
- ***Autres examens***: Hémogramme.

Orientation étiologique en fonction des examens du LCR

5.4. Traitement

Antibiothérapie par voie parentérale immédiate en attendant les résultats des examens du LCR:**Ceftriaxone**IV : 2 × 1 g/jour et **gentamicine** IM : 2 × 80 mg/jour

Adapter le traitement par la suite en fonction des résultats des examens du LCR *:*

- Méningites virales : Arrêt des antibiotiques et traitement de soutien seulement
- Méningites tuberculeuses :Tuberculostatiques selon PATI V et traitement de soutien
- Méningite à *Cryptococccusneoformans*: **Amphotéricine B** 0,7 mg/kg/j pendant 14 jours puis **Fluconazole**400 mg/j pendant 8 semaines
- Méningites bactériennes et méningites bactériennes décapitées : continuer l'antibiothérapie pendant 10 à 21 jours et le traitement de soutien

Corticothérapie *:* **Dexaméthasone**0,15mg/kg toutes les 6 heures pendant 2 jours

***NB** :* L'administration précoce de la Dexaméthasone réduit le risque de déficit auditif chez les patients atteints de méningite à *Haemophilus influenza* ou *Streptococcuspneumoniae*. Elle est indiquée dans les méningites dues à ces germes ou lors que l'agent bactérien en cause est inconnu, sauf chez le nouveau-né et dans les méningites présumées méningococciques en contexte épidémique.
L'administration de la Dexaméthasone doit débuter avant ou avec la première dose d'antibiotique, sinon, il n'apporte aucun bénéfice.

Traitement de soutien :

- Baisser la fièvre : **Paracétamol**.
- Arrêter les convulsions : **Diazépam**.
- Corriger l'hypoglycémie : **Sérum glucosé 10%**.
- Nursing adapté au comateux.

6. SYNDROME DE GUILLAIN-BARRE (POLYRADICULONEVRITE INFLAMMATOIRE AIGUE, PARALYSIE ASCENDANTE)

6.1. Définition:

Inflammation aiguë et démyélinisation (destruction de la gaine de myéline entourant les fibres nerveuses) des nerfs périphériques, responsables de paralysies
C'est la plus fréquente des polyradiculonévrites, affections qui ont en commun une inflammation des racines des nerfs à leur point d'émergence de la moelle épinière.

6.2. Symptomatologie:

La maladie comprend trois phases.

a. La première, qui dure moins de quatre semaines, est caractérisée par l'apparition d'une paralysie des membres inférieurs. Celle-ci s'étend ensuite symétriquement aux membres supérieurs (tétraplégie) et aux nerfs crâniens, provoquant une paralysie faciale, des troubles oculomoteurs et des troubles de la déglutition. Ces signes s'associent fréquemment à des manifestations sensitives : fourmillements, douleurs des muscles, du dos, le long des nerfs. Au cours de cette phase peut apparaître une paralysie des muscles respiratoires nécessitant un traitement en réanimation.
b. La deuxième phase est caractérisée par la persistance, en plateau, des signes précédents, parfois pendant plusieurs mois. L'aréflexie tendineuse dans les territoires déficitaires est la règle.
c. La troisième phase, qui dure de plusieurs semaines à plusieurs mois, est celle de la récupération, les signes disparaissant progressivement.). On considère qu'il n'y a pas d'amélioration après 12 à 18 mois.

6.3. Complications:

La gravité de l'atteinte respiratoire (15 à 29 % des patients seront sous ventilation assistée) impose une surveillance attentive en réanimation dès aggravation ou atteinte de la musculature bulbaire (troubles de déglutition ou de phonation).

6.4. Prise en charge :

I. EXAMENS COMPLEMENTAIRES

a. Le diagnostic repose sur l'examen du liquide céphalorachidien, obtenu par ponction lombaire, qui révèle une Hyperprotéinorachie (augmentation du taux de protéines), dissociation albuminocytologique classique, associant une Hyperprotéinorachie supérieure à 1 g/L et l'absence de réaction cellulaire (< 10)
b. l'électromyogramme (mesure de l'activité électrique musculaire), qui révèle un ralentissement, le plus souvent important, de la vitesse de conduction des impulsions nerveuses.

II. Traitement

Le traitement consiste tout d'abord à assurer la respiration (ventilation assistée au besoin). Certains traitements visent à diminuer l'extension et la durée des paralysies, surtout dans les cas les plus graves, en recourant à différents moyens : échanges plasmatiques (soustraction des anticorps anormaux du plasma du malade), injection intraveineuse à fortes doses d'immunoglobulines humaines plasmatiques. Les traitements reposent sur les thérapeutiques immunomodulatrices immunoglobulines polyvalentes (voie IV : 400 mg/kg/j pendant 5 jours consécutifs)

7. SYNDROME PARKINSONIEN

7.1. Définition

Un syndrome parkinsonien se définit cliniquement par l'association plus ou moins complète d'une akinésie/bradykinésie(ralentissement à l'initiation et à l'exécution des mouvements), d'une rigidité dite plastique et d'un tremblement de repos
Association d'une akinésie (rareté et lenteur des mouvements), d'une hypertonie (rigidité) et d'un tremblement au repos.

7.2.Symptomatologie

Le tremblement du syndrome parkinsonien, d'une fréquence de 4 à 8 oscillations par seconde, est régulier et touche le plus souvent l'extrémité des membres supérieurs (mouvements d'émiettement). Il est favorisé par le calcul mental et disparaît au cours des mouvements volontaires.

L'akinésie parkinsonienne est particulièrement visible sur le visage : le clignement des paupières est rare, la mimique réduite. Elle entraîne également une perte du ballant des

bras au cours de la marche, qui s'effectue à petits pas, et une difficulté à exécuter des mouvements alternatifs rapides, avec une tendance permanente à l'économie des gestes. La parole est monocorde et l'écriture micrographique.

La démarche à petits pas pressés et courbé en avant.

L'hypertonie parkinsonienne des membres, dite plastique, se caractérise par le maintien de la position dans laquelle le membre est placé, ce qui la différencie de l'hypertonie élastique du syndrome pyramidal. Elle prédomine sur les muscles fléchisseurs, ce qui tend à donner au patient une attitude fléchie et penchée en avant. La rigidité cède par à-coups lorsque le membre est mobilisé, réalisant le phénomène dit « de la roue dentée ».

7.3. Etiologie :
Maladie neuro-dégénérative caractérisée par un déficit progressif en dopamine.

7.4.Complications:

a. . Au maximum, le syndrome akinétorigide peut conduire à un état totalement statufié, alors qu'il n'y a pas de paralysie. L'évolution est cependant marquée par la survenue de complications : indépendantes du traitement dopaminergique; liées au traitement dopaminergique.
b. Complications indépendantes du traitement
    - ❖ troubles de l'équilibre postural (avec des chutes en arrière),
    - ❖ troubles de la marche, comme le freezing (enrayement cinétique : les pieds restent comme « collés au sol » à l'initiation de la marche ou en cours de marche, en particulier lors du demi-tour, du franchissement d'une porte) ou la festination (brutal emballement de la marche qui devient incontrôlable et peut être à l'origine de chutes),
    - ❖ dysarthrie, avec au maximum un mutisme,
    - ❖ troubles de la posture avec une tendance à la triple flexion.
    - ❖ Dysautonomie cardiovasculaire (hypotension orthostatique)
    - ❖ Dysautonomievésicosphinctérienne (urgences urinaires);
    - ❖ détérioration cognitive, qui évolue vers un état démentiel.
c. Complications liées au traitement dopaminergique
    - ❖ nausées, vomissements, hypotension, en particulier à l'orthostatisme.
    - ❖ Complications motrices liées au traitement dopaminergique.
d. Complications psychiques du traitement des hallucinations des hallucinoses, mais aussi de véritables délires (en particulier de type paranoïaque) ou d'autres manifestations neuropsychiques : état maniaque ou évolution vers un état démentiel associé.

7.5.Diagnostics différentiels

a. Syndromes parkinsoniens provoqués par les neuroleptiques
    - ❖ antinauséeux (Primpéran®),
    - ❖ sédatifs (Théralène®),
    - ❖ l'Agréal ® (proposé dans le traitement de la ménopause),

Cliniquement, tous les signes rencontrés dans la maladie de Parkinson peuvent se voir, le syndrome parkinsonien étant plutôt symétrique cependant. Typiquement, c'est un syndrome parkinsonien qui ne répond pas au traitement dopaminergique. Son traitement repose sur l'arrêt du neuroleptique s'il est envisageable, voire parfois sur la substitution au neuroleptique en cause d'un neuroleptique dit atypique (Clozapine®), moins pourvoyeur d'effets indésirables moteurs.

b. Autres syndromes parkinsoniens dégénératifs
c. Démence à corps de Lewy
d. Maladie de Wilson

7.6.Conduite à ternir:

a. **La lévodopa (ou L-dopa); les agonistes dopaminergiques.**dans les formes commerciales de ce médicament (Modopar ®, Sinemet®). et le mieux. Il existe des formes à libération contrôlée de ces médicaments (Modo par LP ®,Sinemet LP ®) et des formes buvables (Modopardispersible®), ayant surtout un intérêt pour un meilleur contrôle des fluctuations d'efficacité.

b. **Dérivées de l'ergot de seigle** (Parlodel ®,Bromo-kin®,Dopergine®,Celance®) ou non (Requip®,Trivastal®,Sifrol®).

L'apomorphine est le seul agoniste dopaminergique utilisable par voie sous- cutanée : stylo injecteur (Apokinon®) ou pompe portable.

c. **les anti- cholinergiques** ont une bonne efficacité de la symptomatologie parkinsonienne, en particulier un tremblement ; néanmoins leurs effets indésirables, en particulier cognitifs après l'âge de 60 ans, rendent leur utilisation difficile et quasi obsolète; l'amantadine (Mantadix ®) dont le mécanisme d'action est mal connu, pourrait agir en corrigeant des dysfonctionnements glutamatergiques secondaires à la déficience dopaminergique ; elle est parfois utilisée pour réduire les phénomènes dyskinétiques dans les formes évoluées de la maladie de Parkinson.
d. **Une spécialité** contient à la fois de la lévodopa (sous la forme de Sinemet®) et de l'entacapone (Stalevo ®).

8. SYNDROME SCIATIQUE

8.1. Définition:

Douleur irradiant le long du trajet du nerf sciatique et/ou de ses racines

8.2.Symptomatologie :

Ils dépendent de la localisation de la lésion. Si seule la 5^{e} racine lombaire est touchée, la douleur atteint la face postérieure de la cuisse, la face externe de la jambe, le dos du pied, le gros orteil ; si la 1re racine sacrée est touchée, la douleur atteint le mollet, le talon, la plante et le bord externe du pied. Si les deux racines nerveuses sont touchées, la douleur s'étend de la fesse au pied.

Souvent précédée par des douleurs lombaires aiguës (lumbago) ou chroniques, accentuée par la toux et la station debout, la douleur peut être minime ou intense, empêchant parfois le sujet de dormir (sciatique hyperalgique).

Lorsque la sciatique est due à une hernie discale, il n'existe pas de corrélation entre l'importance de celle-ci et l'intensité de la douleur.

8.3.Complications

Une forme particulière de sciatique, appelée sciatique paralysante, se traduit par une paralysie du pied.

8.4.Conduite à tenir

Traitement

- Le traitement médical doit être entrepris dès le début des symptômes sur les seuls éléments cliniques.
- L'indication d'un repos doit être minimalisée. Les myorelaxants, antalgiques et anti-inflammatoires sont préconisés.
- Le traitement sera poursuivi pendant 2 à 4 semaines, puis sera envisagée une reprise progressived'activités sous couvert éventuel d'une kinésithérapie appropriée.

En cas d'échec, une prise en charge rhumatologique en milieu hospitalier avec réalisation d'infiltrations,de tractions, voire confection d'un corset rigide, peut encore améliorer certains patients.

- - L'échec après la sixième semaine conduit à discuter une indication opératoire après réalisation del'examen scanographique : exérèse de la hernie et curetage discal sous anesthésie générale,laminectomie étendue en cas de sténose canalaire, décompression foraminale, stabilisation pararthrodèse et ostéosynthèse en cas de Spondylolisthésis.Rappelons que l'indication opératoire est urgente en cas de sciatique paralysante.
- - Le traitement d'une sciatique dépend de sa cause. Dans le cas d'une sciatique paralysante, il est chirurgical. Dans le cas d'une hernie discale, il doit rester médical pendant les 8 premières semaines car, quelle que soit la sévérité des douleurs initiales, la sciatique guérit médicalement dans 90 % des cas. Le but du traitement médical est de rendre cette période la moins pénible et la plus courte possible ; il repose sur l'administration d'analgésiques, d'anti-inflammatoires, de corticostéroïdes généraux ou locaux en infiltrations, sur le repos au lit si la douleur est trop vive ou sur le port d'un corset en résine pendant 6 semaines.

9. MENINGO-ENCEPHALITE

9.1. Définition:

a. Syndrome méningé

Le syndrome méningé est lié à une irritation pathologique des enveloppes méningées (arachnoïde et pie-mère) et du LCS (liquide cérébrospinal). Il s'accompagne constamment de modifications biologiques du LCS

b. Syndrome encéphalitique

Il peut s'associer au syndrome méningé (méningoencéphalite) ou survenir de façon isolée. Il résulte de l'inflammation de l'encéphale et se traduit par des signes de dysfonctionnement du système nerveux central associant :

9.2. Symptomatologie

a. Syndrome méningé

i. Signes fonctionnels :

1. Céphalées

Elles constituent le signe le plus évocateur, le plus constant et le plus précoce. Intenses, diffuses (elles prédominent parfois en région frontale), violentes, continues avec des paroxysmes, insomniantes, exagérées par le bruit (phonophobie), la lumière (photophobie), les mouvements et l'examen clinique, non calmées par les antalgiques habituels, elles s'accompagnent de rachialgies et d'une hyperesthésie cutanée diffuse.

2. Vomissements

Ils sont plus inconstants, mais précoces, faciles, en jets, sans rapport avec les repas, provoqués par les changements de position.
La constipation, qui constitue le 3e élément classique du trépied méningitique, est inconstante.

ii. Signes physiques

La raideur méningée consiste en une contracture de défense des muscles para vertébraux en rapport avec la douleur secondaire à l'inflammation des méninges. Douloureuse et permanente, elle est parfois évidente avec une attitude particulière du sujet couché en chien de fusil (dos tourné à la lumière, têteen arrière, membres demi-fléchis). Toute tentative de la flexion progressive de la tête entraîne une résistance invincible et douloureuse (raideur de nuque). Les mouvements de rotation et de latéralitésont possibles, mais augmentent la céphalée. Différentes manœuvres confirment la raideur méningée ou la révèlent dans les formes frustres :

Signe de Kernig : limitation de l'élévation des membres inférieurs, impossibilité de fléchir les cuisses sans fléchir les genoux, lorsqu'on met le malade en position assise ou lorsqu'on élève les deux membres inférieurs du malade couché;

Signe de la nuque de Brudzinski : flexion involontaire des membres inférieurs à la flexion forcée de la nuque. L'hyperflexion de la cuisse entraîne de l'autre côté soit une flexion (si le membre inférieur était en extension), soit une extension (si le membre inférieur était en flexion); signes d'accompagnement : l'irritation méningée peut entraîner des signes pyramidaux sous forme d'une vivacité des réflexes ostéotendineux

b. SYNDROME ENCEPHALITIQUE

Il résulte de l'inflammation de l'encéphale et se traduit par des signes de dysfonctionnement du système nerveux central associant :

- des troubles de conscience allant de simples troubles de vigilance au coma profond;
- des crises convulsives focalisées ou généralisées, parfois, un état de mal de pronostic péjoratif;
- des signes de focalisation : mono ou hémiplégie, paralysie des nerfs crâniens, mouvements anormaux (tremblement, myoclonies);
- les troubles du comportement;
- des troubles neurovégétatifs : irrégularité du pouls, de la PA, de la température.

L'association de troubles de conscience, de signes neurologiques de focalisation dans un contexte d'état fébrile n'est pas systématiquement la traduction d'une encéphalite et peut être liée à d'autres étiologies (état de mal fébrile, thrombophlébite cérébrale).

c. Signes de gravité devant un tableau de méningite ou de méningoencéphalite

Au cours d'une méningite, les signes d'encéphalite constituent un signe de gravité. On tiendra compte, notamment :

- d'un purpura extensif;
- de l'aggravation progressive du coma avec l'apparition de signes traduisant une souffrance à l'étage mésencéphalique;
- de troubles respiratoires : rythme de Cheynes-Stokes, pauses respiratoires, encombrement bronchopulmonaire, insuffisance respiratoire (cyanose due à l'hypoxie, tirage sus-sternal, sueurs et HTA liées à l'hypercapnie);
- de troubles végétatifs : bradycardie par hypertension intracrânienne, poussées hypertensives par HTC ou hypercapnie, collapsus d'origine centrale ou respiratoire, hypothermie;
- de signes d'hypertension intracrânienne pouvant témoigner d'un blocage à l'écoulement du LCR avec hydrocéphalie liée au feutrage arachnoïdien;
- d'un choc septique ou d'une pathologie sous-jacente susceptible de se décompenser.

Tout signe de gravité impose une hospitalisation en milieu de réanimation. Les méningites et méningo-encéphalites sont, a priori, plus graves chez le nourrisson et l'enfant, le sujet âgé, en cas de maladie associée (alcoolisme, diabète, cancer, infection au VIH, pathologies sous-jacentes susceptibles de se décompenser, etc.), affection nosocomiale, enfin si le diagnostic est porté tardivement.

9.3. Complications :

a. Complications précoces :

On peut observer :

- une encéphalite associée;
- un syndrome de sécrétion inappropriée d'ADH;
- un purpura fulminans dû au méningocoque, plus rarement au pneumocoque;

- un abcès ou empyème suspecté devant l'apparition de signes de focalisation avec signes d'HTIC, confirmé par le scanner (zone hypodense cerclée avec effet de masse);
- une thrombophlébite cérébrale : crises convulsives, hémiplégie à bascule, HTIC, diagnostic confirmé par l'IRM (séquence de flux);
- une artérite cérébrale responsable d'accident ischémique sylvien;
- une hydrocéphalie aiguë (troubles de résorption par phénomène inflammatoire, sténose de l'aqueduc de Sylvius par ventriculite) justifiant une dérivation en urgence;
- une ventriculite, labyrinthite, névrite crânienne (touchant principalement le nerf auditif); une bactériémie, arthrite septique, endocardite, septicémie.

b. Complications secondaires

On peut observer :

- une méningite traînante en cas d'antibiothérapie inadaptée ou à dose trop faible, en cas d'absence du contrôle de la porte d'entrée;
- une méningite récidivante : nouvel épisode de méningite après une phase de guérison souvent due à Streptococcus pneumoniae (recherche d'une lésion de la lame criblée de l'ethmoïde et d'une rhinorrhée). Le diagnostic est posé par les tomographies de la base du crâne et le transit isotopique du LCS imposant la réalisation d'une plastie;
- un foyer paraméningé : sinusite et mastoïdite.

c. Complications tardives

Il peut exister :
Une hydrocéphalie par cloisonnement (feutrage arachnoïdien), tout particulièrement au cours de méningite tuberculeuse; encéphalopathie post-méningitique chez l'enfant et le nouveau-né.

9.4. Diagnostics différentiels

On tiendra compte, pour l'interprétation des résultats, de l'aspect du liquide, de sa composition cytologique et de l'analyse chimique (protéinorachie, glycorachie, chlorurachie).

a. Liquide hémorragique

Une hémorragie méningée :

b. Liquide clair

i. **Composition cytochimique du LCS normale**

C'est le diagnostic de Méningisme qui sera retenu au cours de certaines infections ORL, plus rarement la phase précoce d'une méningite bactérienne avant l'irruption de polynucléaires dans le LCS.

ii. Pléiocytose

La pléiocytose (plus de 10 éléments/mm3, souvent plusieurs centaines) est constituée à majorité de lymphocytes (supérieurs à 50 %). Une méningite lymphocytaire normoglycorachique avec élévation modérée de la protéinorachie inférieure à 1 g/L est, à Prédominance de polynucléaires ou de formule panachée.

c. C.Liquide trouble

Le LCS peut être trouble, opaque ou eau de riz, du fait de l'importance de la pléiocytose ou franchement purulent, signant alors une méningite bactérienne. Un liquide purulent aseptique (sans germe ni antigène bactérien) s'observe dans les collections purulentes juxtaméningées (empyème, thrombophlébite cérébrale).

9.5. Conduite à tenir

La ponction lombaire :

La ponction lombaire confirme le diagnostic de méningite. Elle devra être précédée systématiquement d'un scanner cérébral en cas de signes de focalisation ou d'HTIC, de troubles de la conscience, de convulsions, d'un oedème papillaire au fond d'oeil (le fond d'oeil n'est pas obligatoire avant la réalisation de la PL, en effet l'absence de signe d'oedème papillaire n'exclut pas un tableau d'hypertension intracrânienne).

EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

Analyses chimiques et cytobactériologique du LCR

Parasitologie : recherche de Trypanosomes

Bactériologie : coloration à l'encre de chine du LCR (recherche cryptococcus)

NFS, VS,

Scanner cérébral

10. Prise en charge thérapeutique des méningites présumées bactériennes

10.1. **Mesures générales** : Le traitement des méningites présumées bactériennes est une urgence. Le patient sera pris en charge dans une chambre isolée dans un service de neurologique ou de maladies infectieuses à proximité d'un service de réanimation. Une surveillance étroite des paramètres hémodynamiques (pouls, pression artérielle, diurèse) et de l'état cutané (purpura) est indispensable dans une chambre isolée, calme et à l'abri de la lumière. Une hydratation et une correction des troubles hydroélectrolytiques doivent systématiquement être évaluées.

10.2. **Traitement de première intention**, conduite à tenir au cours des premières 48 heures

- céfotaxime (200 à 300 mg/kg/j en 4 perfusions)
- ou ceftriaxone (70 à 100 mg/kg/j en 1 ou 2 perfusions)
- ou amoxicilline (200 mg/kg/j en 6 injections lentes).

10.3. **L'examen direct est négatif**, mais il existe des éléments d'orientation étiologique et/ou présence de signes de gravité :

Streptococcus pneumoniae : C3G (céphalosporine de 3e génération : céfotaxime ou ceftriaxome) + vancomycine 40 à 60 mg/k/j en 4 perfusions ou perfusion continue (dose de charge 15 mg/kg);

Neisseriameningitidis : C3G (céfotaxime ou ceftriaxome) de préférence ; en cas de purpura extensif, la première injection d'antibiotique sera faite au domicile avant tout prélévement et avant même de transférer le patient aux urgences qui doivent être alertées de l'arrivée d'un cas suspect de purpura fulminans;

Listeria monocytogenes : amoxicilline + gentamicine (3 mg/k/j) ou cotrimoxazole.

- En cas d'absence d'orientation étiologique et présence de signes de gravité : amoxicilline + C3G (céfotaxime ou ceftriaxone) + vancomycine.
- Si l'examen direct est positif : l'antibiothérapie est choisie en fonction du germe, de son profil de résistance attendu [1] et sera adaptée ultérieurement en fonction de l'antibiogramme.

10.4. Durée du traitement

Elles sont respectivement pour les méningites à :

Neisseriameningitidis : 7 jours;

Streptococcus pneumoniae : 14 jours et pour certains 21 jours si souche de sensibilité diminuée; Listeria monocytogenes : 21 jours (gentamicine pendant 5 jours); bacille à Gram négatif nosocomial : 14 à 21 jours; Staphylococcus aureus ou épidermidis résistant à la méticilline : au moins 3 semaines.

DEUXIEME PARTIEPATHOLOGIES PSYCHIATRIQUES

1. LA DEPRESSION
2. LA MANIE
3. TROUBLES BIPOLAIRES

4. PSYCHOSES
5. LA SCHIZOPHRENIE
6. TROUBLES ANXIEUX
7. INSOMNIES (TR0UBLES DU SOMMEIL)
8. TROUBLES DU DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT
9. TROUBLES DU COMPORTEMENT DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT
10. DEMENCE
11. TROUBLES LIES A LA CONSOMMATION D'ALCOOL
12. TROUBLES LIES A LA CONSOMMATION DES SUBSTANCES PSYCHO-ACTIVES (DROGUES)
13. HYSTERIE

1. LA DEPRESSION

1.1. Définition :

La dépression est un trouble affectif qui présente une humeur déprimée (triste, anxieuse et irritable), une perte d'intérêt et de plaisir ainsi qu'une baisse d'énergie entrainant une diminution de l'activité pendant au moins deux semaines.

Perte d'estime de soi, difficulté de concentration, Sentiment de désespoir, de culpabilité et de dévalorisation, Idée de mort, Tentative de suicide

Parmi les personnes atteintes de dépression, un grand nombre souffrent aussi de symptômes multiples sans cause physique claire (douleurs ne répondant pas aux analgésiques courants, palpitations, Trouble du sommeil, Céphalées, Fatigabilité ....

1.2. Symptômes

- Humeur triste, anxieuse et irritable
- Perte d'intérêt ou de plaisir dans la pratique d'activités professionnelles, scolaires, familiales ou sociales),

- Idées de la série noire -Baisse de la concentration, dégradation de l' estime de soi et de la confiance en soi ,idées de culpabilité et dévalorisation ,vision sombre et pessimiste de l'avenir ,idées ou actes auto-agressifs ou suicidaire , délire hypochondriaque, délire de ruine nihiliste , intensité mélancolique , désir de mort absolue
- Symptômes sans causes physiques : douleurs, palpitations, torpeur, sommeilperturbé, diminution de l'appétit

1.3. Etiologies :

- La perte d'un être cher, (deuil)
- Divorce,
- Insatisfaction sexuelle (frigidité, faiblesse sexuelle)
- Changement de statut social
- Catastrophe naturelle
- Accidents de circulation (routière, aérienne fluviale, ferroviaire)
- Affections cérébrales (ménin go – encéphalite, AVC, etc.…)

1.4. Complications

RISQUE DE SUICIDE,
2° psychose maniaco-dépressive

1.5. Diagnostics différentiels

1° dépression bipolaire
2° dépression psychotique

1.6. Conduite à tenir

1.6.1 Examens complémentaires

Hemogramme,
Biochimie en fonction de clinique
Sérologie HIV et anti toxoplasme
Examens d'urines(protéine, sucre, etsédiment) ;

1.6.2 Traitement

<u>1°Principe du traitement</u>

- Psychoéducation.
- S'occuper des stresseurs psychosociaux actuels.
- Réactiver les réseaux sociaux.

- Si ces options sont disponibles, envisager une thérapie interpersonnelle, une activation comportementale ou une thérapie cognitivo-comportementale.
- Programme d'activité physique structuré
- Apprentissage de la relaxation, ou thérapie par résolution de problème.
- Envisager la prescription d'antidépresseurs

2° moyens du traitement

- **psychoéducation pour la personne, les membres de la famille ou, l'agent de la communauté**

Points auxquels il faut insister (importance de poursuivre les activités que l'on trouvait habituellement intéressantes ou plaisantes, importance de s'efforcer de maintenir un cycle du sommeil régulier , se coucher à la même heure chaque nuit , avoir la même quantité de sommeil qu'auparavant, éviter de trop dormir ;pratiquer une activité physique régulière ;avoir une activité sociale régulière donc une activité sociale collective ;reconnaitre les idées de violence à l'égard de soi même ou de suicide ;chez les personnes âgées ,importance de continuer à demander de l'aide pour les problèmes de santé physique)

- **s'occuper des stresseurs psychosociaux actuels**

(offrir à la personne la possibilité de parler dans un espace privé ;s'enquérir des stresseurs psychosociaux actuels ex :répondre aux problèmes sociaux pertinents et rechercher des remèdes ;évaluer et prendre en charge toute situation de maltraitance , des services(violence domestique)ou négligence(enfants ou personnes âgées) contacter les services juridiques ou communautaires :identifier les membres de la famille qui apportent un soutien et les impliquer :chez les enfants et les adolescents =évaluer et prendre en charge les problèmes mentaux et neurologiques et liés à l'utilisation des substances psycho actives ;évaluer les stresser psychosociaux pesant sur les parents ;évaluer et prendre en charge la maltraitance, l'exclusion et le harcèlement ;si les résultats scolaires posent problème ,discuter avec l'enseignant des moyen pour aider l'élève ;apporter une formation aux compétences parentales en accord avec la culture des parents

- **Réactiver les réseaux sociaux**
  - ✓ identifier les activités sociales antérieurement pratiquées par la personne
  - ✓ reprendre ses activités antérieures
- **programme d'activité physique structuré**
  - ✓ organiser une activité physique de durée moyenne (45min, par ex)3X par semaine
  - ✓ examiner avec la personne quel type d'activité physique lui semble le plus attrayant et le soutenir dans l'augmentation progressive de la quantité d'activité qu'il pratique
- **proposer un suivi régulier**

- ✓ Effectuer un suivi régulier(en personne au cabinet, au téléphone ou par le biais d'agent de santé communautaire)
- ✓ Réévaluer la personne pour faire le point sur ses améliorations(après4sem par ex)

Prescriptiondes antis dépresseurs

- ❖ **la fluoxétine**
  - ✓ Adulte en bonne santé :début du traitement (20mg par jour réduire le risque d'effets secondaires nuisant) d'oùcommencer avec une dose de10mg c-à-d un demi comprimé, une fois par jour et passer à 20mg si tolérance
  - ✓ adolescents : début du traitement (10mg une fois par jour) et passer à 20 mg au bout de 1à2sem (dose maximal 20mg)
  - ✓ Si absence de réponse après a bout de6à12sem ou en cas de réponse partielle après 12sem, référer chez un spécialiste
  - ✓ personnes âgées ou médicalement malade : début du traitement (un comprimé de10mg une fois par jour ou un comprimé de 20mgun jour sur deux pendant 1à2sem, puis passer à20mg si toléré
  - ✓ Si pas d'amélioration au bout de 6à12sem ou réponse partielle après 12sem accroitre graduellement la dose (60mg dose maximal)
- ❖ **Amitriptyline**
  - ✓ adultes sains (début du traitement :50mg au coucher ;augmenter la dose de25à50 toutes les 1à2sem
  - ✓ personnes âgées ou médicalement malade (débuteravec25mg au coucher, augmenter la dose de25mg par semaine,
  - ✓ en l'absence de réponse au bout de 6à12sem ou en cas de réponse partielle au bout de12sem,augmenter la dose (dose maximale : 100mg) ;

2. LA MANIE

2.1. Définition

État d'agitation caractérisé par une exaltation de l'humeur et une surexcitation psychomotrice permanente.
Présence des idées de grandeur et de persécution

2.2. Symptomatologie

Humeur joviale, expansive, une euphorie exagérée de fois irritabilité, Contact très familier même avec l'inconnu, délire de grandeur et de persécution de fois. Existence d'un comportement de risque, Logorrhée, Agitation psychomotrice voir Agressivité, Dépenses préjudiciables et inconsidérées, Réduction de temps de sommeil avec hyperactivité parfois

non productive, Excentricité vestimentaire (Extravagance), tenue recherchée, maquillage exagéré, Trouble alimentaire (manger peu ou trop)

2.3. Diagnostics étiologiques

a. Etats d'intoxication
b. Affections cérébrales organiques
c. Des Endocrinopathie
d. Etats d'excitation des schizophrènes
e. Agitations des névrotiques

2.4. Complications

Fureur maniaque

2.5. Conduite à tenir

❖ **en phase maniaque :**

- ✓ Envisager la prescription d'une benzodiazépine et des antipsychotiques
- ✓ Avec du Valproate, de la carbamazépine ou des antipsychotiques.

En urgence en IVD : diazépam10mg + chlorpromazine 50mg dans une seringue de 10cc
Traitement d'entretien : triple association

- ✓ chlorpromazine 2x50mg/IM/jour pendant 5jours
- ✓ halopéridol 2x5mg/IM /jour idem
- ✓ levomépromazine 2x25mg/IM/jour/idem(a défaut prométhazine 2x50mg)
- ✓ akineton 1co 2mg/jour ou chloxapoxide1co 5mg/jour
- ✓ carbamazépine 3x 200mg /PO /au long cours

- Conseiller à la personne de modifier son mode de vie ; fournir des informations sur les troubles bipolaires et leur traitement.

❖ **Assurer un suivi régulier.**

3. TROUBLES BIPOLAIRES

3.1. Définition

Alternance des crises d'excitation (mania) et d'épisodes dépressifs

3.2. Symptomatologie

Tantôt le patient présent une phase maniaque qui alterne suivie d'une phase dépressive avec un intervalle libre ou le sujet est totalement réadapté

3.3. Conduite à tenir

❖ Commencer à traiter la personne avec un thymo- régulateur.(stabilisateur de l'humeur)
❖ Carbamazépine 3x200mg/jour

- ❖ Envisager la combinaison d'un antidépresseur et d'un thymo-régulateur pour traiter une dépression modérée à sévère (amitryptiline)
- ❖ Informer la personne du risque de passage à un épisode de manie avant de commencer à lui administrer un antidépresseur.
- ❖ Conseiller à la personne de modifier son mode de vie ; fournir des informations sur les troubles bipolaires et leur traitement.
- ❖ Réactiver les réseaux sociaux.
- ❖ Si cette option est disponible, envisager des interventions psychologiques.
- ❖ Poursuivre la réadaptation, notamment par la reprise d'activités économiques ou éducatives appropriées, en faisant appel aux réseaux formels et informels.
- ❖ Assurer un suivi régulier

4. PSYCHOSES

4.1. Définition

Trouble mental caractérisé par une désorganisation de la personnalité, une distorsion de la pensée et des perceptions la perte du sens du réel

Présence des émotions inappropriées, discours incohérent ou non approprié et des hallucinations (perceptions sans objets) et des délires (idées fausses entrainant des convictions inébranlables)

Anomalies graves du comportement : agitation, inactivité ou hyperactivité, excitation instabilité psychomotrice, logorrhée incohérence des propos…

Inconscience du caractère pathologique du comportement

4.2. Symptomatologie

a. Humeur variable et des émotions inappropriées : exaltation rétraction ou indifférence
b. Troubles des perceptions et de la pensée avec délires et hallucinations
c. Troubles du comportement grave tel que désorganisation, agitation, excitation, inactivité ou hyperactivité

4.3. Etiologie : Hypothèses

4.4. 4.4. Complications

Evolution vers la chronicité

Risque important à la violation des droits de l'homme

4.5. Diagnostics différentiels (formes cliniques)

a. Psychose aigue : Bouffée délirante

Signes cliniques **:** Existence de symptômes indispensables suivants de survenue brutale : Agitation, Agressivité, Instabilité psychomotrice, Logorrhée, incohérence de propos, Délires

(perte du sens de la réalité), Hallucinations (impression de percevoir quelque chose qui n'existe pas), Comportement désorganisé, Trouble du sommeil

b. 4.5.2. Psychose puerpérale

Signes cliniques **:** Survenue de symptômes au cours du 1er mois après l'accouchement, Instabilité, Hallucinations, Délire, Tentative d'infanticide (tuer l'enfant) et ou refus de pendre en charge l'enfant.

4.6. Conduite à tenir

- Informer la personne et les aidants à propos de la psychose et de son traitement.
  - ✓ Débuter une médication antipsychotique:

Schéma d'urgence

Schéma d'entretien

- Si ces options sont disponibles, fournir des interventions psychosociales telles que thérapie familiale ou entraînement aux compétences sociales.
- Faciliter la réadaptation.
- Assurer un suivi régulier.
- Entretenir un espoir réaliste et l'optimisme.

- Devant une psychose puerpérale :
  - ✓ Schéma d'urgence
  - ✓ Schéma d'entretien
  - ✓ Expliquer les risques de conséquences négatives pour la mère et l'enfant, ycompris ceux de complications obstétricales et de rechute psychotique
  - ✓ Les femmes psychotiques qui envisagent une grossesse, sont déjà enceintes ou allaitent doivent être traitées avec de l'halopéridol ou de la chlorpromazine faiblement dosé par voie orale.

5. LA SCHIZOPHRENIE

5.1. Définition

Psychose caractérisée par la désagrégation de la personnalité (et non son dédoublement) et par une perte du contact vital avec la réalité.son installation est progressive pendant au mois 6 mois chez un sujet âgé de plus de 15 ans,

5.2. Symptomatologie

la schizophrénie est caractérisée par une dissociation mentale, ou « discordance », accompagnée d'un envahissement chaotique de l'imaginaire, se traduisant par des troubles affectifs, intellectuels et psychomoteurs : sentiments contradictoires éprouvés vis-à-vis d'un même objet (amour-haine), incapacité d'agir, autisme, sentiment de ne plus se reconnaître, délire, catatonie (ensemble de troubles psychomoteurs caractérisé par une absence de réaction aux stimulations extérieures, une immobilité absolue ,Position catatonique (posture corporelle rigide), Mutisme (refus délibéré de communiquer), Néologisme (nouveau mot

inventé par le patient), Incurie corporelle et vestimentaire (absence de soins et d'attention) ,collection des objets sans valeur, Isolement et retrait social.

5.3. Etiologies : controversées

5.4. Conduite à tenir

- Engagement de l'équipe thérapeutique multidisciplinaire

- vaste éventail thérapeutique
  - ✓ la participation de la famille et de l'entourage aux soins est fondamentale
  - ✓ médicaments psychotropes (ordinaires et a action prolongée)
  - ✓ psychothérapie individuelle avec attitude très grande écoute
  - ✓ psychothérapie collective et/ou institutionnelle,
  - ✓ structures médico-sociales ou sociales pour valoriser son activité personnelle dans la vie sociale
  - ✓ associations d'usagers et des parents
- Le traitement de la schizophrénie est long, les symptômes peuvent varier et évoluer, le pronostic est souvent impossible à formuler. La prévention, la détection précoce de la maladie et l'aide à l'entourage, en particulier pour les frères et sœurs, sont des éléments indispensables qui visent à diminuer le poids personnel et social de la maladie et à éviter la discrimination.

6. TROUBLES ANXIEUX

6.1. Définition :

Trouble émotionnel se traduisant par un sentiment indéfinissable d'insécurité
L'anxiété est un sentiment pénible d'attente d'un danger imprécis mais toujours imminent
L'angoisse résulte d'une menace de la sécurité du sujet et d'une frustration des besoins
Classiquement le terme anxiété est donné au versant psychique du trouble et on réserve celui d'angoisse au versant somatique

6.2. Symptomatologie

Trouble anxieux généralisé

Signes cliniques **:** Humeur anxieux ou triste, Agitation, Fatigue, Tension musculaire, Irritabilité, Difficultés de concentration ou trous de mémoire, Troubles du sommeil, Phobie sociale ou spécifique **(**rejet pathologique injustifié accompagné d'une angoisse), Obsession (tendance irrésistible à l'accomplissement d'un geste ou apparition d'un sentiment dont l'exécution échappe au contrôle de la volonté).

Attaques de panique

Signes cliniques **:** Survenue des symptômes suivants dans une situation non angoissante : Palpitations ou pulsations accélérées, Sueurs et Tremblements, Sentiment de dyspnée ou de

suffoquer, Douleur ou désagrément dans la poitrine, Nausée ou désagréments abdominaux, Vertiges ou sentiment de s'évanouir, Sentiment de perte de contrôle ou impression de devenir fou, Peur de mourir, Paresthésies (ex : sentiment de devenir sourd), Chair de poule ou bouffées de chaleur

Syndrome de stress post-traumatique.

Signes cliniques **:** Les réactions de l'individu qui a été confronté à un événement traumatique (viol, tuerie, guerre, enlèvement,…) ou a été témoin pour autrui. Symptômes de dépression avec cause traumatique, un sentiment de peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur, un comportement d'agitation ou désorganisé, reviviscence (flash-back ; impression de revivre l'événement traumatisant), cauchemars, céphalées chroniques, l'évitement de toute situation rappelant, l'événement traumatisant

6.3. Etiologie

- L'anxiété est une réaction commune et banale de la personnalité en état d'alerte au cours des états dépressifs, la peur de perdre les objets aimés. l'anxiété peut provenir d'une souffrance ou d'un un choc psychologique (accident, conflit, échec)
- .l'anxiété constitue le symptôme essentiel de la plupart des névroses (névrose d'angoisse, hystérie, phobie, obsession)
- . Elle se rencontre aussi dans les troubles psychotiques et la maladie maniacodépressive
- . Elle peut être le signe d'une maladie organique : affection cardiaque (infarctus du myocarde, arythmie), insuffisance respiratoire, asthme, hyperthyroïdie.
- L'abus de certains médicaments (amphétamines, barbituriques, anxiolytiques, hormones corticostéroïdes ou thyroïdiennes) ou de certains produits toxiques peut déclencher, surtout chez les sujets prédisposés, des états anxieux.

6.4. Conduite à tenir

- Éviter les tests / transferts médicaux inutiles et ne pas offrir de placebo.
- Reconnaître que les symptômes ne sont pas « imaginaires ».
- Communiquer les résultats des tests / examens, en indiquant qu'aucune maladie dangereuse n'a été identifiée, mais qu'il est néanmoins important de s'occuper des symptômes éprouvants.
- Demander à la personne d'expliquer ses symptômes somatiques.
- Lui expliquer que les sensations corporelles (maux d'estomac, tensions musculaires) peuvent être liées à des émotions et lui demander quels sont les liens potentiels entre les sensations qu'elle a et ses émotions.
- Encourager la poursuite (ou la reprise progressive) des activités normales.
- Lui conseiller de revenir consulter si les symptômes s'aggravent.
- Si agitation panique en cas de stress aigu la médication peut être nécessaire :

En urgence diazépam 10a20mg I.M (I.V) associée à la chlorpromazine 50 a 100mg I.M(I.V)

7. INSOMNIES (TR0UBLES DU SOMMEIL)

7.1. Définition

Étymologiquement, le terme « insomnie » signifie absence de sommeil. Mais il n'existe pas d'insomnie à proprement parler. En moyenne, les « insomniaques » ont un temps total de sommeil et une stabilité de sommeil moindres que les « bons dormeurs », mais avec un très large recouvrement entre les deux groupes, de telle sorte qu'individuellement la structure du sommeil ne permet pas de différencier un « insomniaque » d'un « bon dormeur ».

La définition de l'insomnie est donc purement subjective. Il y a insomnie quand le sujet ressent son sommeil comme difficile à obtenir, insuffisant ou non récupérateur.

On différencie deux types d'insomnie : les insomnies transitoires ou occasionnelles et les insomnies Chroniques qui posent des problèmes diagnostiques et thérapeutiques très différents.

7.2. Symptomatologie

1° ERREUR D'HYGIENE DE SOMMEIL

C'est l'augmentation du temps passé au lit, fréquente chez les personnes âgées qui se couchent tôt par désœuvrement, avec des temps passés au lit excédant souvent 10 heures.

2° TROUBLES DU RYTHME CICARDIEN

- ❖ syndrome de retard de phase;
- ❖ syndrome d'avance de phase, rare;
- ❖ travail posté (les « 3 huit »).
- ❖ vols transméridiens

3° SOMNOLENCE EXCESSIVE ET TROUBLE DE L'EVEIL

- ❖ Syndrome des apnées du sommeil (SAS) et syndrome de résistance des voies aériennes supérieures
- ❖ Syndrome des jambes sans repos et mouvements périodiques du sommeil (MPS)
- ❖ Narcolepsie-cataplexie (syndrome de Gélineau)
- ❖ . Hypersomnies idiopathiques

4° PARASOMNIES

- ❖ Sursauts hypnagogiques
- ❖ Rythmies
- ❖ Bruxisme
- ❖ Somnambulisme
- ❖ Terreurs nocturnes
- ❖ Énurésie
- ❖ Paralysies du sommeil
- ❖ Cauchemars
- ❖ Troubles du comportement du sommeil profond
- ❖ Somniloquie

7.3. Etiologies des troubles du sommeil (insomnies)

a. Insomnie transitoire

L'insomnie transitoire fait partie de la vie normale : il est normal de voir son sommeil perturbé pendant quelques jours dans certaines circonstances. La difficulté tient au fait qu'une insomnie occasionnelle risque de se pérenniser ; l'intervention médicale doit surtout chercher à prévenir ce risque.

C'est une perturbation du sommeil en rapport avec des causes occasionnelles réversibles, telles que :
Une mauvaise hygiène de sommeil;
Des facteurs environnementaux : niveau sonore, climat, altitude, etc.;
Un stress psychique : contrariété, deuil, contraintes, etc.;
Un stress physique : contrainte liée à une affection physique, douloureuse par exemple;
Phénomène de rebond à l'arrêt d'un traitement tranquillisant ou hypnotique;
Prise aiguë de toxique.
À la disparition de la cause occasionnelle, le sujet retrouve un sommeil normal. Mais quelquefois, la situation peut se chroniciser, avec mise en place d'un cercle vicieux qui constitue ce qu'il est convenu d'appeler une insomnie persistante primaire.

b. Insomnie chronique

L'insomnie chronique constitue un véritable problème, étiologique, et surtout thérapeutique. On différencie les insomnies chroniques d'origine physique, d'origine psychique, et les insomnies persistantes primaires (les plus fréquentes) qui ne reconnaissent pas de cause spécifique.

i. Insomnie chronique d'origine physique

- Certaines dysosmies : mouvements périodiques du sommeil, impatience des membres inférieurs à l'éveil, syndrome d'apnées du sommeil sont plus souvent responsables de somnolence diurne.
- D'autres étiologies sont le plus souvent facilement identifiées :

Pathologies douloureuses ou inflammatoires, notamment cancéreuses et rhumatismales;
Maladies neurologiques (Parkinson, démences, etc.);
Toxiques (alcool entre autres).

ii. Insomnie chronique d'origine psychique

On pourrait lister ici presque toutes les affections psychiatriques :

Les troubles thymiques : dépression : l'insomnie est une plainte précoce du dépressif, souvent associée à une clinophilie (il « se réfugie » dans son lit), état maniaque, avec une difficulté d'endormissement et une diminution du temps de sommeil dont le patient ne se plaint pas habituellement.
Les troubles anxieux : une des causes les plus importantes de difficulté d'endormissement;

Les psychoses : l'insomnie se voit surtout lors des épisodes féconds, dont elle est d'ailleurs un signe précoce;

Les démences où il y a une « inversion du rythme nycthéméral » avec somnolence diurne et éveil nocturne.

3**. Insomnie persistante primaire**

C'est l'insomnie « maladie », appelée aussi insomnie « psychophysiologique ». C'est aussi la forme la plus fréquente.

L'insomnie est souvent apparue à un moment précis dans l'histoire du patient à l'occasion d'un deuil, d'une séparation ou d'une autre circonstance pénible, mais le retour au sommeil normal ne se produit pas, même lorsque la cause occasionnelle a disparu. Elle comporte des difficultés d'endormissement et un trouble du maintien du sommeil, le sommeil devient une appréhension. Le sommeil est perçu comme non réparateur, mais paradoxalement, et malgré l'impression de fatigue, il n'y a pas de somnolence diurne ; les tentatives de sieste « réparatrice » échouent en raison de la même difficulté d'endormissement que pour le sommeil de nuit ; la présence d'une somnolence est un argument contre le diagnostic d'insomnie persistante primaire, et doit faire rechercher une étiologie spécifique.

Il convient aussi de noter la discordance entre l'importance subjective du retentissement diurne, et la discrétion du retentissement objectif. Typiquement, ces patients se disent très handicapés par la fatigue, les troubles de la concentration, les troubles de la mémoire, etc. Cependant, l'évaluation objective des fonctions cognitives démontre l'absence de

7.4. CONDUITE A TENIR

1**. Interrogatoire**

L'interrogatoire du patient est essentiel. Il est important de :

- Reconstituer l'histoire actuelle et passée du patient, la chronologie et les mécanismes de l'insomnie;
- Laisser le patient se raconter, et raconter comment, où, dans quel environnement il s'endort (par exemple, rechercher s'il s'endort en regardant la télévision dans son lit, quel type d'activité il a dans la soirée, comment il ménage la transition de la veille au sommeil, etc.);
- Cerner le contexte psychique du patient;
- Définir son environnement, ses habitudes, les contraintes auxquelles il est soumis;
- Répertorier ses antécédents, tant pathologiques que thérapeutiques;
- Rechercher une pathologie du sommeil (notamment un syndrome d'impatience des membres inférieurs ou un syndrome d'apnées du sommeil).
- La tenue d'un agenda de sommeil, où le patient consigne au jour le jour les horaires et la qualité de son sommeil est une aide précieuse, et met souvent en évidence des écarts entre l'appréciation globale que le patient porte sur ses habitudes de sommeil et leur réalité.

2.**Traitement étiologique**

Il est justifié lorsqu'une étiologie est identifiée (syndrome des apnées du sommeil, des mouvements périodiques du sommeil, maladie psychiatrique ou organique, etc.).

3. **Traitement symptomatique**

L'hypnotique idéal doit :

- Entraîner une induction rapide de sommeil;
- Maintenir le sommeil pendant au moins 7 heures;
- Respecter l'architecture du sommeil;
- Ne pas avoir d'effet résiduel (au réveil, pendant la journée);
- Ne pas induire d'accoutumance ni de tolérance;
- Ne pas induire de syndrome de sevrage;
- Avoir une bonne marge de sécurité;
- Ne pas avoir d'interactions médicamenteuses.

Aucun hypnotique ne réunit toutes ces propriétés : l'hypnotique idéal n'existe pas.

Les hypnotiques posent des problèmes à moyen et à long terme :

Perte d'efficacité objective : surtout nette pour les BZD (benzodiazépines) de demi-vie courte, moins marquée pour les analogues BZD (zolpidem, Stilnox ® et zopiclone, Imovane®);

Phénomène de sevrage : effet rebond qui favorise le cercle vicieux ; moins marqué pour les BZD à demi-vie longue et pour les analogues BZD;

Effets indésirables : somnolence diurne (risque d'accident), interaction avec l'alcool et troubles amnésiques et épisodes confuso-oniriques (vrai pour tous les hypnotiques).

Lorsqu'il n'y a pas d'étiologie spécifique (insomnie persistante primaire) ou en association avec le traitement étiologique (si nécessaire), les hypnotiques ne trouvent leur place que dans le traitement des insomnies transitoires ou occasionnelles pour une durée limitée, en informant le patient des manifestations de sevrage, inévitables.

C'est tout particulièrement pour les insomnies persistantes primaires qu'a été développée une approche cognitivo-comportementale, reposant sur une information objective du patient sur la nature du sommeil, et les conséquences de ses altérations et un ajustement du comportement visant à faciliter la transition de la veille au sommeil, à restreindre le temps passé au lit pour favoriser la continuité du sommeil, et à éviter les « ruminations » prolongées durant le temps passé au lit à chercher à forcer le sommeil

8. TROUBLES DU DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT

8.1. Définition

Terme générique qui recouvre plusieurs problèmes chez l'enfant ,troubles qui commence à l'enfance se caractérisant par une altération ou un retard des fonctions liées à la maturation du système nerveux central ,bien que commençant dans l'enfance les troubles de développement tendent à persister à l'âge adulte

8.2. Symptomatologie

- ❖ Déficience intellectuelle
  - La déficience intellectuelle se caractérise par une altération des facultés dans plusieurs domaines au cours du développement (cognition) langage, motrice et relations sociales

- ❖ Retard moteur dans les acquisitions motrices
- ❖ Trouble du langage
- ❖ Trouble du bégaiement
- ❖ Dyslexie incapacités de l'apprentissage de la lecture
- ❖ Immaturité affective
- ❖ Autisme

a. Définition : Trouble majeur du développement caractérisé par un fonctionnement psychologique restreint ou anormal, manifeste avant l'âge de trois ans, à la fois dans les domaines de la communication, des interactions sociales et dans le comportement général (peu diversifié et répétitif). Troubles envahissants du développement

b. Symptomatologie de l'autisme

L'autisme se manifeste par un trouble du comportement social avec une absence de réaction aux émotions et une absence d'adaptation du comportement. Il existe également une altération de la communication, avec un langage verbal répétitif et stéréotypé.

Dans les cas sévères, on peut observer des comportements répétitifs et stéréotypés avec des automutilations et de l'agressivité.

Les enfants autistes ont souvent des peurs et des phobies (crainte angoissante et injustifiée d'une situation, d'un objet ou de l'accomplissement d'une action). Des troubles du sommeil et des crises de colère surviennent également fréquemment.

Le quotient intellectuel (Q.I.) est très variable chez les autistes. Dans 5 % des cas, il y a un retard mental significatif.

Ces déficits persistent à l'âge adulte entraînant des problèmes de socialisation, de communication et d'intérêt.

Dans le syndrome d'Asperger, un cas particulier d'autisme, le malade a une bonne expression verbale et manifeste parfois des capacités extraordinaires dans la musique, les mathématiques ou la peinture.

c. Conduite à tenir devant un enfant autiste

La prise en charge des enfants autistes doit être le plus précoce possible. Elle doit se faire individuellement et en groupe, dans des établissements spécialisés, par une équipe pluridisciplinaire (socio-éducative et psychothérapeutique).

Cette prise en charge peut s'accompagner, si nécessaire, d'une rééducation du langage (orthophonie) et de la motricité. La famille a un rôle fondamental dans toutes les actions d'aide et d'adaptation. La plupart des établissements d'accueil de jour ou à temps plein sont cogérés avec l'entourage.

8.3. Etiologie de retard mental

Prénatales		Périnatales	Postnatale
Causes génétique	Lésions fœtales		
Anomalies chromosomique Trisomie 21 Syndrome de IX fragile Troubles métaboliques Anomalies *du métabolisme des acides animés (ex : phényl –cétonurie) *du cycle de krebs *du métabolisme des lipides *du métabolisme de glucide *du métabolisme des purines Malformations cérébrales Malformation du tube neural Hydrocéphalie microcéphalie	Infections (rubéole) Intoxication (alcoolique) Lésions physiques Insuffisance placentaire Affectives endocriniennes (hypothyroïdie)	Hypoxie au cours du travail Complications associés à la prématurité Ulcère nucléaire Hémorragie Intra ventriculaire	Traumatisme (accident sévère à l'enfant) Intoxication (plomb mercure) Infection (encéphalite méningite)

8.4. CONDUITE A TENIR DEVANT UN TROUBLE DE DEVELOPPEMENT

- Instaurer une psychoéducation familiale.
- Envisager de former les parents, si possible.
- Leur indiquer quels sont les services sociaux et de formation disponibles et collaborer avec eux
- Contacter l'école de l'enfant après avoir obtenu le consentement de l'enfant et du parent et donner des conseils.
- Évaluer le niveau actuel de fonctionnement adaptatif **par une consultation chez un spécialiste,** si possible.

- ❖ Prendre en charge les troubles associés tels que la déficience visuelle ou auditive.
- ❖ Fournir un appui en prévision des situations quotidiennes difficiles.
- ❖ Collaborer avec les services communautaires de réadaptation et en faciliter l'accès.
- ❖ Promouvoir et protéger les droits fondamentaux de l'enfant et de la famille.
- ❖ Apporter un soutien aux aidants.
- ❖ Orienter vers un spécialiste, si possible, pour une deuxième évaluation.
- ❖ Assurer un suivi régulier

9. TROUBLES DU COMPORTEMENT DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT

9.1. Définition

L'expression TROUBLES DU COMPORTEMENT est une expression générique qui recouvre plusieurs problèmes tels que trouble hyperkinétique, le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité(TDAH) ou d'autres troubles du comportement. Leurs symptômes plus ou moins grave sont répandus dans la population.

TROUBLE HYPERKINETIQUE/ TROUBLE DEFICITAIRE DE L'ATTENTION AVEC HYPERACTIVITE

.Classiquement, les problèmes de comportement apparaissent tôt (avant l'age de 6 ans) et durent longtemps (plus de 6 mois).

9.2. Symptomatologie

- ❖ Troubles de conduites sociales
- ❖ Troubles de conduites automatiques
- ❖ Troubles de conduites instinctives
- ❖ Troubles de conduites motrices TDAH
- ❖ Manifestations de type névrotique
- ❖ Dépression chez l'enfant
- ❖ Psychoses infantiles
- ❖ Déviation de l'adolescence

9.3. Conduite à tenir

- ❖ Proposer une psychoéducation familiale.
- ❖ Envisager une formation à la parentalité, si possible.
- ❖ Contacter l'enseignant de l'enfant (s'il va à l'école et s'il donne ainsi que l'aidant, son consentement) et prévoir de répondre à des besoins éducatifs spéciaux.
- ❖ Envisager des interventions psychosociales telles qu'une thérapie cognitivo-comportementale et un apprentissage de la sociabilité, selon les possibilités.
- ❖ Aider la famille à régler les problèmes sociaux et familiaux qui ont une incidence sur le comportement de l'enfant. Recourir, si possible, à des techniques de résolution des problèmes.

❖Évaluer l'impact des troubles du comportement sur les aidants et proposer une aide pour répondre à leurs besoins personnels, sociaux et de santé mentale.

10.DEMENCE

10.1. Définition

On utilise le terme de démence pour désigner une détérioration progressive du fonctionnement mental entravant l'autonomie dans la vie quotidienne, en relation avec une affection cérébrale. Cette altération peut toucher les fonctions cognitives (ou fonctions intellectuelles : mémoire, attention, langage, gnosies, praxies, raisonnement, jugement, etc.) et les fonctions non cognitives (personnalité, affects, régulation des conduites sociales, etc.).

10.2. Symptomatologie

- ❖ difficultés nouvelles dans la réalisation des activités quotidiennes ou professionnelles
- ❖ -difficultés pour réaliser des tâches usuelles (habillage, bricolage, cuisine, etc.) ;
- ❖ incapacité à s'adapter à une situation nouvelle, à utiliser un appareil acquis récemment
- ❖ -tendance à se négliger, à délaisser l'entretien de son intérieur;
- ❖ -Des modifications de l'humeur : irascibilité, voire agressivité, labilité émotionnelle, tristesse ou euphorie;

-**Des modifications du caractère** : apathie, perte d'initiatives, tristesse, désintérêt, indifférence affective,
-Négligence, voire incurie;
-**Des comportements inhabituels ou incongrus** : apparition d'une familiarité excessive, d'une désinhibition sociale, voire de comportements délictueux ; modification des habitudes alimentaires (boulimie, voracité, etc.);
-**Des épisodes confusionnels** : survenue en particulier au décours d'événements stressants ou simplement inhabituels (décès d'un proche, voyage, déménagement, intervention chirurgicale, etc.) ;
-Hallucinations visuelles, auditives, idées délirantes (préjudice, persécution, etc.);
- plaintes attirant l'attention sur le système nerveux central ou le système nerveux périphérique ? Notamment : des troubles de la marche, un ralentissement moteur, des troubles de la parole, des céphalées, etc.
-. **Degré réel d'autonomie du patient dans la vie quotidienne**:
pour les activités élémentaires : l'utilisation des transports en commun, du téléphone, la prise des traitements, mais aussi la toilette, l'habillage, la préparation et la prise des repas, l'entretien de la maison, la continence sphinctérienne; pour les activités plus élaborées : la gestion des comptes bancaires, le paiement des factures, impôts, courriers, courses, activités culturelles, sportives, lecture, télévision, etc.

- ➢ Examen des fonctions cognitives
  a. Orientation temporospatiale
  b. Attention
  c. Mémoire
  d. Langage

e. Praxies
f. Gnosies.
g. Jugement et raisonnement.
h. Fonctions exécutives

10.3. Diagnostics différentiels

a. Syndrome confusionnel

Le syndrome confusionnel, qui est fréquent chez le sujet âgé, peut révéler un grand nombre de pathologies non neurologiques et constitue une urgence diagnostique et thérapeutique. Cependant, l'existence d'une pathologie cérébrale sous-jacente contribue à abaisser d'avantage le seuil confusogène du patient âgé qui en est affecté. Un syndrome confusionnel qui a été imputé à un facteur identifié (fièvre, médicament, etc.) peut ainsi révéler un syndrome démentiel évoluant à bas bruit, ce qui rend quelquefois difficile le diagnostic différentiel entre confusion et démence. Dans tous les cas, un suivi à distance s'impose après la prise en charge de la confusion afin d'écarter ou de retenir cette hypothèse.

b. Dépression

Les états dépressifs du sujet âgé sont fréquents et de diagnostic plus difficile que ceux des adultes plus jeunes. La prévalence d'un épisode dépressif majeur est de l'ordre de 3 % au-delà de 65 ans, et elle serait encore plus grande chez les personnes résidant dans une institution, surtout durant la première année suivant l'admission. En plus des facteurs concernant la population générale, les sujets âgés présentent des facteurs aggravant le risque de dépression : deuils, confinement à domicile, perte de liens familiaux ou de rôle social, altération de l'état de santé, etc. Les aspects sémiologiques de la dépression du sujet âgé sont quelquefois trompeurs, prenant la forme d'un syndrome démentiel.

10.4. Conduite à tenir

- Demander à la personne, et à quelqu'un qui la connaît bien, si elle a desproblèmes de mémoire, d'orientation, d'élocution et de langage, et desdifficultés à effectuer ses principales activités sociales et quotidiennes.
- Test d'orientation, de mémoire et de langage.
- Interroger la personne ou l'aidant à propos des symptômes :
- Quand les avez-vous remarqués pour la première fois ?
- Quel âge avait la personne ?
- L'apparition des symptômes a-t-elle été brutale ou progressive (plusieurs mois ou plusieurs années) ?
- Depuis combien de temps les troubles durent-ils ?
- Les symptômes sont-ils plus marqués la nuit ?
- Les troubles s'accompagnent-ils d'une somnolence ou d'une altération de la conscience ?
- Les symptômes sont-ils apparus à la suite d'un traumatisme crânien, d'une perte de connaissance ou d'un accident vasculaire cérébral (AVC) ?
- Existe-t-il l'un des antécédents suivants :
  - ✓ goitre, pouls lent, peau sèche ou hypothyroïdie ?
  - ✓ infection sexuellement transmissible (IST) ou à VIH?

- ✓ maladie cardio-vasculaire ?
- ✓ apport alimentaire insuffisant, malnutrition, anémie ?

❖ Annoncer le résultat de l'évaluation.
❖ Proposer des traitements psychosociaux pour atténuer les symptômes cognitifs et améliorer le fonctionnement.
❖ Favoriser l'autonomie et préserver les fonctions de la personne.
❖ Assurer un suivi.

1. Traitements médicamenteux

a. Points importants

Certaines molécules posséderaient une action neuroprotectrice (vitamine E, antioxydants, etc.), mais il n'y a pas, à l'heure actuelle, de traitement curatif disponible pour les pathologies dégénératives corticales.

Il n'y a pas de traitement préventif de la démence, en dehors de la prévention des facteurs de risque vasculaire.

NB : L'accumulation de médicaments vasotropes ne sert à rien !

Les seuls traitements médicamenteux disponibles sont symptomatiques en dehors de certaines démences curables (hypothyroïdie, carence en folates ou en vitamine B12, paralysie générale).

b. Traitements symptomatiques des troubles comportementaux

2. Prise en charge non médicamenteuse

3. Protection des patients

11.TROUBLES LIES A LA CONSOMMATION D'ALCOOL

11.1. Définition

Affections résultant des différentes modes de consommation d'alcool

11.2. Symptomatologie

1).Intoxication alcoolique aigue :

Haleine sent l'alcool

Trouble de l'élocution

Un comportement désinhibé

Évaluer :

❖ Le degré de conscience
❖ Le degré de cognition et de perception

2) sevrage : Il y a apparition d'un sevrage alcoolique suite à l'arrêt d'une consommation importante d'alcool, habituellement au cours d'une période comprise entre 6 heures et 6 jours après la dernière prise d'alcool. (DELIRIUM TREMENS)

❖ Rechercher :
  - ✓ Un tremblement des mains
  - ✓ Des sueurs
  - ✓ Des vomissements
  - ✓ Une accélération du pouls et de la pression sanguine
  - ✓ Une agitation

❖ Demander à la personne si elle a :
- ✓ Des céphalées
- ✓ Des nausées
- ✓ Des angoisses

3) syndrome confusionnel aigu ou obnubilation avec notion de consommation d'alcool excessive récente

- Examiner le sujet à la recherche d'un nystagmus ou d'une ataxie caractéristique de l'encéphalopathie de Wernicke.
- Une ophtalmologie peut apparaître dans les cas graves.
- Examiner le sujet à la recherche de signes de traumatisme crânien tels que des lacérations ou un saignement au niveau de la tête ou des oreilles.

» Réévaluer le sujet pour voir s'il souffre d'un delirium de sevrage alcoolique.

4). mode de consommation et effets nocifs de l'alcool

» Demander à la personne si elle consomme de l'alcool de façon à être exposée à un effet nocif :

Quantité et fréquence de la consommation

- ❖ A consommé au moins 5 boissons standard (ou 60 g d'alcool)* à une occasion quelconque au cours des 12 derniers mois
- ❖ Consomme en moyenne plus de 2 boissons alcoolisées par jour
- ❖ Boit tous les jours de la semaine

Recueillir une anamnèse plus détaillée à la recherche d'une consommation nocive d'alcool ou d'une dépendance.

5) dépendance alcoolique

➢ Rechercher :

- ❖ Un désir irrépressible ou compulsif d'alcool
- ❖ Des difficultés à contrôler la prise d'alcool : début, fin ou importance de la consommation
- ❖ Un état de sevrage physiologique lorsque la consommation alcoolique a cessé ou a été réduite, tel qu'en atteste le syndrome caractéristique de sevrage alcoolique ; ou recours à la même substance (ou à une substance étroitement apparentée) dans l'intention de soulager ou d'éviter les symptômes de sevrage
- ❖ Preuve d'un épuisement d'effet, de sorte que des doses accrues d'alcool sont nécessaires pour obtenir les effets produits à l'origine par des doses inférieures
- ❖ Négligence progressive d'autres plaisirs ou intérêts en raison de la consommation d'alcool ; augmentation du temps nécessaire à l'obtention, à la consommation, ou au rétablissement après les effets de l'alcool
- ❖ Consommation d'alcool persistante en dépit de signes manifestes de ses conséquences nocives, tels que des problèmes hépatiques, un état dépressif ou une altération du fonctionnement cognitif

11.3. COMPLICATIONS

I.) Complications neurologiques de l'intoxication alcoolique aiguë

A. Ivresse pathologique

B. Crise d'épilepsie
C. Coma éthylique

II.) Complications neurologiques du sevrage
A. Crise d'épilepsie
B. Delirium tremens (DT)
C. Prévention

III). Complications toxiques et multifactorielles fréquentes
A. Démence
B. Épilepsie
.

IV) . Complications toxiques et carentielles (« alcoolo-carentielles »)
A. Polyneuropathie longueur-dépendante (polynévrite)
B. Névrite optique alcoolo-tabagique
C. Atrophie cérébelleuse
D. Encéphalopathie de Gayet-Wernicke (ou Wernicke-Korsakoff
E. Encéphalopathie pellagreuse

V.) Complications neurologiques indirectes de l'alcoolisme
A. Myélinolysecentropontine
B. Encéphalopathie hépatique
C. Accidents vasculaires cérébraux
D. Traumatismes crâniens.
E. Neuro-infections.
F. Syndrome alcoolique fœtal.

11.4. CONDUITE A TENIR

❖ EN CAS D'ALCOOLISME AIGU

- ✓ Examiner la respiration et les voies aériennes.
- ✓ Mettre la personne sur le côté afin n d'éviter une aspiration en cas de vomissement.
- ✓ Le transférer à l'hôpital si nécessaire ou le garder en observation jusqu'à dissipation des effets de l'alcool.
- ✓ Si l'on soupçonne une intoxication au méthanol, le transférer à l'hôpital pour une prise en charge d'urgence.

❖ EN CAS DE SEVRAGE

- ✓ Traiter en milieu hospitalier ou dans un centre de désintoxication s'il y en a un.
- ✓ Si le sevrage est compliqué par un delirium :
- ✓ Traiter le sevrage par le diazépam.
- ✓ Prendre en charge dans un environnement sûr.
- ✓ Hydrater abondamment.
- ✓ Si le delirium ou les hallucinations persistent malgré le traitement des autres symptômes de sevrage, envisager alors d'utiliser des neuroleptiques comme l'halopéridol à raison de 2,5 – 5 mg par voie orale jusqu'à 3 fois par jour.
- ✓ Si le sevrage est compliqué par des convulsions, commencé par traiter par le diazépam et ne pas faire appel aux anticonvulsivants pour prévenir d'autres crises convulsives

❖ DEVANT UN CAS D'ENCEPHALOPQTHIE DE WERNICK AIGUE

- ✓ Traiter tous les cas présumés par l'administration de 100 mg de thiamine par voie i.v. ou i.m. 3 fois par jour pendant 3 à 5 jours.
- ✓ Transférer d'urgence la personne à l'hôpital.

12. TROUBLES LIES A LA CONSOMMATION DES SUBSTANCES PSYCHO-ACTIVES (DROGUES)

12.1. Définition

Affections résultant des différents modes de consommations des substances psycho-actives

12.2. Symptomatologie

1) **Surdosage des substances sédatives** Surdose d'opioïde ou d'un autre sédatif, ou encore mélange de substances accompagné ou non d'une surdose alcoolique

- ❖ Sujet non réactif ou très peu réactif
- ❖ Fréquence respiratoire faible
- ❖ Myosis extrême (surdose d'opioïde)
- ❖ La fréquence respiratoire < 10 OU La saturation en oxygène < 92 %

2) **Intoxication ou surdosage aigue à un stimulant**

- ❖ Pupilles dilatées
- ❖ Excitation, pensées qui défilent, troubles de la pensée, paranoïa
- ❖ Consommation récente de cocaïne ou d'autres stimulants
- ❖ Pouls élevé et pression sanguine augmentée
- ❖ Conduite agressive, erratique ou violente

3) Sevrage aigue aux opioïdes

- ❖ Antécédents de dépendance aux opioïdes, forte consommation récente ayant pris fin ces derniers jours
- ❖ Douleurs musculaires, crampes abdominales, céphalées Nausées, vomissements, diarrhée
- ❖ Pupilles dilatées
- ❖ Pouls et pression sanguine augmentés
- ❖ Bâillements, yeux qui pleurent et nez coulant, horripilation (chair de poule)
- ❖ Anxiété, agitation

4) Pharmacodépendance : cannabis autres stimulants, aux opioïdes et aux benzodiazépines

- ➢ Rechercher :

- ❖ Un désir irrépressible ou compulsif de prendre des substances psycho actives.

- Des difficultés à contrôler sa consommation : début, fin ou niveau de la consommation.
- Un état de sevrage physiologique lorsque la consommation a cessé ou a été réduite, comme le montre le syndrome caractéristique de sevrage ; ou utiliser la même substance (ou une substance étroitement apparentée) dans l'intention de soulager ou d'éviter les symptômes de sevrage.
- Indicateurs cliniques de la tolérance aux effets, de sorte que des doses accrues de substances sont nécessaires pour obtenir les effets produits à l'origine par des doses inférieures
- Abandon progressif d'autres plaisirs ou intérêts en raison de la consommation, durée plus longue nécessaire pour obtenir ou prendre une substance, ou pour se remettre de ses effets.
- Persistance de la consommation malgré des signes évidents de conséquences manifestement nocives.

CONDUITE A TENIR

1. Surdosage des sédatifs :

- Appliquer un traitement au niveau des voies aériennes, de la respiration et de la circulation
- 0,4 mg de naloxone par voie sous-cutanée i.m. ou i.v. (pour une surdose d'opioïdes mais inefficace en cas de surdose par d'autres sédatifs), à renouveler si nécessaire.
- Garder en observation pendant 1 à 2 heures après administration de la naloxone.
- En cas de surdose d'opioïdes d'action prolongée – transporter le sujet à l'hôpital pour lui poser une perfusion de naloxone ou pour le ventiler.

2. Intoxication ou surdosage aigue du à un stimulant

- Administrer du diazépam en doses titrées jusqu'à ce que la personne se calme et soit légèrement sédatée.
- Si les symptômes psychotiques ne répondent pas aux benzodiazépines, envisager alors des neuroleptiques à court terme. (NE PAS instituer un traitement neuroleptique à long terme.)
- Contrôler la pression sanguine, le pouls, la fréquence respiratoire, la température toutes les 2 à 4 heures.
- Si la personne se plaint d'une douleur thoracique, si elle présente des tachyarythmies ou si elle devient violente ou ingérable, la transférer à l'hôpital.
- Au cours de la phase de postintoxication – être attentif à l'émergence de pensées ou d'actes suicidaires.

3. Pharmacodépendance

- Indiquer clairement le diagnostic et informer la personne des risques d'effets dommageables à court et à long terme.
- Analyser les raisons qui font que la personne est toxicomane à l'aide de techniques d'intervention brèves.
- Conseiller à la personne d'arrêter totalement la consommation de cette substance et lui indiquer son intention de l'aider à le faire.

- Demander à la personne si elle est prête à essayer d'arrêter de consommer cette substance.

4. Dépendance au cannabis ou aux stimulants

- Prévoir une intervention brève plus intensive (c'est à dire, jusqu'à 3 séances, pouvant chacune durer jusqu'à 45 minutes).
- Traiter les symptômes de sevrage.
- Organiser une désintoxication si nécessaire.

5. Dépendance aux opioïdes

- Evaluer la gravité de la dépendance.
- Dans la plupart des cas, conseiller un traitement d'entretien par des agonistes opioïdes. (Également connu sous le nom de traitement de substitution des opioïdes, TSO).
- Administrer un TSO ou transférer le malade pour qu'il en reçoive un si c'est possible.
- Organiser la désintoxication prévue si nécessaire.

1. **Dépendance aux benzodiazépines**

    - Réduction progressive des doses de benzodiazépines administrées sous supervision ou diminution plus rapide des doses en milieu hospitalier.
    - Dans TOUS les cas

- Songer à orienter le malade vers des groupes d'entraide et des centres de réadaptation / traitement.
- Répondre aux besoins de logement et d'emploi.
- Fournir des informations et un soutien à la personne, aux aidants et aux membres de sa famille.
- Si elles sont disponibles, assurer des interventions psychosociales telles que le conseil ou la thérapie familiale, le conseil ou la thérapie par résolution de problèmes, la thérapie cognitivo-comportementale, la thérapie de renforcement de la motivation, l'organisation des contingences.
- Offrir des stratégies de réduction des effets dommageables aux consommateurs de drogues injectables.

13. HYSTERIE

13.1. Définition :

C'est un trouble névrotique caractérisée par la conversion corporelle d'un conflit psychique. Les crises hystériques, qui surviennent souvent en public, peuvent revêtir des formes très diverses : crise de nerfs, perte de connaissance, paralysie, convulsions, œdème, troubles circulatoires, etc. Elles sont sans cause organique : c'est un « langage corporel » par lequel l'hystérique exprime ses conflits inconscients. L'hystérie est une pathologie profonde et durable, vite invalidante.

13.2. Symptomatologie

1. **Sur le plan somatique**
    - ❖ Convulsions
    - ❖ Contractures
    - ❖ Paralysies
    - ❖ Troubles sensitifs (anesthésies)
    - ❖ Troubles sensoriels (visuels, auditifs, gustatifs…)
    - ❖ Troubles neurovégétatifs
    - ❖ Troubles trophiques (œdèmes)
2. **Sur le plan psychique**
    - ❖ Troubles de la conscience
    - ❖ Troubles de la mémoire
    - ❖ Troubles sexuels (impuissance, frigidité)
    - ❖ Personnalité hystérique : mythomanie,histrionisme,suggestible et de mauvais caractère

13.3. Etiologie

Refoulement d'un conflit œdipien non résolu

13.4. Diagnostics différentiels

- ❖ Pathologie organique
- ❖ Pathologie psychiatrique
- ❖ Simulation

13.5. Conduite à tenir

Les anxiolytiques ou les antidépresseurs peuvent atténuer les troubles, mais l'essentiel du traitement repose sur la psychothérapie.

Références Bibliographiques

1. American Psychiatric Association, Manuel Diagnostique des Troubles Mentaux (DSM-IV-TR), 4è Edition , texte révisé, Masson, Paris 2005

2. J Cambier, M. Masson, C.Masson, H.Dehen. Neurologie, 13è Edition, Elsevier Masson , 2012

3. Collège des Enseignents de Neurologie, Neurologie,Reussir les Epreuves Classantes Nationales ,3è Edition, Elsevier Masson, Paris , 2012

4. Leys D, Pruvo JP. Stratégie pratique en urgence face à un accident vasculaire Cérébral. Encycl Med Chir-Neurologie.2002; 17-046-A-30

Liste générale des experts et personnel d'appoint ayant participé à l'élaboration et/ou la validation technique et la finalisation des Guides cliniques thérapeutiques des prestataires des Hôpitaux Généraux de Référence en RDC

0. PHASE PREPARATOIRE (OSSATURE ET CONTENU DES DOCUMENTS) AU CENTRE THERESIANUM

N°	Prénom, nom et post-nom	Institution	N° téléphone	Email
1.	Dr José KUMUMANGI MALEKEA (Santé Publique)	DDSSP	0998054872 0823281865 0896437657	kumumang_ssbf@yahoo.fr
2.	Dr Matthieu KANDAL A KARUMB (Santé Publique)	DDSSP	0994595758 0825989792	matthieukandal@yahoo.com
3.	Dr Stéphane KWATA EWANDO (Santé Publique)	DDSSP	0815290798 0998399817	ewandokwata@gmail.com
4.	Dr Robert DJAMBA LAMA (Santé Publique)	DDSSP	0998841322 0811603892	djambalama@yahoo.fr
5.	Dr Daniel MUTEBA KOLONGO (Santé Publique)	PNLO	0812424732	danielmuteba2002@yahoo.fr
6.	Dr Christian SIBOKO BOLAMBA (Santé Publique)	DDSSP	0821518696	siboko400@yahoo.com
7.	CD Salomon NYOBI NTAMBU (Chirurgien Dentiste)	DDSSP	0898956475 0813550557	nyontasa@yahoo.fr
8.	Dr Josette ILUNGA MULEYA (Ophtalmologue + Santé Publique)	PNSOV	0853057557	joskikaya@yahoo.com
9.	Dr Tutu MUKUNA KATAMBAYI (Santé Publique)	DDSSP	0972253438	tutumukuna@yahoo.fr
10.	Dr Pantaléon LEWO DI MPUTU (Généraliste)	HGR SAINT LUC (Kisantu)	0815253616	pantallewo@yahoo.fr
11.	Dr Isabelle KOBANGANDA (Généraliste)	Kasaï Occidental (Kananga)	0994558943 0815669371	jeanrenemukendi@gmail.com
12.	Dr Alex IBANDA MATONDO (Généraliste)	HGR LUBUNGA (Kisangani)	0993438081	matondoalex@yahoo.fr alexibanda2010@gmail.com
13.	Dr Guy MUSSAMBA (Généraliste)	DDSSP	0998181789	gmussamba@gmail.com
14.	Mme Alphonsine MATABA TSHANGU	PNSM	0810991337	matabaalpho@yahoo.fr

N°	Prénom, nom et post-nom	Institution	N° téléphone	Email
	(Infirmière)			
15.	Dr Déo NSINGI KONDA (Gynécologue-Obstétricien)	HGR MAKALA	0990748517	deonsingi@gmail.com
16.	Dr Jean NDUNDU LUWAWU (Santé Publique)	HGR SAINT LUC (Kisantu)	0997414826	Jean.ndundu@yahoo.fr
17.	Dr Hubert KAKALO LISASI (Chirurgien)	HGR MAKISO (Kisangani)	0814983779	Thekakalo51@gmail.com
18.	Dr Thomas KABANGA KABUYA (Chirurgien)	HASC NDJILI	0999942324	thomaskabanga@gmail.com
19.	Dr Osée LIEKE LIKUNDA (Généraliste)	HGR MAKISO (Kisangani)	0824855041 0999882469	oselieke@yahoo.fr
20.	Dr Léonie MANYA KITOTO (Santé Publique)	DLM	0998527897 0823035935	manyaleonie@gmail.com manyaleonie@yahoo.fr
21.	Mme Germaine KIMBAMBU NSIANGANI (Pharmacienne + Santé Publique)	DDSSP	0812903812 0998370817	gkimbambu@yahoo.fr
22.	Mme Emilia NTUMBA NTUMBA (Infirmière)	DDSSP	0813107725	emientumba@gmail.com cellulecaps@yahoo.fr
23.	Dr Jolie BISHALA MUTOMBO (Généraliste)	DDSSP	0998723307	jbishala@yahoo.fr
24.	Dr Cathy AKELE ETANGO (Pédiatre)	HGR PEDIATRIQUE KALEMBELEMBE	0815252161	akelekat@yahoo.fr
25.	Dr Josephine NKOY BELILA (Interniste)	HGR NDJILI/ISTM	0998402890	docteurnkoy@gmail.com
26.	Dr Gérard KABAMBA MBWEBWE (Chirurgien)	HGRPK	0999921499	gerkabam@yahoo.fr

1. PHASE DE CONSOLIDATION DU DRAFT 0 EN DRAFT 1 AU PNMLS

N°	Prénom, nom et post-nom	Institution	N° téléphone	Email
1.	Dr José KUMUMANGI MALEKEA (Santé Publique)	DDSSP	0998054872 0823281865 0896437657	kumumang_ssbf@yahoo.fr

N°	Prénom, nom et post-nom	Institution	N° téléphone	Email
2.	Dr Raymond MUFWAYA (Santé Publique)	JICA	0819072842	raymondmufwaya@yahoo.fr
3.	Dr Matthieu KANDAL A KARUMB (Santé Publique)	DDSSP	0994595758 0825989792	matthieukandal@yahoo.com
4.	Dr Stéphane KWATA EWANDO (Santé Publique)	DDSSP	0815290798 0998399817	ewandokwata@gmail.com
5.	Dr Robert DJAMBA LAMA (Santé Publique)	DDSSP	0998841322 0811603892	djambalama@yahoo.fr
6.	Dr Daniel MUTEBA KOLONGO (Santé Publique)	PNLO	0812424732	danielmuteba2002@yahoo.fr
7.	Dr Christian SIBOKO BOLAMBA (Santé Publique)	DDSSP	0821518696	iboko400@yahoo.com
8.	CD Salomon NYOBI NTAMBU (Chirurgien Dentiste)	DDSSP	0898956475 0813550557	nyontasa@yahoo.fr
9.	Dr Josette ILUNGA MULEYA (Ophtalmologue + Santé Publique)	PNSOV	0853057557	joskikaya@yahoo.com
10.	Dr Tutu MUKUNA KATAMBAYI (Santé Publique)	DDSSP	0972253438	tutumukuna@yahoo.fr
11.	Mme Germaine KIMBAMBU NSIANGANI (Pharmacienne + Santé Publique)	DDSSP	0812903812 0998370817	gkimbambu@yahoo.fr
12.	Mme Emilia NTUMBA NTUMBA (Infirmière)	DDSSP	0813107725	emientumba@gmail.com cellulecaps@yahoo.fr
13.	Mlle Alphonsine KISUMBULE OYOMBA (Infirmière)	DDSSP	0816830139	alphkisumbule@gmail.com
14.	Dr Jolie BISHALA MUTOMBO (Généraliste)	DDSSP	0998723307	jbishala@yahoo.fr
15.	Dr Jeff MEMBA DIOWO (Santé Publique)	DDSSP	0814434534	drjeffmemba@yahoo.fr
16.	Dr Léonie MANYA KITOTO (Santé Publique)	DLM	0998527897 0823035935	manyaleonie@gmail.com manyaleonie@yahoo.fr
17.	Dr Wilfried MUTOMBO KALONJI (Santé Publique)	PNLTHA	0819940326	wmutombo@yahoo.fr

N°	Prénom, nom et post-nom	Institution	N° téléphone	Email
18.	Dr Papy MABANZA MENAYAKU (Santé Publique)	PNLS	0815164054	papmabanza@yahoo.fr

2. PHASE DE VALIDATION TECHNIQUE AU CENTRE THERESIANUM

N°	Prénom, nom et post-nom	Institution	N° téléphone	Email
1.	Dr José KUMUMANGI MALEKEA (Santé Publique)	DDSSP	0998054872 0823281865 0896437657	kumumang_ssbf@yahoo.fr
2.	Dr Anastasie MULUMBA MUJINGA (Médecin Biologiste)	OMS	0817006413	mulumbaa@who.int
3.	Dr Cosmas TSHEKE KOY (Santé Publique)	IMA	0812987252	tshekekoy@yahoo.fr
4.	Dr Ninette MBUYI NDAYA (Généraliste)	CARITAS CONGO	0999301449	ninette.mbuyi41@gmail.com
5.	Dr Christian NKENDA MPASI (Généraliste)	ECC	0814021221	chrisnkenda@gmail.com
6.	Dr Brigitte KINI NSIKU (Généraliste)	OMS	0817006417	kininsikub@who.int
7.	Dr Dieudonné MOTEMANKELE (Santé Publique)	GIZ	0991006688	dieudonne.motemankele@giz.de motemad1@yahoo.fr
8.	Dr Amina BANGANA (Spécialiste Nutrition)	UNICEF	0817106238 0996050399	abangana@unicef.org abangana@yahoo.fr
9.	Dr Moise KAKULE KANYERE (Généraliste)	DDSSP	0992304415 0812409889	kanyeremoise@gmail.com
10.	Dr Jean Caurent MANTSHUMBA BIKETE (Santé Publique)	Secrétariat Général	0818133511 0991382184	mantshumba@hotmail.com
11.	Dr Matthieu KANDAL A KARUMB (Santé Publique)	DDSSP	0994595758 0825989792	matthieukandal@yahoo.com
12.	Dr Stéphane KWATA EWANDO (Santé Publique)	DDSSP	0815290798 0998399817	ewandokwata@gmail.com

N°	Prénom, nom et post-nom	Institution	N° téléphone	Email
13.	Dr Robert DJAMBA LAMA (Santé Publique)	DDSSP	0998841322 0811603892	djambalama@yahoo.fr
14.	Dr Daniel MUTEBA KOLONGO (Santé Publique)	PNLO	0812424732	danielmuteba2002@yahoo.fr
15.	Dr José LIPEKENE BUSA BOPELE (Généraliste)	D12	0998366766 0841486683	jolipek@yahoo.fr
16.	Dr Christian SIBOKO BOLAMBA (Santé Publique)	DDSSP	0821518696	siboko400@yahoo.com
17.	CD Salomon NYOBI NTAMBU (Chirurgien Dentiste)	DDSSP	0898956475 0813550557	nyontasa@yahoo.fr
18.	Dr Josette ILUNGA MULEYA (Ophtalmologue + Santé Publique)	PNSOV	0853057557	joskikaya@yahoo.com
19.	Dr Véronique ASOBEE KOLOTE (ORListe)	HGRPK	0815169426 0899484406	drasovero@gmail.com
20.	Dr Tutu MUKUNA KATAMBAYI (Santé Publique)	DDSSP	0972253438	tutumukuna@yahoo.fr
21.	Dr Gérard KABAMBA MBWEBWE (Chirurgien)	HGRPK	0999921499	gerkabam@yahoo.fr
22.	Dr Josephine NKOY BELILA (Interniste)	HGR NDJILI/ISTM	0998402890	docteurnkoy@gmail.com
23.	Dr DEBONDT GARYN (Anesthésiste et Réanimateur)	HGR PEDIATRIQUE KALEMBELEMBE	0999937030 0859937030	garyndb@gmail.com
24.	Dr Jean Fidèle ILUNGA MUBAYI (Pédiatre)	PNIRA	0999927053	jfilunga@hotmail.com
25.	Dr Henry BONGO LYAMBA (Pédiatre)	HGRPK	0998526632	bongohenri@yahoo.fr
26.	Dr Jean José WOLOMBY MOLONDO (Gynécologue-Obstétricien)	CUK	0818133970 0998137662	jjwolomby@gmail.com
27.	Dr Jérôme SOKOLO GEDIKONDELE (ORListe)	CUK	0998134021	sokologedi@yahoo.fr
28.	Prof Dr Jean Pierre ELONGI MOYENE (Gynécologue-Obstétricien)	HGRPK	0818104366	elongi2002@yahoo.fr

N°	Prénom, nom et post-nom	Institution	N° téléphone	Email
29.	Mr Patrice KABANGU MUNDIDIMBI (Superviseur THA)	PNLTHA	0810318449	patricekab2007@yahoo.fr
30.	Dr Adelard NZANZU KALIMA (Interniste)	Nord Kivu (Butembo)	0997729057 0816767134	nzanzukalima@gmail.com
31.	Dr Génévième WASSASYA STAMILI (Dermatologue)	HGR PANZI Sud Kivu (Bukavu)	0993480363 0854733890	stamili@yahoo.fr
32.	Dr Marcellin BUGEME BAGUMA (Neuro-psychiatre)	Katanga (Lubumbashi)	0997014732	marcellinbugeme@yahoo.fr
33.	Dr Evariste LIKINDA BOFONDA (Neuro-Chirurgien)	Equateur (Mbandaka)	0858164183	evalik2@hotmail.com
34.	Dr Joseph LUKUSA KAPUTU KANDE (Interniste)	Kasaï Oriental (Mbuji Mayi)	0856119796 0993708410	joselukusakap@gmail.com
35.	Dr Chiara CASTELLANI (Gynécologue-Obstétricienne)	Bandundu (Kenge)	0810300128	bdomkenge@gmail.com
36.	Prof Dr Philippe MALU KANKU (Interniste)	UNIVERSITE DU KASAI (Kananga)	0812362091	malukanku2014@yahoo.fr
37.	Dr Lucien BOLUKAOTO BOME (Interniste)	Province Orientale (Kisangani)	0998633624 0853571639	drlucien2011@yahoo.fr
38.	Dr Roger MAHEMA LUTABU (Ophtalmologue)	Bas-Congo (Kimpese)	0815082947	mahemalut@yahoo.fr
39.	Dr Philippe TSHIMANGA KALOMBO (ORListe)	CUK	0815101278 0852401239	pkaltshim@yahoo.fr
40.	Dr Mimi MUKWAMU MUKENTO (Dermatologue)	HGRPK	0823970530 0850043875	mukwami@yahoo.fr
41.	CD Larson KABUENGE MAMBU (Chirurgien Dentiste)	HGRPK	0815088399	ikabuenge@gmail.com
42.	Dr Audace MAKAMBA MBONARIBA (Santé Publique)	Secrétariat Général	0859916015	makambaudace@gmail.com
43.	Mme Rita BOKEMPOSILA AKANTIMA (Biologiste Médicale)	HGRPK	0813626692	ritabokempo@yahoo.fr
44.	Mr Daddy YUMBU WANGANI (Pharmacien)	D2	0993736765 0817260850	yumbudaddy@gmail.com

N°	Prénom, nom et post-nom	Institution	N° téléphone	Email
45.	Mme Alexandrine VUHANGA NGOVI (Pharmacienne)	DPM	0812989679	vuhanga2014@gmail.com
46.	Mme Germaine KIMBAMBU NSIANGANI (Pharmacienne + Santé Publique)	DDSSP	0812903812 0998370817	gkimbambu@yahoo.fr
47.	Dr Ally NDJUKENDI OMBA (Neuro-psychiatre)	PNSM	0998247640 0810141653	drallyndjukendi@gmail.com
48.	Mme YABILI MALUNGA (Infirmière EASI)	PNSR	0818135354	yabilimalunga@hotmail.fr
49.	Mr Joseph MAVIANA APATAONE (Nutritionniste)	PRONANUT	0816566205	apataone@yahoo.fr bobomaviana@gmail.com
50.	Dr Tony BAKUKULU ITEMAIFANDA (Santé Publique)	PNLMD	0815119290 0998115490	jeantonybaku@yahoo.fr
51.	Dr Mamy FINA MAWETE (Interniste)	PNLT	0825000713 0816513864	mawete2014@gmail.com
52.	Dr Théodore ASSANI SALUBEZIA (Santé Publique)	PNLS	0997757616	drtheodoreassani@yahoo.fr
53.	Dr Donat MBALE IKONDE (Santé Publique)	Secrétariat Général	0998265047 0816251403	donatmbale@yahoo.fr
54.	Dr Justin KABONJO LUBALA (Santé Publique)	DDSSP	0994223604 0853720709	justinlubalakabonjo@gmail.com kajulu2000@yahoo.fr
55.	Mr Symphonie KALALA MUJANAY (Pharmacien)	DPM	0995874957	ksmsuccess@gmail.com
56.	Dr Ignace MULAMBA TSHIBANGU (Généraliste)	PNSSU	0811432851	ignacemulamba68@gmail.com ignacemulamba@yahoo.fr
57.	Dr Fernand NTUMBA KAYEMBE (Santé Publique)	DDSSP	0997524445	ntumbafernand@ymail.com
58.	Mme Emilia NTUMBA NTUMBA (Infirmière)	DDSSP	0813107725	emientumba@gmail.com cellulecaps@yahoo.fr
59.	Mlle Alphonsine KISUMBULE OYOMBA (Infirmière)	DDSSP	0816830139	alphkisumbule@gmail.com
60.	Dr Dickson VEYI TADULU (Chirurgien)	CUK	0818106788	taduluveyi@gmail.com

N°	Prénom, nom et post-nom	Institution	N° téléphone	Email
61.	Dr Trésor MVUNZI SWAMBULU (Généraliste)	CUK	0814450069	tresormvunzi@gmail.com
62.	Dr Christian MOTUTA AMISI (Parasitologue-Herpétologiste)	HGRPK	0895877431 0858618250	motuta2003@yahoo.fr
63.	Dr Xavier MUTSWA KAGU (Santé Publique)	BDOM	0998232013	xaviermutswa@gmail.com
64.	Mme Ghislaine MBELU KANYUNYU (Pharmacienne)	DPM	0998700303	ghislainemap@yahoo.fr
65.	Mme Marie Charlotte NTANKOY NKOMBE (Biologiste médicale)	ISTM	0818109738	sarkysetswaka@gmail.com
66.	Mr Cyrille MUTOMBO KALOMBO (Pharmacien)	DPM	0815771403	cyrille_mutombo@yahoo.fr
67.	Mme Marie Claire MOLEKA BADIBANGA (Pharmacienne)	DPM	0848448110 0993819970	molekabadibanga@gmail.com
68.	Mme Stéphanie TUMBA BINAMA (Informaticienne)	DDSSP	0998600296 0813448866	binamastephy@yahoo.fr
69.	Mme Thérèse BAMOLEKE MANGAZA (Informaticienne)	DDSSP	0817226965	*Non disponible*

3. PHASE DE FINALISATION EN DEUX ETAPES (AU CENTRE THERESIANUM ET AU JARDIN BOTANIQUE DE KISANTU)

N°	Prénom, nom et post-nom	Institution	N° téléphone	Email
1.	Dr Blanchard MUKENGESHAYI KUPA (Santé Publique)	SG/MSP	0999947138	mukkupa@yahoo.fr
2.	AG Paul NGANDU KATALA KAKOLE (Directeur a.i. Développement SSP)	DDSSP	0810375482	ngandukatalapaul@yahoo.com
3.	Dr José KUMUMANGI MALEKEA (Santé Publique)	DDSSP	0998054872 0823281865 0896437657	kumumang_ssbf@yahoo.fr

N°	Prénom, nom et post-nom	Institution	N° téléphone	Email
4.	Mme Germaine KIMBAMBU NSIANGANI (Pharmacienne + Santé Publique)	DDSSP	0812903812 0998370817	gkimbambu@yahoo.fr
5.	Dr Matthieu KANDAL A KARUMB (Santé Publique)	DDSSP	0994595758 0825989792	matthieukandal@yahoo.com
6.	Dr Fernand NTUMBA KAYEMBE (Santé Publique)	DDSSP	0997524445	ntumbafernand@ymail.com
7.	Dr Ignace MULAMBA TSHIBANGU (Généraliste)	PNSSU	0811432851	ignacemulamba68@gmail.com ignacemulamba@yahoo.fr
8.	Dr Josette ILUNGA MULEYA (Ophtalmologue + Santé Publique)	PNSOV	0853057557	joskikaya@yahoo.com
9.	CD Salomon NYOBI NTAMBU (Chirurgien Dentiste)	DDSSP	0898956475 0813550557	nyontasa@yahoo.fr
10.	Dr Mimi MUKWAMU MUKENTO (Dermatologue)	HGRPK	0823970530 0850043875	mukwami@yahoo.fr
11.	Dr Josephine NKOY BELILA (Interniste)	HGR NDJILI/ISTM	0998402890	docteurnkoy@gmail.com
12.	Mr Jean Marie MBUNGU MATA (Informaticien)	DDSSP	0998411630 0898974632	jmbungumata@hotmail.com
	Mme Stéphanie TUMBA BINAMA (Informaticienne)	DDSSP	0998600296 0813448866	binamastephy@yahoo.fr
13.	Dr Michel MULOHWE MWANA KASONGO (Santé Publique)	EU	0817009425	Michel.mulohwe-mwana-kasongo@eeas.org
14.	Dr Bernadette MBU NKOLOMONYI (Santé Publique)	OMS	0817006429	mbunkolomonyib@yahoo.fr
15.	AG Jean Norbert MBONZI MBUYA	DES	0815006951	jeanmbonzi@gmail.com
16.	Dr Raymond MUFWAYA NSENE (Santé Publique)	JICA	0819072842	mufwayaraymond.cd@jica.go.jp
17.	Dr Modeste KASEREKA MEPPA	PROSANI +	0972617665	mkasereka@msh.org
18.	Dr Alain IYETI MBOKO (Santé Publique)	DEP	0812679503	alainiyeti@yahoo.fr

N°	Prénom, nom et post-nom	Institution	N° téléphone	Email
19.	Dr Caroline BONDONGA MONKAMVULA	PNLS	0998124132	carobondong@yahoo.fr
20.	AG Jean Marie KAYUMBA LISAMBOLA	DDSSP	0998179216	Jeanmariekayumba0@gmail.com
21.	Dr Achille MUDIANDAMBU	PNLP	0998878055	achillemudia@gmail.com
22.	Dr Pierre SAMBU NZITA (Santé Publique)	SG	0817286071	sambunzita@yahoo.fr
23.	Dr Bibiche IZALE	SANRU	0971019139	bibicheizale@sanru.org
24.	Dr Dominique BAABO (Santé Publique)	UNICEF	0812979170	dbaabo@unicef.org
25.	Dr Ernest TSHIYOYO KABASELE (Santé Publique)	DDSSP	0997682463	ernesttshiyoyo@yahoo.fr
26.	Dr Célestin NSIBU NDOSIMAU (Pédiatre)	UNKIN	0999923676	celnsibu@hotmail.fr
27.	Dr Henri BONGO LYAMBA BOLOWETI (Pédiatre)	HGRPK	0998526632	bongohenri@yahoo.fr
28.	Dr Marie Josée LOSE (Pédiatre)	HGRPK	0815160969	mariejoséelose@gmail.com
29.	Tite NGUANGU (Informaticien)	CTFBR	0813084408	titenguangu@yahoo.fr
30.	Dr Serge THASSINDA (Informaticien)	SG	0810058464	sergethassin@gmail.com
31.	Dr Christian SIBOKO BOLAMBA (Santé Publique)	DDSSP	0821518696	siboko400@yahoo.com
32.	Mme Emilia NTUMBA NTUMBA (Infirmière)	DDSSP	0813107725	emientumba@gmail.com cellulecaps@yahoo.fr
33.	Dr Déo NSINGI KONDA (Gynécologue-Obstétricien)	HGR MAKALA	0990748517	deonsingi@gmail.com
34.	Dr José LIPEKENE BUSA BOPELE (Généraliste)	D12	0998366766 0841486683	jolipek@yahoo.fr

N°	Prénom, nom et post-nom	Institution	N° téléphone	Email
35.	Mlle Alphonsine KISUMBULE OYOMBA (Infirmière)	DDSSP	0816830139	alphkisumbule@gmail.com
36.	Dr Dickson VEYI TADULU (Chirurgien)	CUK	0818106788	taduluveyi@gmail.com
37.	Mme YABILI MALUNGA (Infirmière EASI)	PNSR	0818135354	yabilimalunga@hotmail.fr
38.	Dr Evariste LIKINDA BOFONDA (Neuro-Chirurgien)	SG	0858164183	evalik2@hotmail.com
39.	Dr Robert DJAMBA LAMA (Santé Publique)	DDSSP	0998841322 0811603892	djambalama@yahoo.fr
40.	Prof Dr Jean Pierre ELONGI MOYENE (Gynécologue-Obstétricien)	HGRPK	0818104366	elongi2002@yahoo.fr
41.	Dr Yves ILUNGA BANZE	IMA/ASSP	0823348884	yvesilunga@imaworldhealth.org
42.	Dr Jeff MEMBA DIOWO (Santé Publique)	MEMISA	0814434534	drjeffmemba@yahoo.fr
43.	NSARAZA BAGWASIZE (Chauffeur)	SG	0973949411	
44.	EDMOND MAKITA (Chauffeur)	DDSSP		