

L'association Africaine De Soins Palliatifs

Document de référence pour la formation et les directives cliniques pour l'utilisation des médicaments contrôlés dans la pratique clinique en République Démocratique du Congo.



Développé dans le cadre du
projet soutenu par l'UNODC/
Le Gouvernement Belge



QUELQUES CITATIONS SUR L'ÉDUCATION

Martin Luther King Jnr décrit l'éducation comme un processus de réflexion intensive et critique. Il a dit que l'intelligence et le caractère sont ensemble égaux à la véritable éducation.

Nelson Mandela: "L'éducation est l'arme la plus puissante pour changer le monde."

ISBN 978-9970-446-10-0

© L'association Africaine De Soins Palliatifs (APCA) 2023

Tous les droits sont réservés, qu'ils se réfèrent à tout ou partie du matériel, notamment les droits de reproduction d'images ou de textes, de traduction ou de réimpression. Les demandes d'autorisation de reproduire du texte ou des images, ou de traduire des publications de l'APCA, ou toute autre demande, doivent être adressées à APCA, PO Box 72518, Kampala, Ouganda. Tel: +256 393 246978, Fax: +256 312 264978, email: info@africanpalliativecare.org

L'utilisation de médicaments contrôlés dans la pratique clinique en Afrique: lignes directrices modèles et outil de référence a été développé avec le soutien de l'ONU DC par l'intermédiaire du Gouvernement Belge. L'Association Africaine De Soins Palliatifs assume seule la responsabilité du contenu de ce rapport, qui ne reflète pas nécessairement les vues des donateurs cités.

Ce modèle de lignes directrices et d'outil de référence fournit des lignes directrices pour l'utilisation de médicaments contrôlés dans la pratique clinique en Afrique. La ligne directrice peut être adaptée au contexte de chaque pays et de chaque institution.

TABLE DES MATIÈRES

Orientations sur l'utilisation des lignes directrices	5
Chapitre 1	
Introduction.....	6
Chapitre 2	
Contexte et communication.....	8
Chapter 3	
Les troubles mentaux, neurologiques et la toxicomanie.....	10
3.1 L'épilepsie ICD10 CODE : G40	16
3.2 La démence ICD10 CODE: F01, F03	10
3.3 Le Parkinsonisme ICD10 CODE: G20, G21	17
3.4 Le délire (état confusionnel aigu) ICD10 CODE: F05	18
3.5 L'anxiété ICD10 CODE: F40-F48	20
3.6 La dépression ICD10 CODE: F32, F33	22
3.7 La dépression post-natale ICD10 CODE : F53	24
3.8 Comportement suicidaire /automutilation ICD10 CODES : T14.91, Z91.5	25
3.9 Le trouble bipolaire (manie) ICD10 CODE: F30, F31	27
3.10 La Psychose ICD10 CODE: F20-F29	29
3.11 La psychose post-natale ICD10 CODE: F53	31
3.12 Les troubles de la consommation d'alcool ICD10 CODE: F10	32
3.12 Abus de substances ICD10 CODE: F11-F19	34
3.13 Troubles du comportement chez l'enfant ICD10 CODE: F90-F98	36
3.14. Troubles du développement chez l'enfant ICD10 CODE: F80-F89.....	37
Chapitre 4	
Les soins Palliatifs ICD10 CODE : Z51.5	39
4.1 La douleur.....	43
4.1.1 Gestion de la douleur chez les adultes.....	44
4.1.2 Gestion de la douleur chez les enfants	49
4.2 Autres conditions dans les soins palliatifs	49
4.2.1 L'essoufflement ICD10 CODE: R06.....	49
4.2.2 La nausée et le vomissement ICD10 CODE: R11	49
4.2.3 L'escarre (ulcères de décubitus) ICD10 CODE: L89	50
4.2.4 Les plaies fongiques.....	50
4.2.5 L'anorexie et la cachexie ICD10 CODE: R63.0 AND R64	51
4.2.6 Le hoquet ICD10 CODE: R06.6.....	51
4.2.7 La bouche sèche ou douloureuse ICD10 CODE: R68.2.....	52
4.2.8 Mucosite sévère ou ulcères aphteux.....	53
4.2.9 Les Autres symptômes nécessitant des médicaments contrôlés	53
4.3 Les soins en fin de vie	55
4.3.1 L'hydratation et la nutrition	56
4.3.2 Les soins de soutien	56

Chapter 5

Anaesthésie 57

5.1 Préparation en salle d'opération	58
5.2 La prise en charge pré-opératoire	58
5.3 Agents d'anesthésie générale.....	59
5.3.1 Thiopentone.....	59
5.3.2 Kétamine.....	60
5.3.3 Propofol	60
5.4 Les agents anesthésiques par inhalation	61
5.4.1 Halothane.....	61
5.5 Les relaxants musculaires	61
5.5.1 Suxaméthonium.....	61
5.5.2 Atracurium	62
5.5.3 Pancuronium	62
5.6 Sélection du type d'anesthésie pour le patient.....	62
5.6.1 Anesthésie générale avec respiration spontanée.....	62
5.6.2 Anesthésie générale avec ventilation contrôlée	63
5.6.3 Induction à séquence rapide de l'anesthésie générale	64
5.6.4 Les Techniques d'anesthésie régionale.....	64

Chapter 6

La chaîne d'approvisionnement efficace et efficiente pour les médicaments contrôlés en RDC 66

Liste des références et liste de lectures suggérées 68

GUIDE D'UTILISATION DES DIRECTIVES

Ce document a été élaboré dans le cadre du projet facilité par l'ONUUDC, financé par le gouvernement du Royaume Belgique et mis en œuvre par l'Association Africaine de Soins Palliatifs, afin d'améliorer l'accès aux médicaments sous contrôle international à usage médical et scientifique en République démocratique du Congo. Il constituera également le guide de référence de base pour la formation des agents de santé dans les hôpitaux de la RDC sur l'utilisation des médicaments contrôlés dans les domaines suivants :

1. Les troubles mentaux, neurologiques et la toxicomanie
2. Les soins palliatifs
3. L'anesthésie
4. La chaîne d'approvisionnement des médicaments contrôlés
5. L'obstétrique et autres disciplines

En outre, le contenu sera revu par les équipes techniques et les équipes focales en RDC afin d'adapter puis d'adopter de nouvelles directives cliniques sur l'utilisation des médicaments contrôlés dans la pratique clinique dans le pays.

CHAPITRE I

INTRODUCTION

INTRODUCTION

Ce document est rédigé par l'Association Africaine de Soins Palliatifs pour servir de guide de formation pour la formation des agents de santé sur les conditions pour lesquelles les médicaments contrôlés sont nécessaires.

Deuxièmement, il s'agit du document de base pour la révision, l'adaptation et l'adoption par le Ministère de la Santé de la République Démocratique du Congo en tant que directives cliniques pour l'utilisation de médicaments contrôlés pour les troubles mentaux, neurologiques, la toxicomanie, l'anesthésie et les soins palliatifs dans le pays.

Ce document fait partie du projet soutenu par l'ONU DC et financé par le gouvernement belge sur l'amélioration de l'accès aux médicaments contrôlés dans le pays de la RDC.

Le document sera revu par une équipe d'experts techniques de la RDC dans les domaines de la Pharmacie, de la Psychiatrie, de la Médecine Interne, de la Neurologie, de l'Anesthésie, de la Réduction des Risques/traitement de la Toxicomanie, et des Soins Palliatifs, du Contrôle de la Douleur et des Symptômes, afin d'adapter et d'adopter des directives cliniques nationales sur l'utilisation des médicaments contrôlés.

CHAPITRE 2

CONTEXTE ET COMMUNICATION

CONTEXTE ET COMMUNICATION

L'accès aux médicaments contrôlés est limité en RDC, comme l'ont montré les visites et évaluations initiales dans les institutions sanitaires, et cela est dû au manque de financement de l'accès par le gouvernement, aux prescripteurs insuffisamment préparés et formés et au manque de sensibilisation des décideurs, des agents de santé et des patients.

Pour bien utiliser les médicaments contrôlés, il est recommandé de développer des directives claires sur l'utilisation et la communication. Les agents de santé de toutes les disciplines qui interagissent avec les patients ayant besoin de médicaments contrôlés doivent accorder une attention particulière à la communication et à la présentation des informations aux patients sur leurs maladies, les médicaments prescrits, leurs effets secondaires, la manière de les garder et de les gérer.

En outre, grâce à des informations claires et fondées sur des données probantes, les professionnels de la santé doivent aider les patients et leurs familles à dissiper les mythes et les informations erronées concernant l'utilisation des médicaments contrôlés. Il faut donc donner aux patients les moyens d'utiliser correctement et de sécuriser leurs médicaments pour éviter le détournement et le mauvais usage.

CHAPTER 3

LES TROUBLES MENTAUX, NEUROLOGIQUES ET LA TOXICOMANIE

LES TROUBLES MENTAUX, NEUROLOGIQUES ET LA TOXICOMANIE

3.1 L'épilepsie ICD10 CODE : G40

Affection chronique caractérisée par des crises récurrentes non provoquées. Les crises sont provoquées par des décharges anormales dans le cerveau et se présentent sous deux formes différentes : les formes convulsives et non convulsives. L'épilepsie convulsive se caractérise par une contraction musculaire soudaine, entraînant la chute et l'immobilisation de la personne, suivie d'une alternance de relaxation et de rigidité des muscles, avec ou sans perte du contrôle des intestins ou de la vessie. L'épilepsie non convulsive se caractérise par des changements de conscience, de comportement, d'émotions ou de sens (comme le goût, l'odorat, la vue ou l'ouïe) similaires à ceux des troubles mentaux et peut donc être confondue avec ces derniers. Envisagez un diagnostic d'épilepsie si la personne a eu au moins deux crises convulsives au cours de la dernière année, à deux jours différents. Les crises survenues au cours d'un événement aigu (par exemple, une méningite ou une lésion cérébrale traumatique aiguë) ne sont pas des cas d'épilepsie.

LES CAUSES

- Génétique, malformation congénitale, asphyxie à la naissance, tumeur cérébrale
- Infections cérébrales, cysticerose, traumatisme (aigu ou antérieur)
- Troubles du métabolique

Dans certains cas, aucune cause spécifique ne peut être identifiée.

LES CARACTÉRISTIQUES CLINIQUES

Ils dépendent du type d'épilepsie :

a) **Épilepsie généralisée : La crise touche l'ensemble du cerveau, la conscience est perdue au début de la crise.**

i. Épilepsie tonico-clonique (grand-mal) ou convulsive caractérisée par :

- Peut commencer par une sensation d'avertissement sous forme de son, de lumière ou de douleur abdominale (aura).
- Il peut y avoir un cri aigu suivi d'une perte de conscience et d'une chute.
- Une contraction tonique (rigidité) des muscles se produit, suivie de mouvements saccadés.
- (phase clonique)
- Il peut y avoir incontinence d'urine ou de matières fécales, écume et morsure de la langue.
- Une période de sommeil profond suit.

ii. Les Crises d'absence (petit mal)

Principalement un trouble des enfants

- L'attaque se caractérise par une brève perte de conscience (5-10 secondes) au cours de laquelle la posture est conservée mais les autres activités cessent.
- L'enfant a un regard vide
- Les activités précédentes reprennent à la fin de la crise.
- Plusieurs crises peuvent survenir au cours d'une même journée.

iii. Les Crises atoniques ou toniques (crises qui font tomber le malade)

- Perte soudaine du tonus musculaire, de courte durée (15 secondes), avec maintien de la conscience ou
- Raideur soudaine des muscles

iv. L'épilepsie myoclonique

- Mouvements saccadés anormaux se produisant généralement dans les membres, mais pouvant impliquer l'ensemble du corps.

b) L'épilepsie focale : L'activité épileptique commence dans une seule zone du cerveau.

i. i. Simple

Le patient reste alerte mais présente des manifestations sensorielles, motrices, psychiques ou autonomes anormales, par exemple des secousses d'un membre, du déjà vu, des nausées, un goût ou une odeur étranges, des signes de dysfonctionnement des nerfs autonomes, par exemple des sueurs, des bouffées de chaleur et des sensations gastriques, une contraction motrice ou un changement sensoriel en un point particulier du corps.

ii. ii. Complexe

Altération de la conscience et du comportement, par exemple confusion, mouvements répétitifs.

c) iii. État épileptique

État convulsif dans lequel les convulsions durent >30 minutes ou plusieurs convulsions épileptiques se succèdent sans reprise de conscience entre les deux ou convulsions ne répondant pas à 2 doses de diazépam. Il s'agit d'une urgence médicale.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Syncope, hypoglycémie
- Hypocalcémie
- Trouble de la conversion, hyperventilation et attaques de panique

INVESTIGATIONS

- Une évaluation médicale complète, y compris les antécédents psychiatriques
- Electroencéphalogramme (EEG)
 - Utile dans l'épilepsie du petit mal et du lobe temporal.
 - Doit être effectué par un spécialiste (RR et NR)

Les autres examens sont guidés par la cause présumée

LA PRISE EN CHARGE

i. Les principes généraux

- Tous les cas suspects d'épilepsie non convulsive doivent être confirmés et traités par un spécialiste.
- L'épilepsie convulsive peut être diagnostiquée au niveau de l'hôpital, mais les renouvellements de médicaments doivent être disponibles à un niveau inférieur.
- Une brève crise isolée ne nécessite pas de traitement supplémentaire, mais il faut revoir le patient après 3 mois et le réévaluer. Traiter les patients présentant des épisodes répétés conformément à la définition
- Le traitement peut contrôler efficacement l'épilepsie dans la plupart des cas.

ii. Les antiépileptiques couramment utilisés comprennent :

Les crises tonico-cloniques généralisées

- Enfants <2 ans : *phénobarbital* ou *carbamazépine*
- Enfants de plus de 2 ans : *carbamazépine* ou *valproate*.
- Évitez le *phénobarbital* et la *phénytoïne* chez les enfants présentant une déficience intellectuelle et/ou des troubles du comportement.

Les crises d'absence :

Utilisez le *valproate* ou l'*éthosuximide*.

iii. Les premiers secours en cas de crise aiguë

- Ne pas retenir la personne ou lui mettre quelque chose dans la bouche.
- Protéger la personne contre les blessures : s'assurer qu'elle est dans un endroit sain, loin du feu ou d'autres choses qui pourraient la blesser.
- Ne laissez pas le patient seul. Demandez de l'aide si possible.
- Après la crise, vérifiez les voies respiratoires, la respiration et la circulation et, si la personne est inconsciente, mettez-la en position de récupération (sur le côté).
- La plupart des crises se résolvent spontanément. Si elles durent >3 minutes, donner du *diazépam 10 mg IV* ou rectal -- *Enfant : 0,05 mg/kg par voie rectale, 0,02 mg/kg IV*

iv. L'état de mal épileptique

Si vous ne répondez pas, considérez

- Dextrose 50% 1 mL/kg adultes et Dextrose 10% 5 mL/kg enfants
- *Diazépam* comme ci-dessus, répété après 5-10 min.

Si l'enfant ne réagit pas, envisager

- *Phénobarbital 10-15 mg/kg* lentement IV. Diluez la solution avec 10 fois son volume d'eau pour injections et administrer TRÈS LENTEMENT (à un allure $\leq 0,1$ mg/minute).
- Surveillez la tension artérielle et la respiration, soyez prêt à administrer des fluides IV si une hypotension se développe et ventilez avec un ballon Ambu en cas de dépression respiratoire.
- Ou phénytoïne 15-18 mg/kg sur 1 heure
- Ce produit est très caustique, utilisez donc une bonne ligne IV. L'extravasation causera des dommages aux tissus.

Si le patient ne réagit pas

- Donnez un autre médicament (si disponible) ou ajoutez *10 mg/kg de la phénytoïne* en 30 minutes.
- Surveillez la dépression respiratoire.

d) L'épilepsie chronique

PRINCIPES GÉNÉRAUX

- Commencez par une monothérapie. Il faut atteindre progressivement la dose efficace et surveiller la tolérance et les effets secondaires du patient. Visez la dose la plus faible capable de contrôler (prévenir) les crises.
- Si le traitement est inefficace (réduction de moins de 50 % des crises), essayez une autre monothérapie (réduisez lentement l'antiépileptique actuel et introduisez le nouveau)
- Si des doses élevées et des effets secondaires sont nécessaires et que les crises sont de toute façon peu fréquentes, un contrôle moins que complet peut être l'objectif.
- Suivi mensuel jusqu'à stabilisation, puis tous les 3 mois.
- Prévenez le patient que les interruptions de traitement peuvent déclencher des crises, voire un état épileptique.
- Si aucune crise n'a eu lieu pendant 2 ans et qu'il n'y a pas de cause connue comme un traumatisme crânien ou une infection, envisagez la possibilité d'arrêter le traitement (plus de 2 mois). Discutez-en avec le patient
- Si deux essais de monothérapie échouent, adressez-vous à un spécialiste.

Carbamazépine

Elle est efficace dans toutes les crises tonico-cloniques généralisées, les crises focales :

- Administré deux fois par jour, l'état d'équilibre est atteint en 8 jours.
- Adulte : dose initiale de 100-200 mg par jour et augmentation par paliers de 100 mg toutes les 1 à 2 semaines jusqu'à une dose d'entretien de 400 à 1400 mg par jour.
- Enfant : dose initiale de 5 mg/kg/jour et dose d'entretien de 10-30 mg/kg/jour en doses fractionnées.

Effets secondaires : éruption cutanée, diplopie, vision trouble, ataxie (démarche titubante), nausées.

Phénobarbital

Efficace pour les crises tonico-cloniques et les crises focales, mais il est sédatif chez les adultes et provoque des troubles du comportement et une hyperkinésie chez les enfants. Il peut être essayé pour les absences atypiques, les crises atoniques et toniques.

- Administré une fois par jour, le soir, pour réduire la somnolence.
- Adulte : dose initiale de 1 mg/kg (60 mg) par jour pendant 2 semaines, si non contrôlé, augmenter à 2 mg/kg (120 mg) pendant 2 mois, si non contrôlé, augmenter à 3 mg/kg (180 mg).
- Enfant : dose initiale de 2 mg/kg/jour pendant 2 semaines, en cas d'absence de contrôle, augmenter à 3 mg/kg pendant 2 mois, en cas d'absence de contrôle, augmenter jusqu'à un maximum de 6 mg/kg/jour.
- Il faut 2 à 3 semaines pour que le médicament atteigne des taux sanguins stables, aussi n'évaluez l'effet qu'après cette période.

Effets secondaires : somnolence, léthargie, hyperactivité et irritabilité chez les enfants, éruption cutanée, confusion chez les personnes âgées, dépression.

Phénytoïne

Efficace dans toutes les formes d'épilepsie sauf les absences.

- Adulte : dose initiale de 150-200 mg par jour en dose unique ou en 2 doses fractionnées et dose d'entretien de 200-400 mg par jour.
- Enfant : dose initiale de 3-4 mg/kg et dose d'entretien de 3-8 mg/kg/jour (max 300 mg par jour).
- Augmenter lentement de 25-30 mg toutes les 2 semaines

Effets secondaires : somnolence, ataxie, troubles de l'élocution, trouble visuelle, secousses musculaires, confusion, hyperplasie gingivale, anomalies sanguines, éruption cutanée, hépatite.

Valproate de sodium

Efficace dans les crises tonico-cloniques, les absences et les crises myocloniques. Il peut être essayé pour les absences atypiques, les crises atoniques et toniques.

- Administré 2 fois par jour
- Adulte : dose initiale de 600 mg par jour et dose d'entretien de 400 à 2000 mg par jour.
- Augmenter de 200 mg tous les 3 jours jusqu'à ce que le contrôle soit atteint.
- Enfant : dose initiale de 15-20 mg/kg/jour et dose d'entretien de 15-30 mg/kg/jour.
- Augmenter de $\frac{1}{4}$ à $\frac{1}{2}$ de la dose initiale tous les 3 jours jusqu'à obtention du contrôle.

Effets secondaires toxicité hépatique, troubles sanguins, troubles gastro-intestinaux, prise de poids, perte de cheveux transitoire. Surveillez la fonction hépatique et la numération intégrale sanguine.

Éthosuximide

Efficace dans les crises d'absence.

- Enfant de plus de 6 ans : initialement 500 mg par jour en 2 doses fractionnées, augmenter si nécessaire de 250 mg tous les 5 à 7 jours jusqu'à une dose quotidienne habituelle de 1 à 1,5 gramme en 2 doses fractionnées.
- Enfant de 1 mois à 6 ans : Initialement 250 mg en dose unique le soir, augmenter progressivement tous les 5-7 jours si nécessaire jusqu'à la dose habituelle de 20 à 40 mg/kg par jour en 2 doses fractionnées.

Effets secondaires : troubles gastro-intestinaux, troubles sanguins, hyperplasie gingivale, somnolence.

REMARQUE:

- Chez les enfants, recherchez la présence d'une déficience intellectuelle ou de troubles du comportement associés. S'ils sont présents, envisagez la carbamazépine ou le valproate. (évitiez **le phénobarbital et la phénytoïne**) et prenez en charge la déficience intellectuelle ou les troubles du comportement associés.
- Toutes les femmes enceintes épileptiques doivent être adressées à un spécialiste pour une prise en charge appropriée (la plupart des médicaments antiépileptiques présentent un risque accru de malformations congénitales).

Éducation sanitaire

- Éducation sanitaire des patients, des soignants et de la communauté
- Conseils sur la gestion des crises et les précautions à prendre.
- Chez les enfants, rechercher et prendre en charge la présence d'une déficience intellectuelle ou de troubles du comportement associés.

Prévention

- Bons soins prénatals et accouchement
- Évitez les facteurs de causalité

3.2 La démence ICD10 CODE: F01, F03

Trouble mental organique chronique à évolution lente, caractérisé par une perte progressive de la mémoire et des fonctions cognitives, avec des difficultés à accomplir les activités quotidiennes.

CAUSES

- Dégénérescence primaire du cerveau
- Les troubles vasculaires
- Les Infections (syphilis, tuberculose, VIH/sida, méningite)
- Les troubles métaboliques, par exemple hypothyroïdie
- Déficiences en vitamines B12 et B1
- Traumatisme cérébral (hématome sous-dural chronique, hydrocéphalie)
- Agents toxiques (monoxyde de carbone, alcool, etc.)

CARACTÉRISTIQUES CLINIQUES

- **Altération de la mémoire à court et à long terme**
- Altération du jugement, faible capacité d'abstraction
- Troubles du langage (aphasie)
- Changements de personnalité : peut devenir apathique ou replié sur lui-même, peut être associé à l'anxiété ou à la dépression en raison de la perte de mémoire, peut devenir agressif.
- Errance et incontinence à un stade avancé

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Vieillesse normale
- Délire, psychose chronique, dépression

INVESTIGATIONS

- Guider par l'anamnèse et le tableau clinique pour déterminer la cause du problème
- Examen physique, neurologique et mental approfondi.
- Laboratoire : hormones thyroïdiennes, taux de RPR et de vitamine B12, autres tests selon les indications.

PRISE EN CHARGE

- Si possible, identifiez et traitez la cause
- Interventions psychosociales :
 - Éducation des membres de la famille sur la maladie et sur le respect d'un programme de routine régulier
 - Fourniture d'informations d'orientation régulières
 - Création d'un environnement favorable aux activités de la vie quotidienne.
- Évaluez et traitez les autres problèmes de santé concomitants, comme la dépression ou le VIH.
- **En cas d'agitation** : *Halopéridol 0,5-1 mg* toutes les 8 heures avec une dose plus élevée la nuit si nécessaire. Ajuster la dose en fonction de la réponse et la revoir régulièrement, surveiller et traiter les effets secondaires extrapyramidaux avec du Benzhexol 2 mg toutes les 12 heures si nécessaires.

PRUDENCE

Il faut éviter le Diazepam dans la démence car il peut entraîner des chutes et n'est souvent pas efficace.

PRÉVENTION DE LA DÉMENCE :

- Éviter et traiter les causes évitables

3.3 Le Parkinsonisme ICDI0 CODE: G20, G21

Syndrome caractérisé par des tremblements, une rigidité, une bradykinésie (mouvements lents) et des troubles posturaux, dû à une dégénérescence primaire ou à des lésions de certaines zones du cerveau (ganglions de la base).

CAUSES

Parkinsonisme primaire :

- Cause est inconnue

Parkinsonisme secondaire :

- Infections, par exemple la maladie du sommeil, la syphilis.
- Empoisonnement, par exemple au manganèse ou au monoxyde de carbone.
- Médicaments, par exemple chlorpromazine, halopéridol.
- Troubles vasculaires, tumeur intracrânienne, traumatisme

CARACTÉRISTIQUES CLINIQUES

- Tremblement non intentionnel
- Rigidité musculaire
- Lenteur des mouvements volontaires
- Marche à pas rapides et courts (démarche traînante)
- Expression faciale vide (visage masqué)

- Salivation excessive
- Incontinence urinaire (se produit parfois)
- Troubles cognitive variables

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Tremblement essentiel (tremblement intentionnel isolé, bénin)
- Thyrotoxicose
- Démence, dépression

INVESTIGATIONS

- Antécédents et examen clinique corrects

PRISE EN CHARGE

- **Lévodopa-carbidopa 100/25 mg**
- Commencez par l(un) comprimé toutes les 8 heures (prise en charge uniquement par un spécialiste)

Uniquement pour le Parkinsonisme d'origine médicamenteuse

- **Benzhexol 2-15 mg par jour** en 1-3 doses divisées ; Initialement : 1 mg/jour ; augmenter par paliers de 2 mg à intervalles de 3 à 5 jours ; -- Dose habituelle : 6 à 10 mg/jour en 3 à 4 prises fractionnées ; des doses de 12 à 15 mg/jour peuvent être nécessaires.

MISE EN GARDE:

- **Les effets secondaires** du Benzhexol : la bouche sèche, la constipation, les palpitations, la rétention urinaire, la confusion et l'agitation (surtout chez les personnes âgées).
- Ne pas administrer **du Benzhexol** systématiquement aux patients sous **antipsychotiques** en l'absence d'effets secondaires de type Parkinson.
- Utilisez des doses plus faibles chez les personnes âgées

3.4 Le délire (état confusionnel aigu) ICD10 CODE: F05

Un syndrome clinique généralement d'apparition aiguë, qui implique des anomalies de la pensée et de la perception et un niveau de conscience fluctuant. Il est causé par une altération des fonctions cérébrales résultant d'un changement physiologique diffus.

CAUSES

- Les Infections, par exemple paludisme, trypanosomiase, syphilis, méningite, rage, fièvre typhoïde, VIH/SIDA.
- La pneumonie et les infections des voies urinaires chez les personnes âgées
- Intoxication ou sevrage d'alcool ou d'autres substances de dépendance
- Certains médicaments, par exemple les anticonvulsivants et les médicaments neuropsychiatriques.
- Pathologie cérébrale, par ex. traumatisme crânien, tumeur
- Anémie sévère, déshydratation
- Déséquilibres électrolytiques, hyperglycémie

LES CARACTÉRISTIQUES CLINIQUES

- Apparition aiguë d'une confusion mentale avec désorientation associée, se développant en quelques heures ou quelques jours. L'attention, la concentration et la mémoire des événements récents sont altérées.
- Réduction de la capacité à penser de manière cohérente : le raisonnement et la résolution de problèmes sont difficiles ou impossibles.
- Les illusions et les hallucinations sont fréquentes.
- Les symptômes ont tendance à fluctuer : les patients se sentent mieux le jour et moins bien la nuit.
- Certains patients peuvent présenter une activité et/ou un mouvement réduits (délire hypoactif).

LE DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Psychose aiguë

INVESTIGATIONS

- Guidé par l'anamnèse et l'examen physique : viser à identifier la cause

NB : LES ANTÉCÉDENTS MÉDICAMENTEUX SONT TRÈS IMPORTANTS!

- Numération sanguine complète, glycémie, fonction rénale et électrolytes.

PRISE EN CHARGE

En raison de la complexité des conditions sous-jacentes, les patients présentant un état confusionnel aigu doivent être référés à l'hôpital pour une prise en charge et des investigations appropriées.

Traitement du délire

- Identifiez et traitez la cause, comme les troubles liés à la consommation de substances et d'alcool, le diabète, les traumatismes crâniens ou les infections, par exemple le paludisme, l'infection urinaire, la pneumonie chez les personnes âgées.

Traitement de soutien

- Assurez l'hydratation, le contrôle de la fièvre, un environnement sain et calme, une surveillance constante.
- Ne pas administrer de médicaments inutiles, limiter l'utilisation de sédatifs et d'antipsychotiques au minimum nécessaire.

Si le patient est agité et fortement perturbé

- **Halopéridol 5 mg IM** : répétez après 60 min si nécessaire
- Continuez avec **l'halopéridol 1,25-5 mg** toutes les 8 à 12 heures
- Ou chlorpromazine 25-50 mg toutes les 8-12 heures (IM ou oral)
- **Trifluopérazine 5-10 mg** toutes les 12 heures

Si le patient est extrêmement agité :

- **Diazépam 5-10 mg par voie lente IV ou rectale**, répéter après 10-15 minutes si nécessaire, puis **diazépam oral 5-15 mg** le soir

PRÉVENTION

- Diagnostic précoce et traitement de la cause sous-jacente

3.5 L'anxiété ICD10 CODE: F40-F48

L'anxiété est une réponse physiologique normale, qui permet à une personne de prendre des mesures pour faire face à une menace. Lorsque l'anxiété se prolonge ou interfère avec les fonctions normales de l'individu, elle constitue l'état clinique d'un trouble anxieux.

CAUSES

- Pas entièrement comprises : des événements traumatiques externes peuvent déclencher l'anxiété chez des personnes prédisposées.
- Association avec d'autres troubles mentaux, par exemple la dépression, l'alcoolisme et la toxicomanie.

TYPES ET CARACTÉRISTIQUES CLINIQUES

- Anxiété généralisée : Inquiétude irrationnelle et excessive à propos de presque tout
- Crises de panique : Épisodes d'apparition soudaine d'une appréhension ou d'une peur intense ; les symptômes d'anxiété atteignent généralement leur maximum dans les 10 à 15 minutes et disparaissent en quelques minutes à une heure.
- Phobie : Peur excessive d'un stimulus connu (objet ou situation), par exemple les animaux, l'eau, un espace clos, qui amène la personne à éviter consciemment l'objet ou la situation.
- Trouble obsessionnel-compulsif : Pensées perturbatrices répétées associées à des actions qui prennent du temps pour réduire l'anxiété.
- Trouble du stress post-traumatique : Lorsqu'une personne qui a vécu un événement majeur mettant sa vie en danger commence à ressentir la même chose, soit en rêve, soit en pleine conscience plus tard dans sa vie, et essaie d'éviter de s'en souvenir et d'avoir des sentiments anxieux si intenses que sa vie est perturbée.

Chacun des types cliniques ci-dessus aura une ou plusieurs des manifestations suivantes :

- Problèmes de sommeil, d'humeur et de concentration.
- Palpitations, vertiges, essoufflement
- Tremblements, transpiration excessive.
- Facilement effrayé
- Autres symptômes : fréquence, hésitation ou urgence des mictions, diarrhée.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Envisagez des affections organiques comme l'hyperthyroïdie, l'hypoglycémie, le phéochromocytome.

PRISE EN CHARGE

- Interventions psychosociales : conseil, psychothérapie

Pour un épisode aigu ou une anxiété intense et prolongée:

- Benzodiazépines, par exemple **diazépam 5 mg 1-2** fois par jour' Augmenter si nécessaire à 15-30 mg par jour en doses fractionnées
- Pour les personnes âgées : Donnez la moitié de la dose ci-dessus ; Durée du traitement : 1 à 2 semaines, diminution progressive jusqu'à zéro dans les 6 semaines.
- En cas de mauvaise réponse : consulter un spécialiste
- **Fluoxétine 20 mg** une fois par jour pour le traitement à long terme du trouble anxieux.
- Continuer l'antidépresseur pendant 4 à 6 semaines, puis évaluer la réponse.

ATTENTION !

- **Le diazépam** crée une dépendance et un arrêt brutal peut provoquer des symptômes de sevrage. Utilisez-le pendant de courtes périodes et réduisez progressivement la dose.
- Évitez l'alcool

NOTES

- **Le diazépam** n'est PAS approprié pour traiter la dépression, les états phobiques ou obsessionnels, ou les psychoses chroniques (voir les sections pertinentes pour plus d'information).
- Antidépresseurs : Peuvent être utiles pour gérer les troubles paniques et autres troubles anxieux qui nécessitent un traitement à long terme.

PRÉVENTION

- Bon développement de la personnalité
- Bonne gestion du stress

3.6 La dépression ICD10 CODE: F32, F33

Il s'agit d'un trouble courant qui se caractérise par une baisse de l'humeur, une perte d'intérêt et de plaisir et une diminution de l'énergie, entraînant une diminution de l'activité et, dans les formes graves, une difficulté à fonctionner au quotidien.

CAUSES

- Facteurs biologiques, génétiques et environnementaux

CARACTÉRISTIQUES CLINIQUES

Pendant au moins deux semaines, la personne a présenté au moins deux des symptômes ci-dessous :

- Faible humeur (presque toute la journée, presque tous les jours)
- Perte d'intérêt ou de plaisir pour des activités qui sont normalement agréables.
- Manque d'énergie associé, faiblesse corporelle ou fatigue facile

Pendant les deux semaines, la personne présente également certains des symptômes ci-dessous :

- Difficulté à se concentrer, attention réduite
- Diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi
- Mauvais sommeil, mauvais appétit, libido réduite
- Vision sombre et pessimiste de l'avenir
- Sentiment de culpabilité et d'indignité
- Douleurs corporelles multiples ou autres symptômes somatiques médicalement inexplicables
- Idées ou actes d'automutilation ou de suicide (jusqu'à 65 % des patients).
- Les enfants et les adolescents présentent généralement de l'irritabilité, une phobie de l'école, de l'absentéisme, de mauvais résultats scolaires, un abus d'alcool et de drogues.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Dysfonctionnement de la thyroïde (hypothyroïdie)
- Dysfonctionnement des glandes surrénales (maladie d'Addison)
- Maladie de Parkinson, accident vasculaire cérébral, démence
- Trouble de l'anxiété

INVESTIGATIONS

- Antécédents médicaux, sociaux et personnels
- Vérifiez s'il y a eu un deuil ou une autre perte personnelle importante.
- Vérifiez si la personne a eu un épisode de manie dans le passé : si c'est le cas, envisagez un traitement pour le trouble bipolaire et consultez un spécialiste.
- Déterminez si la personne présente des caractéristiques psychotiques, par exemple des hallucinations (voir la section sur la psychose).
- Déterminez s'il y a des problèmes de santé concomitants (par exemple, le VIH/sida) ou une consommation excessive d'alcool ou de drogues.
- Évaluez le risque d'automutilation/suicide.

PRISE EN CHARGE

Première ligne :

- Un soutien psychologique peut être suffisant dans les cas légers :
 - Psychoéducation (conseil au patient et à la famille)
 - Traitement des facteurs de stress actuels (abus, négligence...)
 - Réactivation des réseaux sociaux
 - Activités physiques structurées
 - Suivi régulier
- Gérez les problèmes médicaux physiques concomitants
- Traiter les problèmes mentaux coexistants, par exemple la toxicomanie.
- Si possible, envisager une psychothérapie (thérapie cognitivo-comportementale, psychothérapie interpersonnelle, activation comportementale, etc.) En cas de deuil ou d'une autre perte personnelle majeure
- Conseils et soutien
- Ne pas envisager de médicaments ou de psychothérapie en première intention

Si vous ne répondez pas à toutes les questions ci-dessus:

- Envisagez des antidépresseurs
 - NE PAS utiliser chez les enfants de moins de 12 ans
 - Adolescents : uniquement sous contrôle d'un spécialiste
- **Fluoxétine 20 mg** une fois par jour le matin
 - Commencez par 10 mg chez les personnes âgées
 - Si l'état ne s'améliore pas après 4-6 semaines, augmenter à 40 mg.
- Ou **Amitriptyline 50 mg** au coucher
 - Augmentez de 25 mg chaque semaine pour atteindre 100-150 mg en doses fractionnées ou en dose unique au coucher après 4-6 semaines de traitement.
 - Utile en cas d'anxiété associée
 - À éviter chez les adolescents, les personnes âgées, les personnes souffrant de maladies
 - cardiaques ou présentant des risques de suicide.

Si le patient répond au traitement :

- Continuez pendant au moins 9-12 mois
- Envisagez l'arrêt du traitement si le patient n'a pas de symptômes dépressifs et est capable de mener des activités normales depuis au moins 9 mois.
 - Conseillez le patient sur les symptômes de sevrage (étourdissements, picotements, anxiété, irritabilité, nausées, maux de tête, troubles du sommeil).
 - Conseillez le patient sur la possibilité d'une rechute et sur le moment où il doit revenir.
 - Réduisez lentement sur au moins 4 semaines, voire plus lentement si les symptômes de sevrage sont importants.
 - Surveillez périodiquement la réapparition des symptômes.

En cas de femme enceinte, d'enfant, d'adolescent, de patients ne répondant pas au traitement par antidépresseur, de caractéristiques psychotiques, d'antécédents de manie : **Reférez vers une prise en charge spécialisée**

ATTENTION

- Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) dans la dépression bipolaire peuvent déclencher un épisode maniaque.
- En cas d'antécédents de manie, consulter un spécialiste.

PRÉVENTION

- Compétences en matière de gestion du stress
- Promotion de réseaux de soutien social utiles

3.7 La dépression post-natale ICD10 CODE : F53

État caractérisé par une humeur dépressive persistante se développant pendant la période puerpérale, généralement une ou deux semaines après l'accouchement. Elle nécessite une évaluation et un traitement spécialisés.

Les symptômes dépressifs légers (tristesse, larmoiement, irritabilité, anxiété) se développent généralement au cours de la première semaine suivant l'accouchement mais disparaissent dans les deux semaines ("baby blues") : ils ne nécessitent généralement QUE des conseils et un soutien.

FACTEURS DE RISQUE

- Antécédents psychiatriques
- Événements stressants récents
- Jeune âge, premier bébé (primigeste) et peur associée à la responsabilité du nouveau-né.
- Mauvaise relation conjugale, faible soutien social

CARACTÉRISTIQUES CLINIQUES

- Commence peu après l'accouchement et peut durer un an ou plus.
- Sentiments de tristesse avec épisodes de pleurs, anxiété, irritabilité marquée, tension, confusion.
- Sentiment de culpabilité de ne pas aimer suffisamment le bébé
- Perte de sentiments positifs à l'égard des personnes aimées
- Refus d'allaiter le bébé
- Idées de faire du mal au bébé

Psychose du post-partum

- Distorsions de la pensée et de la perception, ainsi qu'une gamme d'émotions inappropriée ou réduite.

PRISE EN CHARGE

- Évaluation systématique des symptômes dépressifs lors des visites postnatales ou au moins une fois toutes les 6 semaines.
- Conseils et réconfort lors du premier contact et révision après 2 semaines.
- Si les symptômes persistent, orientez la patiente vers un traitement spécialisé : - psychothérapie et -- antidépresseurs, comme indiqué dans la section sur la dépression ci-dessus.
- En cas de pensées suicidaires ou de risque pour la mère et/ou le bébé, adressez-vous d'urgence à un hôpital.

PRÉVENTION

- Conseil, soutien et suivi du post-partum
- Identification des patientes à risque
- Participation et soutien des hommes

3.8 Comportement suicidaire/automutilation ICD10 CODES : T14.91, Z91.5

Le comportement suicidaire est une urgence et nécessite une attention immédiate. Il s'agit d'une tentative d'acte conscient d'autodestruction, que l'individu concerné considère comme la meilleure solution. Il est généralement associé à des sentiments de désespoir, d'impuissance et de conflit entre la survie et la mort.

L'automutilation est un terme plus large qui désigne l'empoisonnement intentionnel ou les blessures auto-infligées, avec ou sans intention d'issue fatale.

CAUSES/FACTEURS DE RISQUE

- Maladie physique, par exemple VIH/SIDA, traumatisme crânien, tumeurs malignes, défiguration corporelle, douleur chronique.
- Troubles psychiatriques : dépression, psychose chronique, démence, troubles de l'alcoolisme et de la toxicomanie, troubles de la personnalité, épilepsie, etc.

Le risque est élevé dans les cas suivants :

- Patient âgé plus de 45 ans
- Consommation d'alcool et de drogues
- Antécédents de tentatives de suicide
- Antécédents familiaux de suicide
- Antécédents de perte ou de déception récente
- Maladie mentale actuelle (dépression, psychose, etc.)
- Preuve de comportement violent ou d'admission psychiatrique antérieure

Le risque peut être faible si le patient est:

- < 45 ans
- Marié ou dans une relation interpersonnelle stable
- Employé(e)
- En bonne santé physique

LES CARACTÉRISTIQUES CLINIQUES

Les patients peuvent se présenter dans l'une des situations suivantes :

- Une tentative de suicide ou d'automutilation en cours
- Une situation de risque imminent de tentative de suicide ou d'automutilation ; Des pensées ou des plans actuels de suicide ou d'automutilation ou des antécédents de pensées ou de plans de suicide ou d'automutilation au cours du dernier mois, ou des actes d'automutilation ou des tentatives de suicide au cours des dernières années et plus -- La personne est agitée, violente, en détresse émotionnelle ou non communicative et socialement isolée, sans espoir.
- Situation sans risque imminent mais avec des pensées ou des projets de suicide ou d'automutilation au cours du dernier mois ou des actes d'automutilation ou des tentatives de suicide au cours de la dernière année chez une personne qui n'est pas en détresse aiguë.

INVESTIGATIONS

- Complétez les antécédents médicaux, sociaux et familiaux
- Demandez au patient s'il a des pensées, des plans ou des actes suicidaires ou d'automutilation et les raisons de ces actes. Le fait de poser des questions sur l'automutilation ou le suicide n'augmente pas le risque de ces actes. Au contraire, cela peut aider le patient à se sentir compris et considéré. Essayez d'abord d'établir une bonne relation avec le patient avant de lui poser des questions.
- Évaluez toujours le risque de suicide et d'automutilation chez les patients souffrant d'une autre maladie mentale (dépression, manie, psychose, abus d'alcool et de substances, démence, troubles du comportement ou du développement), de douleurs chroniques ou de détresse émotionnelle grave.

PRISE EN CHARGE

Si comportement suicidaire aigu/acte d'automutilation ou risque imminent :

- Admettre le patient et traiter toute complication médicale (hémorragie, empoisonnement, etc.).
- Maintenez le patient dans un environnement sûr et favorable ; ne le laissez pas seul et retirez-lui tout moyen de s'automutiler.
- Surveillance continue
- Proposer/activer un soutien psychosocial
- Consulter un spécialiste de la santé mentale
- Traiter tout problème médical et mental présent

Si aucun risque est imminent :

- Offrez/activez un soutien psychosocial
- Reférez le patient vers un spécialiste de la santé mentale pour une évaluation plus approfondie
- Mettre en place un suivi régulier

REMARQUE :

Le suicide est moins fréquent chez les enfants et les adolescents, mais le risque est plus élevé en cas d'antécédents familiaux perturbés (décès des parents, divorce, etc.), de consommation d'alcool et d'autres drogues, de maladie physique ou de troubles psychiatriques.

PREVENTION

- Identifiez et gérez les facteurs de risque
- Dépistage et identification précoce des patients à risque
- Assurez un bon soutien psychosocial
- Restreignez l'accès aux moyens d'automutilation
- Développez des politiques visant à réduire l'usage nocif de l'alcool

3.9 Le trouble bipolaire (manie) ICD10 CODE: F30, F31

Trouble du contrôle de l'humeur caractérisé par des épisodes dans lesquels l'humeur et le niveau d'activité de la personne sont significativement perturbés : dans certaines occasions, il y a une élévation de l'humeur et une augmentation de l'énergie et de l'activité (manie) et dans d'autres occasions, il y a une baisse de l'humeur et une diminution de l'énergie et de l'activité (dépression).

De manière caractéristique, la récupération est complète entre les épisodes.

CAUSES

- Facteurs biologiques, génétiques et environnementaux

LE CARACTÉRISTIQUES CLINIQUES

Le patient peut se présenter dans un épisode maniaque aigu, dans un épisode dépressif ou entre les deux.

Manie

- Humeur haute, expansive ou irritable.
- Augmentation de l'élocution avec fuite des idées (bavardage accru)
- Image de soi accrue, agitation, suractivité
- Diminution du besoin de sommeil
- Idées de grandeur, libido accrue
- Augmentation de l'appétit, mais perte de poids en raison d'une activité excessive.
- Des hallucinations auditives et visuelles peuvent être présentes

La dépression

- Comme pour la dépression décrite ci-dessus, mais avec des antécédents d'épisode maniaque.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- États mentaux organiques, par exemple intoxication par la drogue ou l'alcool, délire.
- Psychose chronique

INVESTIGATIONS

- Bonne histoire médicale, sociale et personnelle
- Évaluez l'état aigu de la manie.
- En cas de symptômes dépressifs, rechercher des épisodes maniaques antérieurs.
- Déterminer s'il existe d'autres problèmes médicaux ou mentaux (alcoolisme ou toxicomanie, démence, suicide ou automutilation).

PRISE EN CHARGE

Les patients chez qui l'on soupçonne un trouble bipolaire doivent être orientés vers une évaluation spécialisée.

Symptômes multiples comme ci-dessus pendant > 1 semaine et suffisamment graves pour interférer avec les activités professionnelles/sociales et/ou nécessitant une hospitalisation :

- Arrêtez les antidépresseurs s'il y en a.
- Fournissez des conseils et une éducation
- **Chlorpromazine initialement 100-200 mg** toutes les 8 heures, puis ajuster en fonction de la réponse ; des doses quotidiennes allant jusqu'à 300 mg peuvent être administrées en une seule dose le soir et réduire progressivement la dose lorsque les symptômes de manie disparaissent et maintenir les doses comme indiqué dans la section sur la psychose chronique.
- Soit **halopéridol initialement 5-10 mg** toutes les 12 heures puis ajuster selon la réponse jusqu'à 30-40 mg par jour peuvent être nécessaires dans les cas sévères ou résistants.
- Ou **trifluopérazine, initialement 5-10 mg** toutes les 12 heures, puis ajuster en fonction de la réponse jusqu'à 40 mg ou plus par jour dans les cas graves ou résistants.

Si Sous surveillance d'un spécialiste : initier un stabilisateur de l'humeur :

- **Carbamazépine dose initiale de 200 mg** le soir, augmentez lentement à 600-1000 mg/jour en doses fractionnées
- Ou Valproate dose initiale de 500 mg/jour. Dose d'entretien habituelle de 1000-2000 mg

En cas d'agitation/de nervosité, ajouter une benzodiazépine pendant une courte période (jusqu'à ce que les symptômes s'améliorent).

- **Diazépam 5-10 mg** toutes les 12 heures.

REMARQUE :

Si des effets secondaires extrapyramidaux (rigidité musculaire, écoulement de salive, protrusion de la langue, tremblements) sont présents pendant le traitement par des antipsychotiques, ajouter un anticholinergique : **Benzhexol**, initialement 2 mg toutes les 12 heures, puis réduire graduellement à une fois par jour et finalement donner 2 mg seulement lorsque nécessaire.

La dépression bipolaire

Symptômes dépressifs mais avec des antécédents d'épisode maniaque/diagnostic de trouble bipolaire

- Conseillez sur le trouble bipolaire
- Commencez un traitement avec un stabilisateur d'humeur (carbamazépine ou valproate, voir ci-dessus).

- Psychoéducation et psychothérapie si disponibles
- En cas de dépression modérée/sévère, envisagez un traitement par antidépresseur en plus du stabilisateur d'humeur MAIS sous surveillance spécialisée (il existe un risque de déclencher un épisode maniaque).

Entre les épisodes, indication de l'utilisation de stabilisateurs de l'humeur pour prévenir à la fois les épisodes maniaques et dépressifs ; 2 épisodes ou plus (2 maniaques ou 1 maniaque et 1 dépressif) 1 épisode maniaque sévère impliquant un risque et des conséquences significatifs.

- **Valproate** (ou carbamazépine) comme ci-dessus

ATTENTION

- Évitez les stabilisateurs de l'humeur chez les femmes enceintes. Utiliser une faible dose d'halopéridol si nécessaire
- Utilisez des doses plus faibles chez les personnes âgées
- référez les adolescents vers une prise en charge spécialisée

PRÉVENTION

- Bon soutien psychosocial

3.10 La Psychose ICD10 CODE: F20-F29

Un état mental caractérisé par des distorsions de la pensée et de la perception, ainsi que par une gamme d'émotions inappropriée ou réduite.

CAUSES

- Non connu, mais il existe des facteurs biologiques, génétiques et environnementaux associés.

LES CARACTÉRISTIQUES CLINIQUES

Un ou plusieurs de ces éléments peuvent être diagnostiqués :

- Délires (croyances anormales, fixes, fausses) ou soupçons excessifs et injustifiés (pouvant être multiples, fragmentés ou bizarres).
- Idées déconnectées avec un discours vague ou incohérent et un contenu inadéquat.
- Hallucinations : entendre des voix ou voir des choses dont les autres ne sont pas témoins.
- Anomalies graves du comportement : agitation ou comportement désorganisé, excitation, inactivité ou suractivité.
- Perturbation des émotions telles qu'une apathie marquée ou une déconnexion entre les émotions rapportées et l'effet observé.
- L'humeur est généralement inappropriée
- Difficulté à nouer et à entretenir des relations
- Retrait social et négligence des responsabilités habituelles

PSYCHOSE CHRONIQUE OU SCHIZOPHRÉNIE

- Symptômes de psychose durant 3 mois ou plus
- Accompagnés d'une détérioration du fonctionnement social, général et professionnel

DIAGNOSTICS DIFFÉRENTIELS

- Intoxication ou sevrage d'alcool et de drogues
- Délire organique, démence, troubles de l'humeur

INVESTIGATIONS

- Bons antécédents sociaux, personnels et familiaux
- Examens de laboratoire pour les maladies infectieuses, par exemple le VIH et la syphilis.

GESTION

Psychose aiguë

- Conseil/psychoéducation du patient et des garde-malade

Médicaments antipsychotiques :

- **Chlorpromazine : dose initiale de 75-150 mg** par jour et dose d'entretien de 75-300 mg par jour. Jusqu'à 1000 mg par jour en prises fractionnées peuvent être nécessaires pour les personnes souffrant de troubles graves.

Ou

- **Halopéridol : dose initiale de 5-10 mg** par jour (plus faible chez les personnes âgées) et dose d'entretien de 5-20 mg par jour en doses fractionnées.
- Administrez par voie orale ou IM (Intramusculaire) pour les personnes souffrant d'agitation.
- N'utilisez qu'un seul antipsychotique à la fois.
- Ajustez graduellement les doses en fonction de la réponse
- Surveillez les effets secondaires, par exemple les effets secondaires extrapyramidaux.
- Utilisez la dose thérapeutique pendant 4-6 semaines pour évaluer l'effet.
- Interventions psychologiques (thérapie familiale ou thérapie par les compétences sociales) si possible.
- Assurez un suivi
- En cas de psychose aiguë, poursuivre le traitement pendant au moins 12 mois. Discutez de l'arrêt du traitement avec le patient, les soignants et le spécialiste.

Si effets secondaires extrapyramidaux :

- Ajoutez un anticholinergique : **Benzhexol initialement 2 mg** toutes les 12 heures puis réduire progressivement à une fois par jour et finalement donner 2 mg seulement quand c'est nécessaire.

En l'absence de réponse, consultez un spécialiste.

La psychose chronique

Traitez comme ci-dessus, mais si la compliance est un problème ou si le patient le préfère, utilisez :

- **Décanoate de fluphénazine 12,5-50 mg** toutes les 2-5 semaines par voie IM profonde dans le muscle fessier.

Ou

- **Halopéridol injectable (huileux) 50-200 mg** (300 mg) par voie IM profonde dans le muscle fessier toutes les 3-4 semaines.

3.11 La psychose post-natale ICD10 CODE: F53

La psychose du post-partum est la forme la plus grave de maladie psychiatrique du post-partum.

CAUSES

- Peu connu, mais les changements hormonaux peuvent jouer un rôle.

FACTEURS PRÉDISPOSANTS

- Premier enfant
- Episode antérieur de psychose post-natale
- Antécédents psychiatriques importants
- Antécédents familiaux de maladie mentale
- Soutien psychosocial inadéquat pendant la grossesse
- Infections au début de la puerpéralité

LES CARACTÉRISTIQUES CLINIQUES

- Les symptômes se développent dans les deux premières semaines du post-partum (parfois dès 48-72 heures après l'accouchement).
- L'état ressemble à un épisode maniaque ou mixte qui évolue rapidement, avec des symptômes tels que l'agitation et l'insomnie, l'irritabilité, une humeur dépressive ou exaltée qui change rapidement et un comportement désorganisé.
- La mère peut avoir des croyances délirantes en rapport avec le nourrisson (par exemple, le bébé est défectueux ou mourant, le bébé est Satan ou Dieu) ou elle peut avoir des hallucinations auditives qui lui ordonnent de se faire du mal ou de faire du mal à son nourrisson.
- Le risque d'infanticide et de suicide est élevé.

LE DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Dépression avec caractéristiques(traits) psychotiques
- Manie, psychose chronique

INVESTIGATIONS

Bonne anamnèse, évaluation physique et psychiatrique

PRISE EN CHARGE

- Il s'agit d'une urgence psychiatrique : admission à l'hôpital
- Traitez toute cause/précipitation identifiable, par exemple une infection.
- **Halopéridol 10 mg ou Chlorpromazine 200 mg** [Injection intramusculaire ou comprimés] toutes les 8 ou 12 heures. Surveillez la réponse au médicament et ajustez la posologie en conséquence.
- En cas d'agitation, ajoutez **5 à 10 mg de diazépam** par voie rectale ou intraveineuse en perfusion lente ; répéter après 10 minutes si l'agitation persiste ; -- Continuez avec **5 mg de diazépam en comprimé toutes les 12 heures** jusqu'à ce que le patient soit calme.
- Référez le patient à un spécialiste

NOTES

- Les psychoses post-natales ne sont pas différentes des autres psychoses similaires, il faut prévoir des interventions psychosociales et un traitement médicamenteux simultanés.

PRÉVENTION

- Dépistage prénatal approprié, bon soutien psychosocial
- Détection et traitement précoce
- Adhésion au traitement d'une maladie mentale actuelle (dépression, bipolarité, psychose chronique, etc.).

3.12 Les troubles de la consommation d'alcool ICD10 CODE: F10

Affections résultant de différents modes de consommation d'alcool, notamment l'intoxication alcoolique aiguë, l'usage nocif de l'alcool, le syndrome de dépendance à l'alcool et l'état de manque.

CAUSES

- Génétique
- Facteurs sociaux et environnementaux, y compris la disponibilité
- Le stress, l'influence des pairs
- Troubles de la personnalité

LES CARACTÉRISTIQUES CLINIQUES

Intoxication aiguë

- État transitoire consécutif à l'absorption d'alcool entraînant des troubles de la conscience, de la cognition, de la perception, de l'affect ou du comportement.

Consommation nocive d'alcool

- Mode de consommation d'alcool qui cause des dommages à la santé, physique (par exemple, maladie du foie) ou mentale (par exemple, trouble dépressif). Critères : Plus de 5 verres en une seule occasion au cours des 12 derniers mois ou plus de 2 verres par jour ou boire tous les jours.
- Ces patients consomment plus d'alcool que recommandé mais ne remplissent pas (encore) les critères de dépendance à l'alcool.

La consommation d'alcool pendant la grossesse est extrêmement nocive pour le bébé: elle peut provoquer le syndrome d'alcoolisme fœtal. Il faut déconseiller toute consommation

La dépendance à l'alcool

- Trouble caractérisé par la nécessité de prendre de grandes quantités quotidiennes d'alcool pour fonctionner correctement. La consommation d'alcool devient une priorité beaucoup plus importante pour l'individu que d'autres comportements qui avaient autrefois une plus grande valeur.
- Complications : malnutrition, carence en thiamine (provoquant une encéphalopathie de Wernicke), maladie du foie, pancréatite chronique, ulcère gastroduodéal, cardiomyopathie, neuropathie, traumatisme crânien, etc.

Sevrage d'alcool

- Symptômes survenant à l'arrêt de l'alcool après sa consommation quotidienne prolongée (6 heures à 6 jours après)
- Tremblements des mains, sueurs, vomissements, tachycardie, hypertension, agitation, anxiété, maux de tête, convulsions et confusion dans les cas graves.

LES CRITÈRES DE DIAGNOSTIC DE LA DÉPENDANCE À L'ALCOOL :

Si 3 ou plus des caractéristiques ci-dessous sont présentes :

- Une forte envie de prendre de l'alcool
- Des difficultés à contrôler la consommation d'alcool en termes de début, de fin ou de niveau de consommation.
- Un état de manque physiologique lorsque la consommation d'alcool a cessé ou a été réduite (syndrome de sevrage alcoolique).
- Des signes de tolérance : des doses accrues d'alcool sont nécessaires pour obtenir des effets initialement produits par des doses plus faibles.
- Négligence progressive des autres plaisirs ou intérêts à cause de la consommation d'alcool.
- La consommation d'alcool persiste malgré des preuves évidentes de conséquences néfastes, par exemple des lésions hépatiques, une dépression, des troubles cognitifs, la perte d'un emploi, d'amis ou de relations.

LE DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Abus d'autres substances psychoactives
- Dépression, psychose chronique (souvent coexistante !)

INVESTIGATIONS

- Sang : formule sanguine complète, enzymes hépatiques --Montre un volume corpusculaire moyen (VCM) et des taux de gamma-glutamyl-transférase (GGT) élevés.
- Investigations sociales

PRISE EN CHARGE

Gérer l'intoxication aiguë, le sevrage et l'encéphalopathie de Wernicke

Consommation nocive d'alcool

- Orientation (référence et conseils)

- Cherchez et traitez les maladies médicales ou psychiatriques concomitantes (démence, dépression, anxiété, psychose, etc.).
- Suivi et référer en cas d'absence d'amélioration

La dépendance à l'alcool(Alcoolisme)

- Conseil et éducation du patient
- Évaluez et gérez les conditions médicales et mentales concomitantes
- Conseillez la thiamine à raison de 100 mg par jour

Si le patient est prêt /souhaite à arrêter, facilitez l'arrêt de l'alcool :

- Déterminez le cadre approprié, orienter vers une désintoxication, traiter les symptômes de sevrage avec **du diazépam**.
- Envisagez une orientation vers des groupes d'entraide
- Conseillez la famille, donnez des interventions psychosociales si possible.

PREVENTION

- Éducation sanitaire sur les dangers de l'abus d'alcool
- Réduire l'accessibilité de l'alcool

3.12 Abus de substances ICD10 CODE: F11-F19

Affections résultant de différents modes de consommation de drogues, y compris le surdosage aigu de sédatifs, l'intoxication aiguë par des stimulants, l'usage nocif ou dangereux de drogues, la dépendance au cannabis, la dépendance aux opioïdes, la dépendance aux stimulants, la dépendance aux benzodiazépines et les états de retrait.

- Consommation nocive ou dangereuse : qui affecte la santé (fonctionnement physique, mental ou social).
- Dépendance : situation dans laquelle la consommation de drogue devient pour un individu donné une priorité beaucoup plus importante que d'autres comportements qui avaient autrefois plus de valeur.

CAUSES:

- Facteurs sociaux : influence des pairs, désœuvrement/chômage, pressions sociales, pauvreté, utilisation culturelle, disponibilité accrue.
- Facteurs psychologiques : autres troubles psychiatriques, par exemple anxiété, dépression, stress, changements dans le développement de l'adolescent.

Substances couramment utilisées/ abusées :

- Tabac (cigarettes, shisha, kuber, mirage, migagi)
- Cannabis (njaga, bhang, marijuana)
- Khat (mairungi)
- Héroïne
- la cocaïne
- Fumées d'essence et solvants organiques (par exemple, les diluants)

- Opioïdes : péthidine, morphine
- Amphétamines (par exemple, le speed)
- Mandrax® (méthaqualone)
- Benzodiazépines
- Barbituriques (phénobarbitone)

CARACTÉRISTIQUES CLINIQUES

Caractéristiques pouvant indiquer des troubles liés à la consommation de drogues :

- Changement de comportement, par exemple, irritabilité excessive.
- Changement fonctionnel, par exemple baisse des performances scolaires/professionnelles
- Perte d'intérêt
- Episodes d'intoxication, par exemple troubles de l'élocution, démarche titubante.
- Participation à des activités illégales (viol, vol, etc.)
- Changement d'apparence, par exemple perte de poids, yeux rouges, visage bouffi, désordre, cicatrices de piqûres d'aiguilles multiples.
- Difficultés financières : vol, dettes impayées, etc.
- Problèmes relationnels, par exemple augmentation des conflits, rupture de la communication.
- Vérifiez si la personne consomme des médicaments illicites ou prescrits d'une manière qui risque de nuire à sa santé.

INVESTIGATIONS

- Posez des questions sur la consommation de médicaments illicites ou non prescrits

Si oui, évaluez les caractéristiques de la dépendance (3 ou plus des éléments suivants):

- Un fort désir de prendre des drogues
- Des difficultés à contrôler la consommation de drogues en termes de début, de fin ou de niveau de consommation.
- Un état de manque physiologique lorsque la consommation de drogue a cessé ou a été réduite (comme le montrent les symptômes de manque classiques).
- Tolérance : des doses plus élevées de la drogue sont nécessaires pour obtenir des effets initialement produits par des doses plus faibles.
- Négligence progressive des autres plaisirs ou intérêts à cause de la consommation de drogue.
- La consommation de drogue persiste malgré des conséquences néfastes évidentes, comme la dépression ou la perte d'un emploi.
- Examinez les maladies physiques ou mentales concomitantes

PRISE EN CHARGE

- Évaluez et gérer les conditions médicales coexistantes, par exemple le VIH.
- Traitez les symptômes présentés (intoxication aiguë ou sevrage).
- Évaluer l'usage nocif (abus de substances mais ne répondant pas aux critères de dépendance) ou la dépendance.
- Psychoéducation et conseil
- Orienter vers des groupes d'entraide si possible
- Orienter vers un spécialiste pour une prise en charge plus poussée (**désintoxication et traitement de substitution**).

PREVENTION

- Education sanitaire sur les dangers de la consommation de drogues
- Possibilités d'emploi/de loisirs
- Encourager les valeurs sociales et culturelles

Tenter de réduire la disponibilité des drogues d'abus dans les communautés.

3.13 Troubles du comportement chez l'enfant ICD10 CODE: F90-F98

Terme général incluant des troubles plus spécifiques tels que le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH) et d'autres troubles du comportement. Seuls les enfants et les adolescents présentant un degré modéré à grave de déficience psychologique, sociale, éducative ou professionnelle devraient être diagnostiqués comme souffrant de troubles du comportement. Chez certains enfants, le problème persiste à l'âge adulte. Vérifiez si le comportement de l'enfant est une réaction à un traumatisme et/ou à la peur (l'enfant est victime de brimades ou de violences à la maison ou à l'extérieur). Dans ce cas, il ne s'agit PAS d'un trouble du comportement !

CAUSES

- Génétique
- Dépression
- Conditions médicales, consommation d'alcool ou de drogues
- Réaction à la peur ou à un traumatisme

CARACTÉRISTIQUES CLINIQUES

Le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH)

- Troubles de l'attention (se détacher des tâches et laisser les activités inachevées) si graves qu'ils affectent le fonctionnement normal et l'apprentissage.
- Agitation excessive, activité excessive, surtout dans des situations exigeant du calme, bavardage, agitation.
- Apparition précoce (<6 ans) et durée >6 mois.

Autres troubles du comportement

- Crises de colère anormalement fréquentes et graves, désobéissance grave et persistante.
- Comportement dissocial, agressif ou provocateur répété et persistant (intimidation, cruauté envers les animaux, destruction, incendie, etc.), plus grave qu'une simple bêtise, ne répondant pas uniquement à de graves facteurs de stress familiaux ou sociaux, et durant plus de 6 mois.

Le diagnostic différentiel

- Dépression, psychose
- Épilepsie, troubles du développement
- Conditions médicales, par exemple l'hyperthyroïdie

PRISE EN CHARGE

- Psychopédagogie et conseils aux familles
- Formation aux compétences parentales
- Contacter les enseignants, les conseiller et planifier l'enseignement des besoins spéciaux.
- Interventions psychosociales si disponibles
- Soutien à la famille
- Orientation vers un spécialiste pour une prise en charge plus poussée, plus compétente

Pour les TDAH qui ne s'améliorent pas avec les interventions ci-dessus :

- Envisagez le méthylphénidate sous la supervision d'un spécialiste.

3.14. Troubles du développement chez l'enfant ICD10 CODE:

F80-F89

Large éventail de troubles apparaissant pendant l'enfance, caractérisés par une déficience ou un retard des fonctions liées à la maturation du système nerveux central, et dont l'évolution est régulière plutôt que marquée par des rémissions et des rechutes comme dans d'autres maladies mentales. Ils comprennent la déficience intellectuelle/le retard mental ainsi que les troubles envahissants du développement tels que l'autisme.

CAUSES

- Peut ne pas être connu
- Carences nutritionnelles, par exemple carences en iode
- Conditions médicales
- Consommation d'alcool pendant la grossesse
- Facteurs de risque : dépression maternelle, infections pendant la grossesse

LES CARACTÉRISTIQUES CLINIQUES

- Retard de développement (à l'aide des indicateurs de développement locaux ou par comparaison avec d'autres enfants)

LA DÉFICIENCE INTELLECTUELLE

- Altération des compétences dans plusieurs domaines de développement (cognitif, langage, moteur et compétences).
- Diminution de l'intelligence et de la capacité d'adaptation aux exigences de la vie quotidienne.

Les troubles envahissants du développement, y compris l'autisme

- Comportement social, communication et langage déficients
- Bizarreries dans la communication (manque d'utilisation sociale des compétences linguistiques, manque de flexibilité du langage utilisé).
- Perte des compétences acquises antérieurement

- Gamme restreinte d'intérêts et d'activités qui sont à la fois propres à l'individu et pratiquées de manière répétitive.
- Apparition dans l'enfance ou la petite enfance
- Un certain degré de déficience intellectuelle peut être présent

INVESTIGATIONS

- Recherchez d'autres troubles mentaux, neurologiques ou de toxicomanie prioritaires (dépression, épilepsie, troubles du comportement).
- Examinez si le retard de développement peut être dû à un environnement non stimulant ou à une dépression maternelle.
- Évaluez les conditions nutritionnelles et autres conditions médicales, par exemple les déficiences sensorielles (cécité, surdité, etc.).

PRISE EN CHARGE

- Traiter les problèmes médicaux, notamment les déficiences visuelles et auditives, les problèmes nutritionnels.
- Psychopédagogie familiale
- Formation aux compétences parentales
- Contacter les enseignants, les conseiller et planifier les besoins éducatifs spéciaux
- Apporter un soutien aux soignants/familles
- Établir un lien avec les services de réadaptation de la communauté, le cas échéant
- Protéger et promouvoir les droits humains de l'enfant :

CES ENFANTS SONT TRÈS VULNÉRABLES AUX ABUS

- Reférez-vous à un spécialiste pour une évaluation et une prise en charge plus complètes

CHAPITRE 4

LES SOINS PALLIATIFS
ICD10 CODE: Z51.5

LES SOINS PALLIATIFS ICDI0 CODE : Z51.5

Les soins palliatifs sont une approche qui améliore la qualité de vie des patients (adultes et enfants) et de leurs familles confrontées à des problèmes liés à une maladie potentiellement mortelle. Ils préviennent et soulagent la souffrance par l'identification précoce, l'évaluation correcte et le traitement de la douleur et des autres problèmes, qu'ils soient physiques, psychosociaux ou spirituels. (OMS 2002)

Les soins palliatifs visent à améliorer la qualité de vie des patients (et de leur famille) confrontés à une maladie potentiellement mortelle, par la prévention et le soulagement de la souffrance. Cet objectif est atteint par l'identification précoce, l'évaluation continue et le traitement de la douleur et des autres problèmes physiques, psychosociaux et spirituels.

4.1 La douleur

"La douleur est ce que le patient dit avoir mal".

La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à un dommage tissulaire réel ou potentiel, ou décrite en termes de ce dommage. La douleur est le symptôme le plus courant d'une maladie. La nature, la localisation et la cause de la douleur diffèrent selon les cas. La douleur nécessite une approche holistique, car elle peut être affectée par des facteurs spirituels, psychologiques, sociaux et culturels, qu'il peut être nécessaire d'aborder une fois la douleur physique maîtrisée.

CAUSE DE LA DOULEUR

La douleur peut être divisée en deux types de catégories causales :

- Douleur aiguë : causée par une action spécifique avec une période de temps définie, par exemple, postopératoire, infection aiguë ou traumatisme.
- Douleur chronique : Douleur continue avec une période de temps indéfinie, par exemple
 - Constants et généralement en augmentation : cancer
 - Crise récurrente de drépanocytose, arthrite, VIH/SIDA
 - Effet secondaire ou toxicité des médicaments (par exemple, neuropathie périphérique due à l'isoniazide, chimiothérapie).

FACTEURS DE RISQUE ET FACTEURS D'ATTÉNUATION

Ces facteurs augmentent la perception de la douleur :

- Anxiété et dépression, abandon social
- L'insomnie
- Manque de compréhension du problème

Ces facteurs diminuent la perception de la douleur :

- Détente, sommeil
- Soulagement d'autres symptômes
- Explication/compréhension, exprimer ses sentiments

CARACTÉRISTIQUES CLINIQUES ET INVESTIGATIONS

Les types de douleurs

Il existe deux types de douleur que les professionnels de la santé doivent connaître :

i. La douleur nociceptive

Les voies de la douleur sont intactes. Ce type de douleur répond à l'échelle des analgésiques.

Elle peut être :

- Douleur somatique (provenant des os et des muscles) : décrite comme une courbature/une douleur lancinante.
- Douleur viscérale : décrite comme une douleur colique (pour les viscères creux), une pression, des crampes et des douleurs pour les viscères solides.

ii. Douleur neuropathique

Les nerfs ou les voies sont endommagés. La douleur ne répond que partiellement à l'échelle des analgésiques et nécessite des adjuvants comme l'**amitriptyline** ou la **phénytoïne**.

- Décrit comme une sensation de brûlure, de picotement, de piqûre, de fourmillement, d'insectes rampant sous la peau, d'engourdissement, d'hypersensibilité, de tir ou de choc électrique.

INVESTIGATION CLINIQUE

Il est important que les agents de santé procèdent à une investigation approfondie d'un patient indiquant qu'il souffre. Les points suivants peuvent être utilisés pour guider son anamnèse:

- Durée de la douleur
- Sévérité : évaluée à l'aide de l'échelle d'évaluation numérique, où le patient note sa douleur sur une échelle allant de 0 = aucune douleur à 5 = la pire douleur jamais ressentie.
- Site et radiation
- Nature (par exemple, coup de poignard, élancement, écrasement, crampe)
- Périodicité (constante ou intermittente)
- Facteurs atténuants ou aggravants
- Symptômes d'accompagnement
- Demandez au patient une anamnèse détaillée pour chaque douleur ressentie, car il peut y avoir plusieurs types de douleur et plusieurs zones douloureuses.
- Un examen physique ciblé

LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR NOCICEPTIVE

La gestion de la douleur a deux objectifs :

- Diagnostiquer et traiter la maladie à l'origine de la douleur.
- Obtenir un soulagement total de la douleur avec un minimum d'effets secondaires et permettre au patient de mener une vie aussi normale que possible.

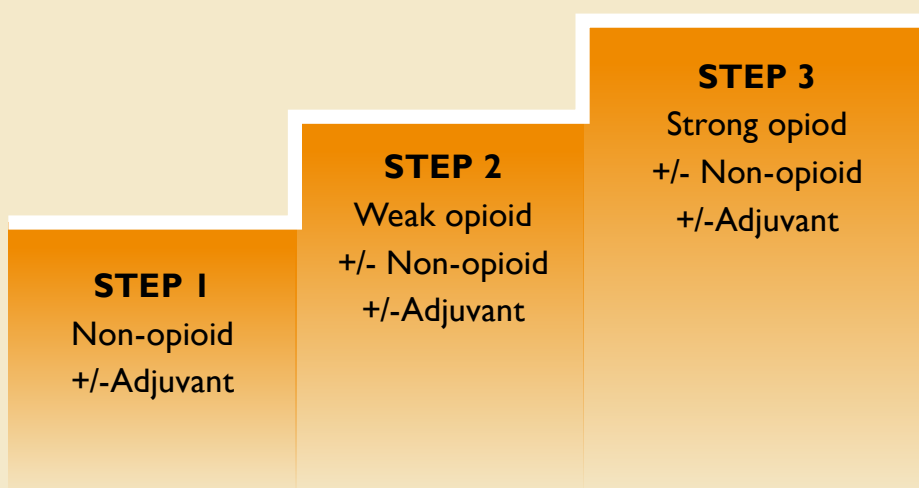
La douleur peut être traitée à l'aide de médicaments et/ou de traitements non médicamenteux.

Les traitements non pharmacologiques de la douleur

- Adaptation du mode de vie
- Conseils aux patients
- Massage aux huiles d'aromathérapie : peut être utile pour les douleurs neuropathiques et musculaires.
- Réflexologie
- Application de compresses chaudes ou froides
- La relaxation
- Distraction (par exemple, écouter la radio ou s'adonner à un passe-temps non invasif)
- Traitement non pharmacologique de la cause sous-jacente (par exemple, chirurgie ou radiothérapie si cancer)
- Soutien social et spirituel

L'échelle analgésique de l'OMS décrit l'utilisation de médicaments pour soulager la douleur en fonction du type et du degré de celle-ci.

The World Health Organisation analgesic ladder (1996)²



4.1.1 Le traitement de la douleur chez l'adulte

ÉTAPE 1:

Douleur légère (utiliser des médicaments non opioïdes ± adjuvants)

- Paracétamol 1 gramme toutes les 6 heures (500 mg chez les personnes âgées)

Et/ou

- Ibuprofène 400 mg toutes les 6 à 8 heures (max. 2 400 mg/jour)

Oz

- Diclofénac 50 mg toutes les 8 heures

Continuer avec les analgésiques de l'étape 1 lors du passage aux étapes 2 et 3.

NOTE:

- L'utilisation prolongée de fortes doses de paracétamol peut entraîner une toxicité hépatique.
- Ne pas utiliser d'AINS en cas d'insuffisance rénale.
- Attention lors de l'utilisation d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) pendant plus de 10 jours.

ÉTAPE 2:

La douleur modérée (utilisation d'un opioïde faible ± non opioïde ± adjuvant)

- **Morphine 2,5-5 mg** toutes les 4 heures pendant la journée, double dose la nuit

Ou

- **Codéine 30-60 mg** toutes les 6 heures (max 240 mg)

Ou

Tramadol 50-100 mg toutes les 6 heures (max 400 mg) (De nombreux prescripteurs délaissent le Tramadol en raison de son profil d'effets secondaires élevés).

NOTE:

- La **morphine** à faible dose est considérée comme un analgésique d'étape 2 et est recommandée en première intention si elle est disponible.
- Arrêtez les analgésiques de l'étape 2 lorsque vous commencez l'étape 3.
- Donnez du Bisacodyl 10-15 mg la nuit pour prévenir la constipation, sauf en cas de diarrhée.
- Ajouter de la paraffine liquide 10 ml une fois par jour si le Bisacodyl ne suffit pas.

ÉTAPE 3:

La douleur sévère (opioïde fort ± non opioïde ± adjuvant)

- **Morphine 7,5-10 mg** toutes les 4 heures pendant la journée et double dose la nuit.
- En cas de douleur aiguë, administrez une dose supplémentaire équivalente.
- Augmentez la dose de 30 à 50 % selon les besoins pour contrôler la douleur du patient.
- Donnez une dose supplémentaire 30 minutes avant une activité qui cause de la douleur (par exemple, le pansement d'une plaie).
- Les patients âgés et/ou souffrant d'insuffisance rénale peuvent nécessiter une adaptation de la dose dans les unités/services.
- Donnez du Bisacodyl 10-15 mg la nuit pour prévenir la constipation, sauf en cas de diarrhée.
- Ajoutez de la paraffine liquide 10 ml une fois par jour si Bisacodyl ne suffit pas.
- **Si des comprimés à libération modifiée ou prolongée sont disponibles, utiliser la même dose sur 24 heures mais administrée en 1 ou 2 doses par jour.**

Les adjuvants : options pour les différentes situations de douleur

- **Amitriptyline 12,5-25 mg** la nuit pour la douleur neuropathique (max 50-75 mg si toléré)
- **Clonazépam 0,5-1 mg** la nuit pour les douleurs neuropathiques en deuxième intention si l'Amitriptyline n'est pas utile.
- Dexaméthasone 4-8 mg une fois par jour en cas de gonflement ou d'œdème ou de pression intracrânienne élevée.
- Hyoscine 20 mg toutes les 6 heures pour les spasmes des muscles lisses.
- **Diazepam 5-20 mg** la nuit pour les spasmes douloureux des muscles squelettiques

ATTENTION:

- N'utilisez pas la **péthidine** pour les douleurs chroniques ; elle s'accumule avec des effets secondaires graves sur l'intestin. N'utiliser qu'en tant que dose unique pour les douleurs aiguës sévères si la morphine n'est pas disponible.
- Effets secondaires des AINS : gastrite, toxicité rénale, saignement, bronchospasme.
- Évitez l'**amitriptyline** en cas de maladie cardiaque
- Effets secondaires des opioïdes : voir les sections ci-dessous.

4.1.2 Le traitement de la douleur chez l'enfant

ÉTAPE I:

La douleur légère (non opioïde ± adjuvant)

- Paracétamol 10-15 mg/kg toutes les 6 heures

Et/ou

- Ibuprofène 5-10 mg/kg toutes les 6-8 heures (à utiliser uniquement chez les enfants >3 mois)
- Continuez avec les analgésiques de l'étape 1 lors du passage à l'étape 2.
- L'utilisation prolongée de fortes doses de paracétamol peut entraîner une toxicité hépatique.

ÉTAPE 2:

La Douleur modérée et sévère (opioïde ± non opioïde ± adjuvant)

- **La morphine** chaque 4 heures
 - 6 mois : 0,01 mg/kg
 - 6-12 mois : 0,2 mg/kg
 - 1-2 ans : 0,2-0,4 mg/kg
 - 2-12 ans : 0.2-0.5 mg/kg (max 10 mg)
- Augmentez la dose lentement, jusqu'à ce que la douleur soit contrôlée
- Augmentez la dose de 50% maximum toutes les 24 heures
- Donnez 5 mg de Bisacodyl (suppositoire uniquement) la nuit pour prévenir la constipation, sauf en cas de diarrhée.

NOTE:

- La codéine et le tramadol ne sont pas utilisés chez les enfants.

Les Adjuvants ; options pour les différentes situations de douleur chez l'enfant

- **Amitriptylline** la nuit pour les douleurs neuropathiques Enfant de 2 à 12 ans : 0,2-0,5 mg/kg (max. 1 mg/kg ou 25 mg)

Ou

- **Carbamazépine 5-20 mg/kg** en 2-3 doses divisées, augmenter progressivement pour éviter les effets secondaires (deuxième ligne)
- Prednisolone 1-2 mg/kg par jour
- Hyoscine
 - 1 mois-2 ans : 0,5 mg/kg toutes les 8 heures
 - 2-5 ans : 5 mg toutes les 8 heures
 - 6-12 ans : 10 mg toutes les 8 heures
- **Diazepam** pour l'anxiété associée
 - Enfant de 1 à 6 ans : 1 mg/jour en 2 ou 3 prises fractionnées
 - Enfant de 6 à 14 ans : 2 à 10 mg/jour en 2 ou 3 doses fractionnées.

Les principes généraux de l'utilisation des opioïdes pour le contrôle de la douleur et des symptômes en soins palliatifs

- Des professionnels de la santé spécialement formés en soins palliatifs doivent superviser la prise en charge de la douleur chronique dans les cas de maladies avancées ou incurables (par exemple, le cancer, le SIDA).
- La **morphine** est généralement le médicament de choix pour les douleurs sévères. La morphine solution est disponible, facile à doser et bien absorbée par les muqueuses buccales ; elle peut être versée dans la bouche des adultes et des enfants.

En cas de douleur continue, des analgésiques doivent être administrés :



Par l'horaire (c'est-à-dire selon un schéma de dose régulier en respectant le temps)



Par le patient (c.-à-d. auto-administration et dosage en fonction de la situation du patient)



Par la bouche (c'est-à-dire sous forme de doses orales)

NOTE:

- La douleur est mieux contrôlée en utilisant des doses orales régulières qui contrôlent la douleur. Si la douleur n'est pas contrôlée, augmenter la dose de 24 heures de 30 à 50 %.
- Les injections répétées ne sont pas indiquées
- Envisagez des doses supplémentaires (Inter-dose) lorsqu'une intervention douloureuse est prévue et en cas de douleur aiguë.
- Si vous utilisez régulièrement des doses d'urgence, augmentez alors la dose régulière !
- Les effets secondaires sont minimum et bien gérables si le dosage et la titration sont effectués avec soin.

PRÉCAUTION SUR L'UTILISATION DES OPIOÏDES

Les opioïdes doivent être gérés et administrés efficacement, en tenant compte des précautions et des effets secondaires associés ci-dessous.

- N'utilisez pas d'opioïdes en cas de dépression respiratoire grave et de traumatisme crânien.
- Utilisez avec précaution dans les conditions suivantes :
 - Maladie hépatique avancée (mais peut être utilisé dans le cas d'un carcinome hépatocellulaire si le dosage est le même que ci-dessus).
 - Asthme aigu
 - Douleur abdominale aiguë (peut être utilisé en attendant les investigations ; ne jamais laisser le patient souffrir)
 - Hypothyroïdie
 - Insuffisance rénale (réduire la dose initiale et/ou réduire la fréquence des doses)
 - Patient âgé ou souffrant d'émaciation grave (réduire la dose initiale et/ou la fréquence des doses)
 - Utiliser avec une extrême prudence (c'est-à-dire commencer par de petites doses et augmenter progressivement) en cas de prise récurrente ou simultanée d'alcool ou d'autres déprimeurs du SNC.

PRISE EN CHARGE DES EFFETS SECONDAIRES DES OPIOÏDES

La dépression respiratoire

Cela se produit rarement si de petites doses orales sont utilisées et graduellement ajustées en fonction de la réponse, mais cela peut se produire lorsque la **morphine** est utilisée par voie parentérale.

- corriger la dépression respiratoire en utilisant la **naloxone 0,4-2 mg** en IV lente toutes les 2-3 minutes en fonction de la réponse.
- Pour un enfant 0,01 mg/kg en IV lente ; répétez 0,1 mg/kg en l'absence de réponse.

La constipation

- Donnez du Bisacodyl 10-15 mg la nuit pour prévenir la constipation, sauf en cas de diarrhée.
- Pour un enfant 5 mg par voie rectale
- Ajoutez de la paraffine liquide 10 ml une fois par jour si le Bisacodyl ne suffit pas.

La nausée ou le vomissement

Apparaît généralement au cours des 5 premiers jours et se l'arrêtent d'eux-mêmes. Les vomissements ultérieurs peuvent être dus à une autre cause.

- Donner un antiémétique (par exemple, métoclopramide 10 mg toutes les 8 heures pendant 3 à 5 jours).
- Enfant de 9 à 18 ans : 5 mg toutes les 8 heures
- Enfant de 5 à 9 ans : 2,5 mg toutes les 8 heures
- Enfant de 3 à 9 ans : 2-2,5 mg toutes les 8 heures.
- Enfant de 1 à 3 ans 1 mg toutes les 8 heures
- Enfant <1 an : 100 microgrammes par kg toutes les 12 heures

Confusion ou somnolence

En cas de somnolence continue excessive, réduisez lentement la dose d'opioïdes.

Critères pour référer

- Si la douleur ne répond pas aux mesures ci-dessus, adressez-vous à un spécialiste des soins palliatifs.
- Référer le patient vers un hôpital de référence national (si disponible) pour une radiothérapie en cas de douleur osseuse cancéreuse sévère ne répondant pas aux médicaments ci-dessus.
- Référer le patient vers la chirurgie si la cause de la douleur peut être traitée par la chirurgie.

La douleur neuropathique

La douleur neuropathique résulte d'une lésion du tissu nerveux. Il existe deux types cliniques de douleurs neuropathiques, les deux éléments pouvant être combinés :

- Type de coup de poignard : douleur dans une distribution nerveuse avec une douleur minimale entre les deux (par exemple, névralgie du trijumeau) mais peut se produire avec n'importe quel nerf. Réagit à la phénytoïne
- Paresthésie, dysesthésie ou douleur de type brûlure : (par exemple, névralgie post-herpétique). Répond bien à de petites doses d'**Amitriptyline**.

PRISE EN CHARGE

a) **Néuralgie du trijumeau ou douleur de type coup de poignard - Phase aiguë**

- **Carbamazépine** initialement 100 mg toutes les 12 heures, augmenter progressivement de 200 mg tous les 2-3 jours en fonction de la réponse, max 1200 mg NB : provoque une dépression des globules blancs.

b) **Douleur de type brûlure (néuralgie post-herpétique, neuropathie diabétique)**

- **Amitriptyline 12,5-25 mg** le soir ou toutes les 12 heures selon la réponse, max 50-75 mg

Lombalgie ou douleur osseuse

Comprend les douleurs dans la région lombaire de la colonne vertébrale ou les douleurs osseuses dans tout le corps.

CAUSES

Causes potentielles lombalgie ou osseuses :

- Dégénérescence discale (comporte souvent un élément neuropathique en raison de la pression exercée sur le nerf sciatique ou autre).
- Ostéoporose (en cas de tassement des vertèbres ou de fracture)
- Infection (par exemple, tuberculose, brucellose, salpingite, rétropéritonéale)
- Cancers métastatiques, maladie rénale
- Effort
- Anomalies congénitales
- Spondylolisthésis

LES CARACTÉRISTIQUES CLINIQUES

Chaque situation sera différente en fonction de la cause de la douleur :

- Si une infection est présente : douleur lancinante et constante.
- En cas de sciatique, les racines du nerf sciatique sont impliquées.

INVESTIGATIONS

- Essayez d'établir la cause et le type de douleur
- Radiographie : Colonne vertébrale et bassin

PRISE EN CHARGE DE LA LOMBALGIE OU DOULEUR OSSEUSE

Analgésiques

- Donnez un médicament de l'étape 1 pendant 7 jours ou aussi longtemps que nécessaire selon le patient.
- Les AINS sont le médicament de choix de l'étape 1 pour les douleurs osseuses.
- Il peut être nécessaire d'ajouter un médicament de l'étape 2 ou 3, surtout en cas de maladie métastatique.

Pour les douleurs dorsales aiguës :

- Reposez le dos sur une surface ferme mais non dure.

Pour aspect neuropathique :

- Gérer comme pour la douleur neuropathique ci-dessus

4.2 Autres conditions dans les soins palliatifs

Dans le cadre des soins palliatifs, d'autres pathologies couramment rencontrées sont résumées ci-dessous.

4.2.1 Dyspnée ICD10 CODE: R06

Cela peut être dû à des problèmes de soins palliatifs ou à l'anxiété.

PRISE EN CHARGE

- **Traitement non-médicamenteux**
 - Rassurez le patient ; explorer les craintes et les anxiétés du patient ; l'anxiété aggrave l'état.
 - Exercices respiratoires et techniques de relaxation ; apprendre au patient à ralentir sa respiration en pinçant les lèvres et à respirer avec le diaphragme plutôt qu'avec la poitrine.
 - Réhabilitation pulmonaire
 - Installez le patient dans la position la plus confortable dans le lit
 - Assurez une bonne ventilation (par exemple, ouvrez les fenêtres, utilisez des ventilateurs, desserrez les vêtements serrés).
 - Conservez l'énergie (par exemple, encouragez les efforts en cas d'essoufflement).
 - Référez le patient vers un spécialiste si les symptômes persistent, en cas d'obstruction des voies respiratoires ou si une pleurésie est nécessaire.
- **Les médicaments:**
 - **Morphine orale 2,5-5 mg** toutes les 4 heures
 - Oxygène si le patient est hypoxique
 - **Diazépam** si le patient est anxieux
 - **Diazépam 2,5-5 mg par voie orale** ; une fois par jour si l'essoufflement est associé à des attaques de panique.

4.2.2 La nausée et le vomissement ICD10 CODE: R11

Peut être due à une maladie ou à des médicaments

PRISE EN CHARGE

- Traitez la cause
- Les vomissements soulagent généralement les nausées. S'ils sont dus à une stase gastrique ou à un retard du transit intestinal
- Administrez 10 à 20 mg de métoclopramide toutes les 8 heures (30 minutes avant les repas ; même dose SC ou IV). Si cela est dû à une perturbation du métabolisme (insuffisance hépatique/rénale, médicaments, par exemple chimiothérapie)

- Administrez de l'**halopéridol 1,25 à 2,5 mg** noctets (PO ou SC).
- En cas de pression intracrânienne élevée, administrez 8-16 mg de dexaméthasone par jour.
- En cas d'étirement ou de compression des viscères, donnez 25 mg de prométhazine toutes les 8 heures ou 20-40 mg de bromure d'hyoscine butyle toutes les 8 heures.

4.2.3 L'escarre (ulcères de décubitus) ICD10 CODE: L89

Ulcère de la peau et/ou du tissu sous-cutané causé par une ischémie secondaire à une pression extrinsèque ou à un cisaillement.

PRISE EN CHARGE

- **Traitement non-médicamenteux**
 - Débridement du tissu nécrotique
 - Nettoyage avec du sérum physiologique
 - Si possible, encouragez les patients à se lever du siège et à déplacer leur poids toutes les 15-20 minutes ou à faire de courtes promenades.
 - Repositionnez les personnes qui ne peuvent pas se déplacer fréquemment, en fonction des besoins et de l'état de la peau.
 - Inspectez la peau chaque fois que le patient change de position.
 - Maintenez une hydratation et une hygiène optimales de la peau
 - Évitez les traumatismes, en ne traînant pas le patient
 - Bonne nutrition pour les personnes dont le pronostic est bon, afin de maintenir un taux d'albumine sérique normal.
 - Informez les personnes qui s'occupent du patient des facteurs de risque d'escarres, de la façon d'inspecter et de soigner la peau, et informez les professionnels de la santé.
 - Peut nécessiter une greffe de peau et des lambeaux ; adressez-vous à l'hôpital.
- **Les médicaments**
 - Donnez des antibiotiques s'il y a des signes de cellulite environnante.
 - Contrôlez la douleur.
 - Contrôlez les odeurs avec de la poudre ou du gel de métronidazole topique jusqu'à ce qu'il n'y ait plus d'odeur nauséabonde.
 - Si le patient présente une septicémie, administrez des antibiotiques par voie parentérale.

4.2.4 Les plaies fongiques

PRISE EN CHARGE

- Traitez la cause sous-jacente
- Nettoyez régulièrement la plaie tous les jours avec du sérum physiologique à 0,9 % (ou dissoudre une cuillère à café de sel dans une pinte d'eau bouillie refroidie).
- Appliquez des pansements propres tous les jours
- Protégez la peau normale autour de la plaie avec des crèmes barrières (vaseline).
- Donnez un analgésique pour la douleur
- En cas de mauvaise odeur/exsudat : appliquer quotidiennement de la poudre de métronidazole directement sur la plaie lors du changement de pansement.
- En cas de cellulite, administrez un antibiotique approprié

4.2.5 L'anorexie et la cachexie ICD10 CODE: R63.0 AND R64

L'anorexie est la perte du désir de manger. La cachexie est un syndrome métabolique complexe, caractérisé par une perte profonde de la masse corporelle maigre, dans les maladies terminales.

CAUSES

- Nausées et vomissements, constipation, obstruction gastro-intestinale
- Maux de bouche, tumeurs buccales, mauvaise odeur
- Hypercalcémie, hyponatrémie, urémie, insuffisance hépatique.
- Médicaments
- Dépression

PRISE EN CHARGE

- Traitez les causes sous-jacentes si possible.
- Chez les patients atteints de cancer, donnez des corticostéroïdes pendant une semaine seulement, sous la supervision d'un spécialiste ; Prednisolone 15-40 mg une fois par jour pendant 7 jours Ou dexaméthasone 2-6 mg le matin pendant 7 jours

Traitement non-médicamenteux

- Donnez fréquemment de petites quantités de nourriture
- Donnez des aliments à forte densité énergétique et limitez la consommation de graisses.
- Éviter les excès de goût et d'odeur
- Environnement agréable, bonne présentation des aliments
- Manger est un aspect sociale et les gens mangent mieux avec les autres.
- Conseils nutritionnels
- Si le pronostic est inférieur à 2 mois, conseillez au patient et à sa famille de comprendre et de s'adapter à la réduction de l'appétit comme un processus normal de la maladie.

ATTENTION:

En cas de cancer établi et de cachexie, une supplémentation nutritionnelle parentérale et entérale agressive est d'une valeur minimale.

4.2.6 Le hoquet ICD10 CODE: R06.6

Contractions involontaires répétées et spasmodiques des muscles diaphragmatiques et intercostaux inspiratoires. Le hoquet jusqu'à 48 heures est aigu, celui qui dure plus de 48 heures est persistant et celui qui dure plus de 2 mois est intraitable.

CAUSES:

- Distension gastrique, RGO, gastrite, irritation diaphragmatique par métastase supraphrénique, irritation du nerf phrénique.
- Métabolique : urémie, hypokaliémie, hypocalcémie, hyperglycémie, hypocapnie.
- Infection : candidose œsophagienne
- Tumeur cérébrale, accident vasculaire cérébral, stress

PRISE EN CHARGE

- La plupart des hoquets sont de courte durée et se limitent d'eux-mêmes.
- Traiter la cause sous-jacente

Traitement non-médicamenteux

- Stimulation directe du pharynx par l'ingestion de pain sec ou d'autres aliments secs
- Stimulation du nerf vague par l'ingestion de glace pilée ou par la manœuvre de Valsalva.
- Ingestion rapide de 2 cuillères à café de sucre.
- Stimulation indirecte du pharynx - stimulation du dermatome C3-5 en tapotant ou en frottant la nuque.
- Consultez si le hoquet persiste ou s'il est irréductible.

Les médicaments

Pour les hoquets persistants ou rebelles, utilisez:

- Métoclopramide 10 mg toutes les 8 heures (si la cause est une distension gastrique)

Ou

- **Halopéridol 2-5 mg** une fois par jour

Ou

- **Chlorpromazine 25 mg** toutes les 6 heures

4.2.7 La bouche sèche ou douloureuse ICD10 CODE: R68.2

La bouche sèche, la bouche douloureuse et les aphtes sont causés par des infections, des médicaments, la chimiothérapie, des traumatismes, la sécheresse, la radiothérapie, le VIH et les infections opportunistes.

Traitement non-médicamenteux

- Bain de bouche à l'eau salée (toutes les heures), en buvant fréquemment à petites gorgées pour garder la bouche humide.
- Brosser les dents et la langue au moins 3 fois par jour.
- Sucrer des cubes d'ananas frais et froids une ou deux fois par jour.
- Évitez les aliments et les boissons sucrés, mangez des aliments mous.
- Appliquer de la vaseline sur les lèvres fissurées
- Revoyez vos médicaments (la bouche sèche peut être un effet secondaire, par exemple de l'**Amitriptyline**).

Traitez l'infection appropriée:

- Candidiasis avec fluconazole 200 mg od pendant 7 jours
- Herpès simplex avec acyclovir oral 200 mg, 5 fois par jour pendant 5-10 jours selon la gravité
- Gingivite anaérobie, halitose, avec un bain de bouche au métronidazole (mélanger 50 ml de métronidazole IV avec 450 ml d'eau, plus 50 ml de jus)

4.2.8 Mucosite sévère ou ulcères aphteux

- Envisagez des stéroïdes dexaméthasone 8 mg une fois par jour pendant 5 jours
- Gel analgésique (Bonjela, Oracure) sur les ulcères Bouche douloureuse
- **Morphine liquide** orale comme ci-dessus (avant d'avaler, gardez la morphine liquide dans la bouche pendant au moins 30 secondes)

4.2.9 Les Autres symptômes nécessitant des médicaments contrôlés

a) Anxiété et spasme musculaire

- **Diazepam 5-10 mg** une fois par jour, titré à trois fois par jour

b) Les sécrétions bronchiques excessives

- Hyoscine 20 mg une fois par jour, titré à 3 fois par jour en fonction de la réponse.

c) La toux rebelle

- Morphine comme mentionné ci-dessus

d) Le délire et l'anxiété aiguë dans les soins palliatifs

- **ÉTAPE 1:** Diagnostiquer le délire sur la base des symptômes cliniques, généralement un début aigu, une évolution fluctuante, une inattention, une pensée désorganisée et une altération du niveau de conscience.
- **ÉTAPE 2:** Identifier et traiter les causes potentielles qui peuvent inclure des médicaments, des infections, un choc, un traumatisme, une intoxication ou un déséquilibre électrolytique pendant le sevrage et d'autres problèmes neurologiques.
- **ÉTAPE 3:** mettre en œuvre des mesures comportementales et non pharmacologiques, y compris le soutien de la famille, la supervision de la sécurité, le maintien d'une routine diurne et nocturne pour favoriser l'orientation vers le sommeil.
 - Veillez à la nutrition et à l'hydratation.
 - Veillez à ce que les déficits sensoriels soient pris en compte pour améliorer la communication.
 - Évitez d'attacher des dispositifs médicaux et des dispositifs de contention.
- **ÉTAPE 4:** N'utilisez les neuroleptiques que si le problème n'est pas traité par d'autres moyens.

Si les méthodes non-pharmacologiques échouent, donnez :

- **Première ligne:**

Dose adulte **Halopéridol 0,5- 1 mg 4 à 6 heures PO ou sublingual ou IV**
 La dose pédiatrique d'**Halopéridol (3 ans à 18 ans)** est de **0,01 à 0,1mg/ kg toutes les 8 heures.**

- **Deuxième ligne :**
Chlorpromazine (uniquement si une sédation est nécessaire) Dose pour adulte : 10 mg PO 4-6 heures ou 25 par rectum 6-12 heures OU 5-10 mg IM OU IV 8-12 heures
Dose pédiatrique : 0,1 mg/kg/dose PO /PR toutes les 6-8 heures OU 0,1-0,15 mg/kg/dose IM/IV toutes les 8-12 heures.

- **ÉTAPE 5:** N'envisager l'utilisation de benzodiazépines que si les problèmes de sécurité persistent malgré les mesures précédentes :
 - **Lorazepam 0.5-2mg** 6 heures per os /per rectum/Sublingual/IV/Subcutané
 - La dose pédiatrique est de 0,02-0,05mg/kg/ 6 heures selon les besoins.
 - **Diazepam 2.5mg-10mg** 6 heures selon les besoins per os/ per rectum/IV / Sous-cutané
 - La dose pédiatrique est de 0,05mg-0,3mg/kg toutes les 6 heures au besoin.

e) Urgences en soins palliatifs

Understanding the patient's wishes prior to this is very important

i. Compression maligne de la moelle épinière

Communément associé aux cancers du sein, du poumon, de la prostate, du rein et de la thyroïde. Si elle est détectée et prise en charge à un stade précoce, la perte de fonction peut être évitée.

Le traitement immédiat comprend des stéroïdes sous forme de dexaméthasone, et le traitement définitif est la chirurgie et la radiothérapie, ainsi que des médicaments contre la douleur et des médicaments psychotropes/adjuvants utilisés selon les besoins.

ii. Syndrome de la veine cave supérieure,

Elle est due à l'obstruction de la veine cave supérieure par des tumeurs ou des thromboses.

Elle est associée à une dyspnée, un œdème du visage, des maux de tête, une toux, des douleurs thoraciques, des troubles visuels et est souvent liée à la position du patient.

La prise en charge de la MSCC comprend la radiothérapie, la chimiothérapie, l'élévation de la tête du lit, le traitement symptomatique de la dyspnée avec des opioïdes à faible dose, des stéroïdes, etc.

iii. Saignement

Identifiez les causes réversibles de saignement et agissez en fonction des ressources disponibles.

Pour les plaies qui saignent, pensez à l'épinéphrine topique, à l'acide tranexamique ou à l'acide aminocaproïque en poudre ou par voie intraveineuse, à la cautérisation du pansement par pression directe (nitrate d'argent ou thermique) et au surjet des petits vaisseaux sanguins.

Pour une hémoptysie, placez le patient en décubitus latéral avec le côté affecté et envisagez une radiothérapie s'il s'agit d'un cancer et si elle est appropriée.

En cas d'hématémèse, de saignement vaginal ou de malaena, ralentissez la perte de sang avec de l'acide tranexamique 500-1000 mg IV/sous-cutané ou topique avec un emballage.

iv. Pneumothorax/Effusions pleurales/Effusions péricardiques

L'action doit dépendre des ressources disponibles

v. Seizures

Ils sont fréquents chez les patients dans le contexte des soins palliatifs.

Les benzodiazépines (Diazepam, Lorazepam, Midazolam) sont essentielles dans la prise en charge en fonction de l'âge et du poids du patient. En outre, des options thérapeutiques continues avec d'autres anticonvulsivants tels que le phénobarbital et la phénytoïne doivent être initiées.

4.3 Les soins en fin de vie

Il s'agit de soins donnés dans les derniers jours de la vie.

CARACTÉRISTIQUES CLINIQUES

Les signes cliniques en fin de vie sont les suivants (à prendre en compte chez les personnes en phase terminale dont l'état s'est progressivement détérioré) :

- Le patient devient alité et est de plus en plus somnolent ou dans un état semi-conscient.
- Prise orale minimale ; le patient ne gère pas ses médicaments par voie orale et ne peut prendre que des gorgées de liquide.
- L'état du patient se détériore rapidement (par exemple, jour après jour ou heure après heure).
- La respiration devient irrégulière et/ou bruyante (râle).
- Changement de la couleur de la peau et/ou de la température
- Capacité d'attention limitée

INVESTIGATIONS

- Exclure les problèmes réversibles (par exemple, toxicité des médicaments, infections, déshydratation, anomalies biochimiques).
- Avant de demander un test, il faut toujours se demander si ce test va changer mon plan de gestion ou le résultat pour le patient.
- Il est important de peser le bénéfice par rapport au fardeau lors de l'évaluation d'une intervention et/ou d'un plan de gestion basé sur les caractéristiques cliniques du patient.

PRISE EN CHARGE

Principes généraux du traitement médicamenteux :

- Se concentrer sur l'administration de médicaments qui amélioreront la qualité de vie du patient.
- Traitez les symptômes d'inconfort comme dans les sections ci-dessus.

- Si le patient est incapable d'avaler, choisissez une voie appropriée pour administrer les médicaments nécessaires (par exemple, par sonde gastrique, par voie parentérale ou par voie rectale).
- L'administration sous-cutanée (SC) est recommandée lorsque la voie entérale n'est pas possible. Elle est préférée à l'accès IV et IM en raison de son traumatisme réduit et de sa pharmacocinétique.
- Si des injections répétées sont prévues ou subies, une aiguille papillon peut être insérée et utilisée comme voie d'accès pour des injections sous-cutanées régulières.
- Envisagez de prescrire des médicaments de manière préemptive (anticipée) pour combattre les symptômes qui se développent.
- Les concentrations de **morphine** peuvent varier en fonction de la préparation utilisée ; rappelez-vous que la morphine SC est deux fois plus puissante que la **morphine** orale.

4.3.1 L'hydratation et la nutrition

- Les patients doivent manger et boire comme ils le souhaitent, et boire des gorgées d'eau aussi longtemps qu'ils en sont capables.
- Les familles doivent être informées qu'il est normal que les patients perdent l'appétit, aient soif et cessent de s'alimenter vers la fin de leur vie. Elles ne doivent pas nourrir les patients s'ils ne sont plus capables d'avaler, car cela peut provoquer un étouffement et une détresse.
- L'administration de liquides par voie intraveineuse à ce stade ne prolongera pas la vie et n'empêchera pas la soif. La surhydratation est déconseillée car elle peut contribuer à des sécrétions respiratoires gênantes ou à un œdème généralisé ; des soins buccaux réguliers sont le meilleur moyen de maintenir le patient à l'aise.
- Il est peu probable que l'administration de dextrose par voie intraveineuse pour un apport calorique soit bénéfique.
- Si le niveau de conscience est réduit, les patients ne doivent pas être nourris en raison du risque d'aspiration.
- La nutrition artificielle est généralement déconseillée en fin de vie.

4.3.2 Les soins de soutien

- Gardez le patient propre et sec
- Nettoyez régulièrement la bouche avec un tissu humide enroulé autour d'une cuillère.
- Prévenir et gérer les escarres de manière appropriée
- Gérez toute douleur associée
- La fin de vie est un moment émouvant pour toutes les personnes concernées et exige des professionnels de la santé qu'ils fassent preuve de considération et de compassion. Prenez le temps d'écouter les préoccupations du patient et de sa famille ; annoncez les mauvaises nouvelles avec tact.
- Encouragez la famille à être présente, à tenir la main du patient ou à lui parler, même s'il n'y a pas de réponse visible ; le patient peut entendre même s'il ne peut pas répondre.
- Envisagez un soutien spirituel.
- Envisagez le meilleur lieu de décès pour le patient et sa famille ; la sortie de l'hôpital pour le retour à la maison serait-elle la meilleure solution ?

CHAPITRE 5

ANAESTHESIA

ANAESTHESIE

L'anesthésie générale

Afin d'assurer la sécurité et de tirer le meilleur parti des médicaments contrôlés utilisés en anesthésie, le bloc opératoire doit être constamment prêt.

5.1 Préparation en salle d'opération

Les éléments suivants doivent être disponibles, vérifiés et prêts à être utilisés

- Une source d'oxygène
- Table d'opération réglable et avec ses accessoires
- Appareil d'anesthésie avec ses accessoires
- Sac autogonflant pour gonfler les poumons avec de l'oxygène
- Une gamme appropriée de masques de protection
- Appareil d'aspiration avec gamme de cathéters d'aspiration
- Gamme appropriée de voies respiratoires oropharyngées, de tubes endotrachéaux et d'autres voies respiratoires, par exemple le masque laryngé.
- Laryngoscope avec une gamme appropriée de lames
- Pincés de Magill
- Matériel de perfusion intraveineuse, gamme appropriée de canules et de fluides (solutions)
- Équipement pour l'anesthésie régionale
- Éclairage adéquat
- Élimination sûre des articles contaminés par des fluides corporels, des objets tranchants et des déchets de verre.
- Réfrigération pour le stockage des fluides, des médicaments et du sang.
- **Médicaments anesthésiques** : Agents d'anesthésie générale et locale
- **Relaxants musculaires**
- Gamme appropriée de tailles de seringues
- Moniteurs : stéthoscope, sphygmomanomètre, oxymètre de pouls.
- Protection appropriée du personnel contre les contaminants biologiques. Cela comprend : casquettes, blouses, gants, masques, chaussures et lunettes de protection (équipement de protection individuelle).
- Médicaments nécessaires à la prise en charge des affections qui peuvent compliquer l'anesthésie ou coexister avec elle.

5.2 La prise en charge pré-opératoire

L'objectif est de rendre le patient aussi apte que possible avant l'intervention chirurgicale.

L'évaluation du patient doit être faite :

- Identifier le patient et établir un rapport
- Une anamnèse standard est obtenue et un examen est effectué.
- L'accent est mis sur le système cardio-respiratoire.
- Les examens sont interprétés de manière appropriée, par exemple l'hémoglobine.
- État de santé/condition du patient
- Classifier l'état physique du patient
- Établir un plan d'anesthésie sur la base des informations obtenues.

La préparation du patient

- Expliquer la procédure au patient et s'assurer qu'il a compris.
- S'assurer que le formulaire de consentement éclairé est signé
- Le poids de chaque patient doit être relevé
- Vérifiez le site et le côté de l'opération
- Vérifier la période de jeûne
- Retirer : Les ornements/prothèses/dentures qui peuvent blesser le patient et le maquillage qui peut interférer avec la surveillance.
- Toute autre préparation nécessaire en fonction de l'état du patient et de la nature de l'opération (l'état des déficits/déséquilibres doit être corrigé, contrôle des conditions chroniques).

REMARQUE:

La capacité du patient à résister au stress et aux effets indésirables de l'anesthésie et de l'intervention chirurgicale dépendra de la qualité de sa préparation.

5.3 Agents d'anesthésie générale

Les agents intraveineux

La plupart des agents anesthésiques sont inclus dans la liste des médicaments essentiels pour les spécialistes, ce qui signifie que leur utilisation est réservée aux agents de santé spécialisés.

5.3.1 Thiopentone

- Solution: 2.5% or 25 mg/ml
- Voie: IV
- Dose: 3 à 5 mg/kg le poids du corps

Indications (instructions) pour l'utilisation de Thiopentone:

- Induction de l'anesthésie comme anticonvulsivant

Contre-indications :

- Obstruction des voies respiratoires,
- Choc,
- Hypersensibilité aux barbituriques,
- Maladie cardiaque sévère

Effets secondaires :

- Somnolence,
- Dépression du système cardio-respiratoire (à doses cliniques).

Complications :

- Hypotension,
- Apnée (dépendante de la dose),
- Nécrose tissulaire en cas d'extravasation de la solution.

5.3.2 Kétamine

- Disponible comme solution: 50 mg/ml, 10 mg/ml
- Route: IV or IM
- Dose: IV 1-2 mg/kg or IM. 5-7 mg/kg
- Indication : Induction de l'anesthésie, maintien de l'anesthésie (perfusion) et analgésie.

NOTE:

Il est contre-indiqué en cas d'hypertension, d'épilepsie, de pression intracrânienne élevée, par exemple en cas de traumatisme crânien.

Effets secondaires:

- Délire d'urgence
- hallucinations,
- salivation accrue, augmentation du tonus musculaire

Prévenez la salivation par une prémédication à l'atropine et traitez le délire d'urgence en donnant du diazépam.

5.3.3 Propofol

Il s'agit d'une solution/émulsion : 1% ou 10 mg/ml et administrée par voie intraveineuse IV

- Dose : 1-2,5 mg/kg titrés à un débit de 4 ml par seconde

Indications pour l'utilisation de *Propofol*:

- Induction de l'anesthésie,
- Entretien de l'anesthésie

Contre-indication:

- Hypersensibilité,
- Hypotension

Effets secondaires :

- Douleur au point d'injection

5.4 Les agents anesthésiques par inhalation

5.4.1 Halothane

L'halothane figure sur la liste générale des médicaments essentiels, mais ne doit être utilisé que par des agents de santé expérimentés à l'utilisation de cet anesthésique. Il s'agit d'un liquide volatil à température ambiante.

Indications d'utilisation :

- Induction de l'anesthésie (chez les enfants, les patients présentant une obstruction des voies respiratoires).
- Entretien de l'anesthésie

Précaution:

- Utilisez toujours au moins 30 % d'oxygène avec l'halothane.
- Il est prudent d'éviter l'utilisation de l'adrénaline pour prévenir l'incidence élevée des arythmies.

Les effets indésirables qui peuvent survenir sont les suivants

- Atonie de l'utérus gravide
- Frissons postopératoires
- Dépression cardiopulmonaire sévère

5.5 Les relaxants musculaires

Ils sont utilisés pour procurer une relaxation musculaire afin de faciliter une procédure, et utilisés chez un patient inconscient, par exemple en cas d'anesthésie générale, ou sous sédatif.

Précaution à prendre avant d'utiliser un relaxant musculaire : toujours avoir des moyens de soutenir les voies respiratoires et la respiration.

5.5.1 Suxaméthonium

C'est un relaxant musculaire à action brève :

- Solution : 50 mg/ml
- Action : Début rapide et courte durée
- Voie d'administration : IV ou IM
- Dose : 1-2 mg/kg

Indication:

Relaxation musculaire pour des procédures courtes, par exemple, intubation trachéale, réduction d'une fracture.

Contre-indications :

- Obstruction des voies respiratoires,
- hyperkaliémie, par exemple, tétanos, brûlures de plus de 3 jours.

5.5.2 Atracurium

C'est un relaxant musculaire à action intermédiaire

- Solution : 10 mg/ml
- La durée d'action est de 20-40 minutes
- Voie d'administration : IV
- Dose : 300-600 microgrammes/kg
- Indication : Relaxation musculaire pour les opérations de durée intermédiaire

5.5.3 Pancuronium

Relaxant musculaire à action prolongée ;

- Solution : 2 mg/ml
- Action : Début lent et longue durée (45 minutes)
- Voie d'administration : IV
- Dose : 4-6 mg initialement, puis 2 mg ou 80-100 microgrammes/kg
- Indication : Relaxant musculaire pour une procédure longue, par exemple une laparotomie.

5.6 Sélection du type d'anesthésie pour le patient

Il faut tenir compte des facteurs suivants :

- Facteurs liés au patient : état médical, heure du dernier repas, état mental, souhait du patient le cas échéant.
- Facteurs chirurgicaux : nature de l'opération, site de l'opération, durée estimée de l'opération, position dans laquelle l'opération doit être réalisée.
- Facteurs anesthésiques : disponibilité des médicaments, expérience et compétence du prestataire de services d'anesthésie.

Techniques d'anesthésie générale

Exigences pour tous :

- Prendre et enregistrer les signes vitaux de base
- Installer une ligne intraveineuse et commencer la perfusion

5.6.1 Anesthésie générale avec respiration spontanée

Induire l'anesthésie par :

- voie intraveineuse (adultes) ou
- par inhalation (enfants, patients ayant des difficultés respiratoires).

Entretien

- Sécuriser une voie aérienne claire en utilisant une voie aérienne oropharyngée.
- Le masque est placé sur le visage
- Titrez la concentration de l'inhalation en fonction de la réponse du patient.
- Surveillez, enregistrez toutes les 5 minutes ou plus fréquemment, la tension artérielle, le pouls, la respiration, la couleur, l'oxymétrie.

Indication:

- Cette technique peut être utilisée pour des opérations sur les membres, le périnée, la paroi superficielle de la poitrine et l'abdomen.
- Convient aux opérations d'une durée inférieure à 30 minutes

5.6.2 Anesthésie générale avec ventilation contrôlée

Induisez l'anesthésie :

- Intraveineuse ou inhalation (voir ci-dessus)
- Intubation trachéale:
 - En cas de respiration spontanée pour des voies aériennes difficiles anticipées (pour les enfants)
- Ou
- Sous relaxation par **suxaméthonium** et laryngoscopie
- Confirmez le placement correct du tube par la présence de bruits respiratoires sur les deux côtés de la poitrine.
- Connectez le système de respiration/d'administration au tube endotrachéal.

Maintenance

- Titrate concentration of inhalation agent against response of the patient - Titrer la concentration de l'agent inhalé en fonction de la réponse du patient
 - Un relaxant musculaire sélectionné à action prolongée est administré
 - Une ventilation intermittente à pression positive est effectuée
 - Surveiller les signes vitaux (comme ci-dessus)
- En fin d'intervention, lorsque le patient présente des signes d'effort respiratoire, donnez
 - IV. **Néostigmine 0,03 à 0,07 mg/kg** pour inverser les effets du myorelaxant à action prolongée.

Indication

- Toutes les opérations qui nécessitent une protection des voies aériennes et une ventilation contrôlée, par exemple les opérations intra-abdominales, intrathoraciques et intracrâniennes.

5.6.3 Induction à séquence rapide de l'anesthésie générale

Également appelée induction rapide) Pour les patients ayant l'estomac plein et présentant un risque de régurgitation, par exemple en cas de chirurgie d'urgence ou d'abdomen distendu.

Étapes de l'induction par choc :

- Établir une ligne intraveineuse et commencer les perfusions.
- Pré-oxygénation pendant >3 minutes
- Induisez avec un agent anesthésique intraveineux sélectionné.
- L'assistant applique une pression sur le cricoïde
- **Le suxaméthonium** est administré par voie IV
- Réalisation d'une laryngoscopie
- La trachée est intubée et le placement correct du tube est confirmé.
- Le brassard du tube endotrachéal est gonflé, puis la pression cricoïde est relâchée.
- La position du tube est fixée par un cerclage et une voie aérienne est insérée.
- Raccordez ensuite le circuit/système respiratoire pour maintenir l'anesthésie.

5.6.4 Les Techniques d'anesthésie régionale

Elle peut être utilisée pour l'anesthésie afin de permettre une procédure chirurgicale indolore ou comme moyen de contrôle de la douleur dans le cadre des soins palliatifs.

Une connaissance détaillée de l'anatomie, de la technique et des complications possibles est importante pour placer correctement l'injection. Une évaluation et une préparation préopératoires du patient doivent être effectuées.

Seuls les médicaments sans conservateur peuvent être utilisés pour les blocs nerveux. La lidocaïne a un début d'action plus rapide que la bupivacaïne, mais une durée d'action plus courte.

- Lidocaïne 1% ou 2%.
 - Les concentrations plus élevées provoquent une plus grande douleur à l'injection.
 - Dose maximale : 3 mg/kg.
- Lidocaïne 2% plus adrénaline.
 - Ne doit pas être utilisé dans les zones alimentées par une artère terminale, par exemple le doigt, l'oreille, le pénis.
 - Dose maximale : 7 mg/kg.
- Bupivacaïne 0,5 % :
 - Ne pas utiliser dans les zones muqueuses en raison du risque de toxicité systémique.
 - Dose maximale : 2 mg/kg.

Le refus du patient et la septicémie locale sont les seules contre-indications absolues.

Choisir la technique appropriée pour l'opération.

Procédure:

- Discuter de la procédure avec le patient
- Identifier le site d'injection en utilisant les points de repère appropriés
- Respecter les conditions d'asepsie
- Utilisez une aiguille de petit calibre, qui provoque moins de douleur pendant l'injection.
- Choisissez la concentration et le volume du médicament en fonction de la technique.
- Aspirer avant l'injection pour éviter une injection intravasculaire accidentelle.
- Injectez lentement et attendez 5 à 10 minutes pour que le médicament commence à agir.
- Confirmez l'effet de blocage souhaité avant le début de l'intervention.
- Le patient doit être surveillé tout au long de la procédure

NOTE:

- Des agents supplémentaires doivent être disponibles pour l'analgésie ou l'anesthésie si la technique est inadéquate.
- Le matériel de réanimation, les médicaments et l'oxygène doivent être disponibles avant l'administration de tout anesthésique.

CHAPITRE 6

LA CHAÎNE D'APPROVISIONNEMENT EFFICACE ET EFFICIENTE POUR LES MÉDICAMENTS CONTRÔLÉS EN RDC

LA CHAÎNE D'APPROVISIONNEMENT EFFICACE ET EFFICIENTE POUR LES MÉDICAMENTS CONTRÔLÉS EN RDC

Cela dépend d'une liste nationale générale de médicaments essentiels fondée sur des preuves, ainsi que d'une liste nationale de médicaments essentiels pour les soins palliatifs, qui sont en accord avec les recommandations de l'Organisation mondiale de la santé. En outre, la chaîne d'approvisionnement est informée par l'aspiration de la Déclaration politique des Nations unies sur la couverture sanitaire universelle, la résolution de l'Assemblée mondiale de la santé de 2014 sur les soins palliatifs et la résolution de l'Assemblée mondiale de la santé de 2017 sur le cancer, qui mettent toutes l'accent sur l'amélioration de l'accès aux médicaments contrôlés à usage médical et scientifique.

Comprendre le système de la chaîne d'approvisionnement en RDC pour les médicaments contrôlés:

1. Comprendre la liste nationale des médicaments essentiels de la RDC et la liste nationale des médicaments essentiels pour les soins palliatifs ainsi que les articles contrôlés figurant sur ces listes.
2. Les équipes responsables de l'approvisionnement en produits pharmaceutiques et en médicaments contrôlés en particulier.
3. La quantification des médicaments contrôlés pour la RDC
4. Le budget national des produits pharmaceutiques et le montant consacré aux médicaments contrôlés
5. Les processus de commande pour l'importation de médicaments contrôlés ou de leurs molécules
6. Le processus de distribution des stocks médicaux nationaux aux provinces, aux établissements de santé et aux patients.
7. La tenue de registres et la collecte de données en RDC sur les médicaments contrôlés
8. L'établissement de rapports sur les médicaments contrôlés dans le pays
9. Rapports à l'Organe international de contrôle des stupéfiants.

LISTE DES RÉFÉRENCES

1. Benton K, Pegoraro R Editors. Finding Dignity at the End of Life As spiritual Reflection on Palliative Care. New York Routledge 2020
2. Cancer prevention and control in the context of an integrated approach 70th World Health Assembly 31 May 2017 https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA70/A70_R12-en.pdf
3. Dr Julia Downing, Mackuline Atieno, Stephanie Debere, Dr Faith Mwangi-Powell, Dr. Henry Ddungu, Fatia Kiyange, Editors: Beating Pain: A Pocket Guide for Pain Management in Africa, African Palliative Care Association 2010 <https://www.icpcn.org/wp-content/uploads/2017/08/Beating-Pain-APCA-Handbook.pdf> accessed 11 May 2021
4. Ensuring balance in national policies on controlled substances Guidance for availability and accessibility of controlled medicines WHO 2011 https://www.unodc.org/documents/drug-prevention-and-treatment/WHO_Availability_and_Access_9789241564175_eng.pdf
5. National Department of Health, South Africa. Essential Drugs Programme. Hospital level (Adults) Standard Treatment Guidelines and Essential Medicines List. 5th ed. 2019.
6. National Guidelines for Management of Common Conditions, Clinical Guidelines, Ministry of Health Uganda Revised Edition 2016,
7. WHO Essential Medicines List (EML) and the 7th WHO Essential Medicines List for Children (EMLc) updated in June 2019.
8. Xavier Gómez-Batiste & Stephen Connor Editors: Building Integrated Palliative Care Programs and Services 2017 https://www.ed.ac.uk/files/atoms/files/building_integrated_palliative_care_programs_and_services.pdf accessed on 11 May 2021
9. Strengthening of palliative care as a component of comprehensive care throughout the life course, 67th World Health Assembly, Geneva 24 May 2014, https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_R19-en.pdf Accessed 11 May 2021
10. Waldman E, Glass M, Editors: A Field Manual for Palliative Care in Humanitarian Crises. Oxford University Press 2020

African Palliative Care Association
PO Box 72518
Plot 95 Dr Gibbons Rd, Makindye,
Kampala, Uganda

Tel: +256 393 264978/265978

E: info@africanpalliativecare.org

W: www.africanpalliativecare.org



All rights are reserved, whether referring to the whole or a part of the material, particularly the rights to reproduce images or text or to translate or reprint. Requests for permission to reproduce text or images, or to translate APCA publications, or any other inquiries, should be directed to APCA, PO Box 72518, Kampala, Uganda.
Tel: +256 393 264978/265978, email: info@africanpalliativecare.org, website: www.africanpalliativecare.org.