

Guide d'intervention mhGAP

pour lutter contre les troubles mentaux, neurologiques et liés
à l'utilisation de substances psychoactives dans les structures de
soins non spécialisées



**Organisation
mondiale de la Santé**

Programme d'action Comblir les lacunes
en santé mentale

Catalogage à la source: Bibliothèque de l'OMS

Guide d'intervention mhGAP pour lutter contre les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives dans les structures de soins non spécialisées: Programme d'action Comblant les lacunes en santé mentale.

1. Troubles mentaux – prévention et contrôle. 2. Système nerveux, Maladies. 3. Psychose. 4. Troubles liés substance toxique. 5. Ligne directrice I. Organisation mondiale de la Santé.

ISBN 978 92 4 254806 8
(Classification NLM: WM 140)

© **Organisation mondiale de la Santé 2011**

Tous droits réservés. Il est possible de se procurer les publications de l'Organisation mondiale de la Santé auprès des Editions de l'OMS, Organisation mondiale de la Santé, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 (Suisse) (téléphone: +41 22 791 3264; télécopie: +41 22 791 4857; adresse électronique: bookorders@who.int). Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire des publications de l'OMS – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées aux Editions de l'OMS, à l'adresse ci dessus (télécopie: +41 22 791 4806; adresse électronique: permissions@who.int).

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la Santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Pour plus d'informations, prendre contact avec:

Département Santé mentale et abus de substances psychoactives
Organisation mondiale de la Santé
Avenue Appia 20
CH-1211 Genève 27
Suisse

Courriel: mhgap-info@who.int
Site internet: www.who.int/mental_health/mhgap

Imprimé en Italie

Guide d'intervention mhGAP

pour lutter contre les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives dans les structures de soins non spécialisées

Version 1.0



**Organisation
mondiale de la Santé**

Programme d'action Comblent les lacunes
en santé mentale

Sommaire



Préface	iii
Remerciements	iv
Abréviations et symboles	vii
I Introduction	1
II Principes généraux de soins	6
III Tableau principal	8

IV Modules

1. Dépression modérée à sévère	10
2. Psychose	18
3. Troubles bipolaires	24
4. Épilepsie/Crises convulsives	32
5. Troubles du développement	40
6. Troubles du comportement	44
7. Démence	50
8. Consommation d'alcool et troubles liés à la consommation d'alcool	58
9. Consommation de drogues et troubles liés à la consommation de drogues	66
10. Conduites autoagressives/suicidaires	74
11. Autres plaintes émotionnelles importantes ou médicalement inexpliquées	80

V Interventions psychosociales avancées	82
---	----



Pour les systèmes de santé partout dans le monde, c'est un défi majeur que de soigner les personnes souffrant de troubles mentaux, neurologiques ou liés à l'utilisation de substances psychoactives et de protéger leurs droits humains. Les ressources disponibles à cet effet sont insuffisantes, inéquitablement réparties et utilisées de manière inefficace. Il résulte de cette situation qu'une large majorité des personnes souffrant de ces troubles ne reçoivent aucun soin.

En 2008, pour répondre au manque de soins dont pâtissent les personnes atteintes de troubles mentaux, neurologiques ou liés à l'utilisation de substances psychoactives en particulier dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, l'OMS a lancé le Programme d'action Comblent les lacunes en santé mentale (mhGAP). Quatorze pour cent de la charge mondiale de morbidité est imputable à ces troubles et près des trois quarts de cette charge pèse sur les pays à revenu faible ou intermédiaire. Les ressources disponibles dans ces pays sont insuffisantes – la vaste majorité d'entre eux allouent moins de 2% de leur budget à la santé mentale, d'où un déficit de traitement de plus de 75% dans de nombreux pays à revenu faible ou intermédiaire.

Prendre des mesures pour remédier à cette situation va dans le sens d'une bonne logique économique. Les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives interfèrent, de manière substantielle, avec la capacité des enfants à apprendre et avec celle des adultes à exercer leur fonction dans la famille, au travail et dans la société au sens large. Prendre des mesures contre ces troubles, c'est également agir en faveur des plus démunis. Ils représentent en effet les facteurs de risque ou les conséquences de nombreux problèmes de santé et sont trop souvent associés à la pauvreté, à la marginalisation ou à l'inégalité sociale.

Selon une idée fausse et néanmoins très répandue, l'amélioration de la santé mentale nécessiterait des technologies très élaborées et coûteuses et du personnel hautement spécialisé. En réalité, la plupart des pathologies mentales, neurologiques ou liées à l'utilisation de substances psychoactives responsables d'une morbidité et d'une mortalité importantes peuvent être prises en charge par des prestataires de soins de santé non spécialisés. Ce qu'il convient de faire est donc d'accroître la capacité des systèmes de soins de santé primaires à délivrer des modules de soins intégrés, par le biais de formations, d'un soutien ou d'une supervision.

Voilà le contexte dans lequel j'ai le plaisir de présenter le « *Guide d'intervention mhGAP pour lutter contre les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives dans les structures de soins non spécialisées* », un outil technique pour la mise en œuvre du Programme d'action mhGAP. Ce Guide a été élaboré à partir d'une revue systématique des éléments d'appréciation, suivie d'une consultation internationale et d'un processus participatif. Il fournit une série complète de recommandations pour faciliter la délivrance de soins de haute qualité dans le cadre des établissements de premier et de deuxième niveau, par des prestataires de soins de santé non spécialisés, dans les pays disposant de peu de ressources. Il présente la prise en charge intégrée des pathologies prioritaires à l'aide de protocoles de prise de décisions cliniques.

J'espère que ce Guide sera utile aux prestataires de soins de santé, aux décideurs et aux directeurs de programmes pour répondre aux besoins des personnes atteintes de troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives.

Nous avons la connaissance. Notre principale mission est de la transposer en actions et d'en faire profiter les personnes qui en ont le plus besoin.

Dr Margaret Chan

Directeur général
Organisation mondiale de la Santé

Remerciements



Vision et conceptualisation

Ala Alwan, Sous-Directeur général, Maladies non transmissibles et santé mentale, OMS; Benedetto Saraceno, ancien Directeur du Département Santé mentale et abus de substances psychoactives, OMS; Shekhar Saxena, Directeur, Département Santé mentale et abus de substances psychoactives, OMS.

Coordination du projet et édition

Tarun Dua, Nicolas Clark, Edwige Faydi (†), Alexandra Fleischmann, Vladimir Poznyak, Mark van Ommeren, M Taghi Yasamy, Shekhar Saxena.

Contributions et conseils

Un appui, des éléments et des conseils précieux ont été apportés par le personnel technique du Siège de l'OMS, le personnel des bureaux régionaux et de pays de l'Organisation et de nombreux experts internationaux. Ces contributions ont été essentielles pour l'élaboration du présent Guide d'intervention.

OMS Genève

Meena Cabral de Mello, Venkatraman Chandra-Mouli, Natalie Drew, Daniela Fuhr, Michelle Funk, Sandra Gove, Suzanne Hill, Jodi Morris, Mwansa Nkowane, Geoffrey Reed, Dag Rekve, Robert Scherpbier, Rami Subhi, Isy Vromans, Silke Walliser.

Bureaux régionaux et de pays de l'OMS

Zohra Abaakouk, Bureau de pays de l'OMS pour Haïti; Thérèse Agossou, Bureau régional OMS de l'Afrique; Victor Aparicio, Bureau de l'OMS au Panama; Andrea Bruni, Bureau de pays de l'OMS au Sierra Leone; Vijay Chandra, Bureau régional OMS de l'Asie du Sud-Est; Sebastiana Da Gama Nkomo, Bureau régional OMS de l'Afrique; Carina Ferreira-Borges, Bureau régional OMS

de l'Afrique; Nargiza Khodjaeva, Bureau de Cisjordanie et de Gaza; Ledia Lazeri, Bureau de pays de l'OMS en Albanie; Haifa Madi, Bureau régional OMS de la Méditerranée orientale; Albert Maramis, Bureau de pays de l'OMS en Indonésie; Anita Marini, Bureau de pays de l'OMS en Jordanie; Rajesh Mehta, Bureau régional OMS de l'Asie du Sud-Est; Linda Milan, Bureau régional OMS du Pacifique occidental; Lars Moller, Bureau régional OMS de l'Europe; Maristela Monteiro, Bureau régional OMS des Amériques; Matthijs Muijen, Bureau régional OMS de l'Europe; Emmanuel Musa, Bureau de pays de l'OMS au Nigéria; Neena Raina, Bureau régional OMS de l'Asie du Sud-Est; Jorge Rodriguez, Bureau régional OMS des Amériques; Khalid Saeed, Bureau régional OMS de la Méditerranée orientale; Emmanuel Streel, Bureau régional OMS de la Méditerranée orientale; Xiangdong Wang, Bureau régional OMS du Pacifique occidental.

Appui administratif

Frances Kaskoutas-Norgan, Adeline Loo, Grazia Motturi-Gerbail, Tess Narciso, Mylène Schreiber, Rosa Seminario, Rosemary Westermeyer.

Personnel stagiaire

Scott Baker, Christina Broussard, Lynn Gauthier, Nelly Huynh, Amanda Ifie, Kushal Jain, Kelsey Klaver, Jessica Mears, Manasi Sharma, Aditi Singh, Kanna Sugiura, Stephen Tang, Keiko Wada, Aislinn Williams.

Experts internationaux

Clive Adams, Royaume-Uni; Robert Ali, Australie; Alan Apter, Israël; Yael Apter, Israël; José Ayuso-Mateos*, Espagne; Corrado Barbui*, Italie; Erin Barriball, Australie; Ettore Beghi, Italie; Gail Bell, Royaume-Uni; Gretchen Birbeck*, États-Unis d'Amérique; Jonathan Bisson, Royaume-Uni; Philip Boyce, Australie; Vladimir Carli, Suède; Erico Castro-Costa, Brésil; Andrew Mohanraj Chandrasekaran §, Indonésie; Sonia Chehil, Canada; Colin Coxhead, Suisse; Jair de Jesus Mari, Brésil; Carlos de Mendonça Lima, Portugal; Diego DeLeo, Australie; Christopher Dowrick, Royaume-Uni; Colin Drummond, Royaume-Uni; Julian Eaton §,

Nigéria; Eric Emerson, Royaume-Uni; Cleusa P Ferri, Royaume-Uni; Alan Flisher †*, Afrique du Sud; Éric Fombonne, Canada; Maria Lucia Formigoni §, Brésil; Melvyn Freeman*, Afrique du Sud; Linda Gask, Royaume-Uni; Panteleimon Giannakopoulos*, Suisse; Richard P Hastings, Royaume-Uni; Allan Horwitz, États-Unis d'Amérique; Takashi Izutsu, Fonds des Nations Unies pour la Population; Lynne M Jones §, Royaume-Uni; Mario F Juruena, Brésil; Budi Anna Keliat §, Indonésie; Kairi Kolves, Australie; Shaji S Kunnukattil §, Inde; Stan Kutcher, Canada; Tuuli Lahti, Finlande; Noeline Latt, Australie; Itzhak Levav*, Israël; Nicholas Lintzeris, Australie; Jouko Lonngqvist, Finlande; Lars Mehlum, Norvège; Nalaka Mendis, Sri Lanka; Ana Claire Meyer, États-Unis d'Amérique; Valerio Daisy Miguelina Acosta, République dominicaine; Li Li Min, Brésil; Charles Newton §, Kenya; Isidore Obot*, Nigéria; Lubomir Okruhlica §, Slovaquie; Olayinka Omigbodun* §, Nigéria; Timo Partonen, Finlande; Vikram Patel*, Inde et Royaume-Uni; Michael Phillips* §, Chine; Pierre-Marie Preux, France; Martin Prince* §, Royaume-Uni; Atif Rahman* §, Pakistan et Royaume-Uni; Afarin Rahimi-Movaghar*, Iran; Janet Robertson, Royaume-Uni; Josemir W Sander*, Royaume Uni; Sardarpour Gudarzi Shahrokh, Iran; John Saunders*, Australie; Chiara Servili §, Italie; Pratap Sharan §, Inde; Lorenzo Tarsitani, Italie; Rangaswamy Thara* §, Inde; Graham Thornicroft* §, Royaume Uni; Jürgen Ünutzer*, États-Unis d'Amérique; Mark Vakkur, Suisse; Peter Ventevogel* §, Pays-Bas; Lakshmi Vijayakumar* §, Inde; Eugenio Vitelli, Italie; Wen zhi Wang §, Chine.

* Membre du Groupe de mise au point des recommandations mhGAP.

§ Participant à une réunion accueillie par la Fondation Rockefeller, intitulée «Development of Essential Package for Mental, Neurological and Substance Use Disorders within WHO mental health Gap Action Programme».

† Décédé.

Remerciements



Examen technique

En outre, des réactions et des observations concernant le projet de document ont été exprimées par les organisations internationales et les experts suivants.

Organisations

‡ Autistica (Eileen Hopkins, Jenny Longmore, Royaume-Uni); Autism Speaks (Geri Dawson, Andy Shih, Roberto Tuchman, États-Unis d'Amérique); CBM (Julian Eaton, Nigéria; Allen Foster, Birgit Radtke, Allemagne); Cittadinanza (Andrea Melella, Raffaella Meregalli, Italie); Fondation d'Harcourt (Maddalena Occhetta, Suisse); Fondazione St. Camille de Lellis (Chiara Ciriminna, Suisse); Comité international de la Croix-Rouge (Renato Souza, Brésil); Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge (Nana Wiedemann, Danemark); Corps médical international (Neerja Chowdary, Allen Dyer, Peter Hughes, Lynne Jones, Nick Rose, Royaume-Uni); Karolinska Institutet (Danuta Wasserman, Suède); Médecins sans Frontières (Frédérique Drogoul, France; Barbara Laumont, Belgique; Carmen Martinez, Espagne; Hans Stolk, Pays-Bas); ‡ Réseau des utilisateurs des services de santé mentale de Zambie (Sylvester Katontoka, Zambie); Institut national de la Santé mentale (Pamela Collins, États-Unis d'Amérique); ‡ Schizophrenia Awareness Association (Gurudatt Kundapurkar, Inde); Terre des Hommes, (Sabine Rakatomalala, Suisse); Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés (Marian Schilperoord); Fonds des Nations Unies pour la Population (Takashi Izutsu); Association mondiale pour la Réadaptation psychosociale (Stelios Stylianidis, Grèce); Fédération mondiale de Neurologie (Johan Aarli, Norvège); Association mondiale de Psychiatrie (Dimitris Anagnastopoulos, Grèce; Vincent Camus, France; Wolfgang Gaebel, Allemagne; Tarek A Gawad, Égypte; Helen Herrman, Australie; Miguel Jorge, Brésil; Levent Kuey, Turquie; Mario Maj, Italie; Eugenia Soumaki, Grèce, Allan Tasman, États-Unis d'Amérique).

Experts réviseurs

Gretel Acevedo de Pinzón, Panama; Atalay Alem, Éthiopie; Deifallah Allouzi, Jordanie; Michael Anibueze, Nigéria; Joseph Asare, Ghana; Mohammad Asfour, Jordanie; Sawitri Assanangkornchai, Thaïlande; Fahmy Bahgat, Égypte; Pierre Bastin, Belgique; Myron Belfer, États-Unis d'Amérique; Vivek Benegal, Inde; José Bertolote, Brésil; Arvin Bhana, Afrique du Sud; Thomas Bornemann, États-Unis d'Amérique; Yarida Boyd, Panama; Boris Budosan, Croatie; Odille Chang, Fidji; Sudipto Chatterjee, Inde; Hilary J Dennis, Lesotho; M Parameshvara Deva, Malaisie; Hervita Diatri, Indonésie; Ivan Doci, Slovaquie; Joseph Edem-Hotah, Sierra Leone; Rabih El Chammay, Liban; Hashim Ali El Mousaad, Jordanie; Eric Emerson, Royaume-Uni; Saeed Farooq, Pakistan; Abebu Fekadu, Éthiopie; Sally Field, Afrique du Sud; Amadou Gallo Diop, Sénégal; Pol Gerits, Belgique; Tsehaysina Getahun, Éthiopie; Rita Giacaman, Cisjordanie et Bande de Gaza; Melissa Gladstone, Royaume-Uni; Margaret Grigg, Australie; Oye Gureje, Nigéria; Simone Honikman, Afrique du Sud; Asma Humayun, Pakistan; Martsenkovsky Igor, Ukraine; Begoñe Ariño Jackson, Espagne; Rachel Jenkins, Royaume-Uni; Olubunmi Johnson, Afrique du Sud; Rajesh Kalaria, Royaume-Uni; Angelina Kakooza, Ouganda; Devora Kestel, Argentine; Sharon Kleintjes, Afrique du Sud; Vijay Kumar, Inde; Hannah Kuper, Royaume-Uni; Ledia Lazëri, Albanie; Antonio Lora, Italie; Lena Lundgren, États-Unis d'Amérique; Ana Cecilia Marques Petta Roselli, Brésil; Tony Marson, Royaume-Uni; Edward Mbewe, Zambie; Driss Moussaoui, Maroc; Malik Hussain Mubbashar, Pakistan; Julius Muron, Ouganda; Hideyuki Nakane, Japon; Juliet Nakku, Ouganda; Friday Nsalamo, Zambie; Emilio Ovuga, Ouganda; Fredrick Owiti, Kenya; Em Perera, Népal; Inge Petersen, Afrique du Sud; Moh'd Bassam Qasem, Jordanie; Shobha Raja, Inde; Rajat Ray, Inde; Telmo M Ronzani, Brésil; SP Sashidharan, Royaume-Uni; Sarah Skeen, Afrique du Sud; Jean-Pierre Soubrier, France; Abang Bennett Abang Taha, Brunéi Darussalam; Ambros Uchtenhagen, Suisse; Kristian Wahlbeck, Finlande; Lawrence Wissow, États-Unis d'Amérique; Lyudmyla Yur'yeva, Ukraine; Douglas Zatzick, États-Unis d'Amérique; Anthony Zimba, Zambie.

Équipe de production

Édition : Philip Jenkins, France

Conception graphique et mise en page : Erica Lefstad et Christian Bäuerle, Allemagne

Coordination de l'impression : Pascale Broisin, OMS, Genève

Révision technique de la traduction

Marc Laporta, Serge Beaulieu, Fabrice Jollant, Michel Perreault, Diana Milton, Johanne Renaud, Gaston Harnois et Gabriel Audet, Centre Collaborateur OMS-OPS de Montréal pour la recherche et la formation en santé mentale, Montréal; Nicolas Bergeron, Médecins du Monde Canada, Montréal; Richard Brière, Initiatives, secteur de la santé, University McGill, Montréal; Philippe Nubukpo et Pierre-Marie Preux, Institut de Neurologie Tropicale, Faculté de Médecine, Limoges; Eva Murino, Jodi Morris et Mylène Schreiber, Organisation mondiale de la Santé, Genève

Soutien financier

Les organisations suivantes ont contribué financièrement à la mise au point et à la production de ce Guide :

Association américaine de Psychiatrie, États-Unis d'Amérique; Association of Aichi Psychiatric Hospitals, Japon; Autism Speaks, États-Unis d'Amérique; CBM; Gouvernement italien; Gouvernement japonais; Gouvernement des Pays-Bas; Bureau international pour l'Épilepsie; Ligue internationale contre l'Épilepsie; Medical Research Council, Royaume-Uni; National Institute of Mental Health, États-Unis d'Amérique; Agence de la Santé publique du Canada, Canada; Fondation Rockefeller, États-Unis d'Amérique; Fondation Shirley, Royaume-Uni; Syngenta, Suisse; Fonds des Nations Unies pour la Population; Association mondiale de Psychiatrie.

‡ La société civile/les associations d'usagers et de familles

Abréviations et symboles



Abréviations

sida	Syndrome de l'immunodéficience acquise
TCC	Thérapie cognitivo-comportementale
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
i.m.	Intramusculaire
PCIME	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
PTI	Psychothérapie interpersonnelle
i.v.	Intraveineux
mhGAP	Programme d'action Comblers les lacunes en santé mentale
GI-mhGAP	Guide d'intervention du Programme d'action Comblers les lacunes en santé mentale
TSO	Thérapie de substitution des opioïdes
ISRS	Inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine
IST	Infection sexuellement transmissible
ATC	Antidépresseur tricyclique

Symboles

	Nourrissons/jeunes enfants		En rapport avec l'hôpital
	Enfants/adolescents		Médicament
	Femmes		Intervention psychosociale
	Femmes enceintes		Consulter un spécialiste
	Adulte		Terminer l'évaluation
	Personne âgée		
	Attention/Problème		
	Aller à/Tenir compte de/ Passer ce module		
	À ne pas faire		Si OUI
	Plus d'information		Si NON

Introduction



Programme d'action Combler les lacunes en santé mentale (mhGAP) – Généralités

Dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, environ quatre personnes sur cinq ayant besoin d'être prises en charge pour une pathologie mentale, neurologique ou liée à l'utilisation de substances psychoactives ne reçoivent aucun soin dans ce domaine. Même lorsque disponibles, les interventions sont souvent de qualité médiocre ou non fondées sur des données probantes. L'OMS a récemment lancé le Programme d'action Combler les lacunes en santé mentale (mhGAP) à l'intention des pays à revenu faible ou intermédiaire avec pour objectif d'élargir l'accès à la prise en charge des troubles mentaux, neurologiques ou liés à l'utilisation de substances psychoactives. Ce Guide d'intervention mhGAP (GI-mhGAP) a été mis au point pour faciliter la prestation, dans le cadre du Programme mhGAP, d'interventions reposant sur une base factuelle, dans des structures de soins non spécialisées.

Il existe une idée largement partagée, mais fautive, selon laquelle toutes les interventions en santé mentale seraient complexes et ne pourraient être délivrées que par du personnel hautement spécialisé. Des recherches récentes ont démontré la faisabilité de délivrer des interventions pharmacologiques et psychosociales dans des structures de soins non spécialisées. Ce modèle de Guide mhGAP a été établi en examinant tous les éléments scientifiques disponibles dans le domaine de la santé mentale et expose les interventions recommandées dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Il contient des recommandations reposant sur les données factuelles pour identifier et prendre en charge un certain nombre de pathologies prioritaires. Les conditions prioritaires représentées incluent la dépression, la psychose, les troubles bipolaires, l'épilepsie, les troubles du développement et du comportement chez les enfants et les adolescents, la démence, les troubles liés à la consommation d'alcool, ceux liés à l'utilisation de substances psychoactives, les conduites autoagressives/suicidaires et les autres plaintes

émotionnelles importantes ou médicalement inexplicables. Ces pathologies prioritaires ont été sélectionnées en raison de l'importante charge de morbidité, de mortalité et d'incapacité qu'elles entraînent, de leur coût économique élevé et des violations des droits humains qui leur sont associées.

Élaboration du Guide d'intervention mhGAP (GI-mhGAP)

Le Guide d'intervention mhGAP a été élaboré à partir d'un processus d'examen intensif des données probantes dans le domaine. Des revues systématiques ont été réalisées pour mettre au point des recommandations reposant sur une base factuelle. Le processus d'élaboration du Guide a fait appel à un groupe d'experts internationaux pour la mise au point de recommandations de l'OMS, qui a collaboré étroitement avec le Secrétariat. Ces recommandations ont ensuite été converties en interventions par étapes clairement présentées en collaboration encore une fois avec un groupe international d'experts. Le GI-mhGAP a circulé ensuite parmi un ensemble plus vaste de réviseurs à travers le monde pour recevoir les diverses contributions.

Le Guide d'intervention mhGAP se fonde sur les recommandations mhGAP à propos des interventions pour lutter contre les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives (http://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/en). Ces recommandations et le Guide seront réexaminés et actualisés tous les cinq ans. Toute révision ou actualisation effectuée avant cette date sera appliquée à la version en ligne du document.

Objectif du Guide d'intervention mhGAP

Le GI-mhGAP a été élaboré pour être utilisé dans des structures de soins de santé non spécialisées. Il est destiné aux prestataires de soins en fonction dans des établissements de premier et de deuxième niveau. Ces prestataires de soins peuvent travailler dans un centre de santé ou dans le cadre d'une équipe clinique d'un hôpital ou d'un dispensaire de district. Il s'agit généralement entre autres de médecins généralistes, de médecins de famille, de personnel infirmier et de cliniciens. D'autres prestataires de soins non spécialistes peuvent utiliser le Guide moyennant l'adaptation nécessaire. Les établissements de premier niveau comprennent les centres de santé servant de premier point de contact avec un professionnel de la santé et fournissant des soins médicaux et infirmiers en ambulatoire. Ces services sont assurés, entre autres, par des praticiens généralistes ou d'autres médecins, des dentistes, des cliniciens, du personnel infirmier communautaire, des pharmaciens ou des sages-femmes. Les établissements de deuxième niveau incluent les hôpitaux de premier recours, responsables d'un district ou d'une zone géographique définie, abritant une population donnée et régis par une organisation politico-administrative telle qu'une équipe de gestion sanitaire de district. Le clinicien ou le spécialiste de la santé mentale de district apporte son appui clinique à l'équipe soignante de première ligne et l'appuie aussi lorsqu'il s'agit d'orienter une personne vers un établissement spécialisé si nécessaire.

Le GI-mhGAP se présente sous une forme succincte pour faciliter les interventions par du personnel non spécialisé et déjà très occupé dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Il indique en détail ce qu'il *faut faire*, mais ne tente pas d'expliquer *comment faire*. Il importe que les prestataires de soins non spécialisés soient formés, supervisés et aidés pour utiliser le GI-mhGAP dans l'évaluation et la prise en charge de personnes atteintes de troubles mentaux, neurologiques ou liés à la prise de substances psychoactives.

Introduction



Le Guide ne couvre pas le développement de services. Il existe d'autres documents OMS pour guider ce type de développement, et notamment un outil d'évaluation des systèmes de santé mentale, un module Guide des politiques et des services de santé mentale, et des documents spécifiques sur l'intégration de la santé mentale dans les soins primaires. Des informations sur la mise en œuvre du Programme mhGAP sont fournies dans la publication : *Programme d'action mhGAP Comblant les lacunes en santé mentale : élargir l'accès aux soins pour lutter contre les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives*. Une liste de documents OMS utiles, accompagnés des liens correspondants, figure à la fin de cette introduction.

Si le Guide mhGAP est principalement destiné à une application par des non-spécialistes, il peut également être utile aux spécialistes dans leur travail. En outre, ces derniers ont un rôle indispensable et important à jouer en matière de formation, de soutien et de supervision. Le GI-mhGAP indique dans quel cas il est nécessaire d'avoir accès à un spécialiste pour une consultation ou une orientation. Si aucun spécialiste n'est disponible dans le district, des solutions créatives devront être trouvées. Par exemple, si les ressources sont rares, il est possible d'organiser une formation supplémentaire en santé mentale pour les prestataires de soins non spécialisés de manière à ce qu'ils puissent exercer certaines des fonctions nécessaires en l'absence de spécialiste. Les spécialistes devraient aussi bénéficier d'une formation sur les aspects relevant de la santé publique du Programme et de l'organisation des services. Dans l'idéal, la mise en œuvre du GI-mhGAP requiert l'action coordonnée d'experts et de gestionnaires en santé publique, ainsi que de spécialistes dans des domaines précis également orientés vers la santé publique.

Adaptation du Guide mhGAP

Le GI-mhGAP est un modèle de guide et il doit absolument être adapté aux situations nationales ou locales. En vue de cette adaptation et de la mise en œuvre du Guide, les utilisateurs peuvent sélectionner un sous-ensemble de pathologies prioritaires ou d'interventions en fonction des différences contextuelles dans la prévalence des pathologies et la disponibilité des ressources. Cette adaptation est nécessaire pour s'assurer que les maladies contribuant le plus fortement à la charge supportée par un pays donné sont couvertes par le Guide et que celui-ci soit adapté aux conditions locales influant sur les soins dispensés aux personnes atteintes de troubles mentaux, neurologiques ou liés à l'utilisation de substances psychoactives dans les établissements de soins. Le processus d'adaptation doit être exploité comme une opportunité de développer un consensus sur des points techniques concernant plusieurs pathologies ; il nécessite la participation des parties prenantes clés au niveau national. Il comprend la traduction dans la ou les langues locales, ainsi que la vérification de l'acceptabilité des interventions en regard du contexte socioculturel et de leur adéquation au système de santé local.

Mise en œuvre du Guide mhGAP – Points clés

La mise en œuvre à l'échelle nationale doit débuter par l'organisation d'une réunion des parties prenantes au niveau du pays, suivie d'une évaluation des besoins et de l'identification des obstacles à la mise en œuvre. Ces étapes conduiront à la préparation d'un plan d'action pour l'accroissement des services, la sensibilisation, le développement et le transfert de tâches au sein des ressources humaines, le financement et la budgétisation, le développement d'un système d'information pour les pathologies prioritaires, le suivi et l'évaluation.

L'application au niveau du district sera nettement plus facile une fois que les décisions prises à l'échelle nationale auront été mises en pratique. Au départ, il faudra organiser une série de réunions de coordination au niveau du district. Tous les responsables sanitaires de district doivent être bien informés, notamment si la santé mentale est pour eux un nouveau domaine qui vient se rattacher à leurs responsabilités actuelles. La présentation à ces responsables du GI-mhGAP peut leur procurer plus d'aisance lorsqu'ils découvriront que ce Guide est simple, applicable dans leur contexte et intégrable au système de santé. Le renforcement des capacités de soins en santé mentale requiert une formation initiale, ainsi qu'un appui et une supervision en continu. Néanmoins, la formation pour préparer à l'utilisation du Guide doit être coordonnée de manière à ne pas interrompre la prestation déjà existante de services.

Introduction

Comment utiliser le Guide mhGAP

- » Le Guide mhGAP débute par les « **Principes généraux de soins** ». Il propose de bonnes pratiques cliniques pour régir les interactions entre prestataires de soins et personnes consultant pour des problèmes de santé mentale. Tous les utilisateurs du Guide mhGAP doivent être familiarisés avec ces principes et autant que possible les appliquer.
- » Le Guide comprend un « **Tableau principal** », qui renseigne sur les présentations courantes des pathologies prioritaires. Ce Tableau doit orienter le clinicien vers les modules pertinents.
 - En présence d’une éventuelle **comorbidité (deux troubles présents en même temps)**, le clinicien doit d’abord confirmer la comorbidité, puis élaborer un plan de prise en charge global en vue du traitement.
 - Les pathologies les plus graves doivent être prises en charge en premier. Lors de la visite de suivi, il faut prévoir de vérifier si les autres symptômes ou signes indiquant la présence d’une autre pathologie prioritaire se sont améliorés (**si une pathologie est signalée comme une urgence, elle doit être prise en charge d’abord**). Par exemple, si la personne convulse, il convient de gérer d’abord l’épisode aigu avant de s’informer des antécédents détaillés concernant la présence d’une épilepsie.
- » Les **modules**, organisés par pathologies prioritaires individuelles, sont des outils de décision et de prise en charge cliniques. Ils ont chacun leur couleur différente pour être aisément différenciables. Chaque module comporte une introduction qui explique la ou les pathologies qu’il couvre.

- » Chaque module comprend deux parties. La première est consacrée à **l’évaluation et à la prise en charge**. Elle est présentée dans un diagramme fléché comportant des multiples points de décision. Chaque point de décision est identifié par un numéro et se présente sous la forme d’une question. L’information au niveau de chaque point de décision est organisée en trois colonnes « **Évaluation, Décision et Prise en charge** ».



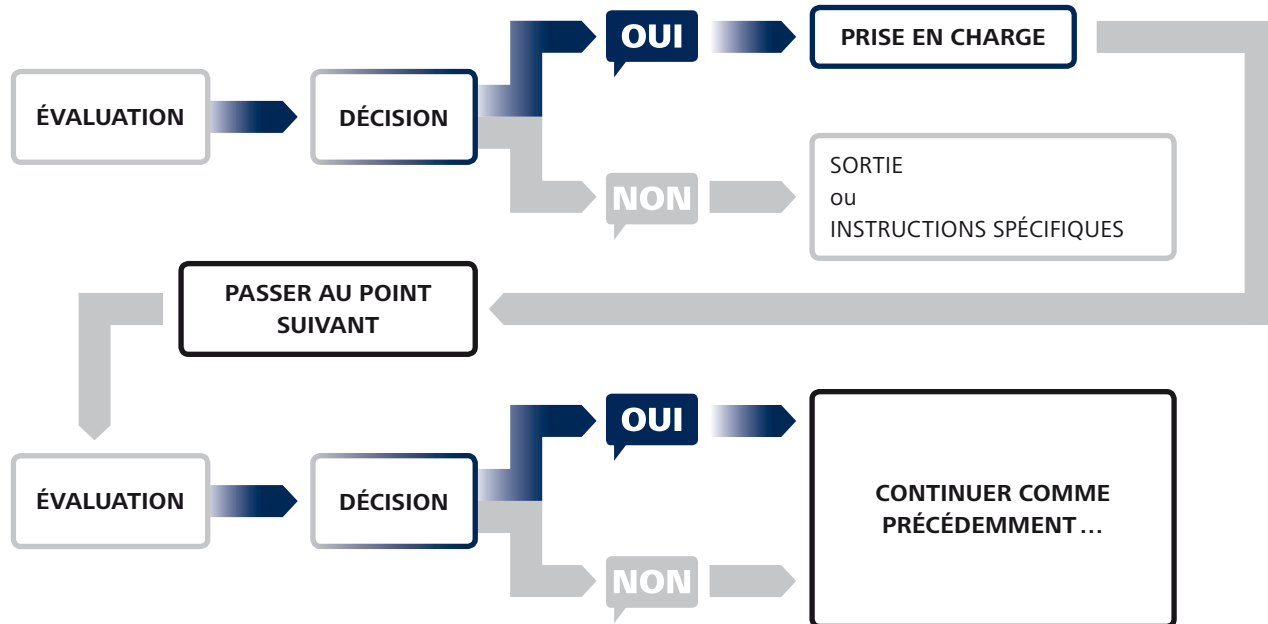
- La colonne de gauche contient les informations à recueillir pour évaluer la personne. C’est la **colonne d’évaluation**, qui guide l’utilisateur dans l’évaluation de l’état clinique de cette personne. L’utilisateur doit passer en revue tous les éléments de cette colonne avant de considérer la suivante.
- La colonne du milieu décrit les différents scénarios auxquels le prestataire de soins peut être confronté. C’est la **colonne de décision**.
- La colonne de droite contient des propositions quant à la façon de gérer le problème. C’est la **colonne de prise en charge**. Elle fournit des informations et des conseils, en rapport avec des points de décision particuliers, à propos des interventions psychosociales et pharmacologiques. Les conseils de prise en charge sont liés (références croisées) au détail des interventions correspondant, qui sont trop longs pour entrer dans les diagrammes fléchés. Les informations relatives aux différentes interventions sont repérées par des codes. Par exemple, **DEP 3** désigne l’information relative aux interventions numéro trois pour le module Dépression modérée à sévère.

- Le Guide mhGAP utilise une série de symboles pour mettre l’accent sur certains points dans les colonnes **d’évaluation, de décision et de prise en charge** des diagrammes. La liste de ces symboles et leur explication sont données dans la partie *Abréviations et symboles*.

Introduction



NOTE: Les utilisateurs du GI-mhGAP doivent commencer en haut de la section Évaluation et prise en charge et progresser en passant par tous les points de décision pour établir un plan de prise en charge complet de la personne.



Instructions pour utiliser correctement et intégralement les diagrammes

» La seconde partie de chaque module est constituée par le **Détail des interventions** qui renseigne de manière plus exhaustive sur le suivi, l'orientation vers un établissement spécialisé, la prévention des rechutes, les aspects plus techniques des traitements psychosociaux, pharmacologiques et non pharmacologiques, et les interactions ou les effets secondaires importants. Le Détail des interventions est présenté sous un format générique. Il nécessitera une adaptation aux conditions et à la langue locales et éventuellement l'introduction d'exemples et d'illustrations pour améliorer sa compréhension, son acceptabilité et son attrait.

» Même si le GI-mhGAP est axé principalement sur les interventions cliniques et le traitement, il offre aussi aux soignants des possibilités de prévention des troubles mentaux, neurologiques ou liés à l'utilisation de substances psychoactives dans la communauté par des prestations reposant sur une base factuelle. Des encadrés **Prévention** présentant ces interventions figurent en fin de module pour certaines pathologies.

» La partie V couvre les «**interventions psychosociales avancées**». Aux fins de ce Guide, le terme «interventions psychosociales avancées» désigne les interventions qui, pour être apprises, demandent plusieurs heures du temps d'un prestataire, et habituellement plusieurs heures pour être mises en œuvre. De telles interventions peuvent être appliquées dans des structures de soins non spécialisées à condition de pouvoir dégager assez de temps chez le personnel de ces structures. Dans les diagrammes à l'intérieur des modules, ces interventions sont repérées par l'abréviation **INT** indiquant qu'elles nécessitent un recours relativement plus **intensif** aux ressources humaines.

Introduction



Des documents OMS en rapport avec ce sujet sont téléchargeables à l'aide des liens suivants :

Assessment of iodine deficiency disorders and monitoring their elimination: A guide for programme managers. Third edition (mis à jour le 1^{er} septembre 2008) (en anglais)

http://www.who.int/nutrition/publications/micronutrients/iodine_deficiency/9789241595827/en/index.html

RBC: une stratégie de réadaptation, d'égalisation des chances, de réduction de la pauvreté et d'intégration sociale des personnes handicapées: document d'orientation conjoint/Organisation internationale du Travail, Organisation des Nations Unies pour l'Éducation, la Science et la Culture et Organisation mondiale de la Santé (document de synthèse commun 2004)

http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9242592382_fre.pdf

Clinical management of acute pesticide intoxication: Prevention of suicidal behaviours (en anglais)

http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/pesticides_intoxication.pdf

Epilepsy: A manual for medical and clinical officers in Africa (en anglais)

http://www.who.int/mental_health/media/en/639.pdf

Directives du CPI concernant la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence

http://whqlibdoc.who.int/iasc/2007/9781424334469_fre.pdf

IMCI care for development: For the healthy growth and development of children (en anglais)

http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/imci_care_for_development/en/index.html

Improving health systems and services for mental health (en anglais)

http://www.who.int/mental_health/policy/services/mhsystems/en/index.html

Infant and young child feeding – tools and materials (en anglais)

http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/iycf_brochure/en/index.html

Prise en charge intégrée des maladies de l'adolescent et de l'adulte/Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIMAA/PCIME)

<http://www.who.int/hiv/topics/capacity/en/>

Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME)

http://www.who.int/child_adolescent_health/topics/prevention_care/child/imci/fr/index.html

Integrating mental health into primary care – a global perspective (en anglais)

http://www.who.int/mental_health/policy/Integratingmhintoprimarycare2008_lastversion.pdf

Lancet series on global mental health 2007 (en anglais)

<http://www.thelancet.com/series/global-mental-health>

Programme d'action Comblant les lacunes en santé mentale (mhGAP)

http://www.who.int/mental_health/mhgap_french.pdf

mhGAP Evidence Resource Centre (en anglais)

http://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/en/

Pharmacological treatment of mental disorders in primary health care (en anglais et espagnol)

http://www.who.int/mental_health/management/psychotropic/en/index.html

Soins liés à la grossesse, à l'accouchement, au post-partum et à la période néonatale: guide de pratiques essentielles

http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789242590845_fre.pdf

La Prévention du Suicide: une série de ressources

http://www.who.int/mental_health/resources/preventingsuicide/en/index.html

Prevention of cardiovascular disease: guidelines for assessment and management of cardiovascular risk (en anglais)

http://www.who.int/cardiovascular_diseases/guidelines/Prevention_of_Cardiovascular_Disease/en/index.html

Prevention of mental disorders: Effective interventions and policy options (en anglais et arabe)

http://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_of_mental_disorders_sr.pdf

Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice (en anglais)

http://www.who.int/mental_health/evidence/MH_Promotion_Book.pdf

Organisation Mondiale de la Santé – Instrument d'Évaluation des Systèmes de Santé Mentale (OMS-IESM)

http://www.who.int/mental_health/evidence/WHOAIMS_French.pdf

Les prestataires de soins de santé doivent appliquer les bonnes pratiques cliniques dans leurs interactions avec les personnes qui consultent. Ils doivent respecter la sphère privée des personnes sollicitant des soins pour des troubles mentaux, neurologiques ou liés à l'utilisation de substances psychoactives, entretenir de bonnes relations avec ces personnes et avec leurs aidants, et leur répondre de manière encourageante, sans les juger ni les stigmatiser. Lors de la mise en œuvre du Guide, les mesures clés suivantes doivent être prises en compte. Elles ne sont pas reprises dans chaque module.

1. Communication avec les personnes qui consultent et leurs aidants

- » S'assurer que la communication est claire, empathique et adaptée à l'âge, au sexe, à la culture et aux différences linguistiques.
- » Se montrer à tout moment amical et respectueux sans porter de jugement.
- » Utiliser un langage clair et simple.
- » Répondre avec sensibilité à la révélation d'informations personnelles ou qui sont la source de détresse (agression sexuelle ou violence à l'égard de soi-même, par exemple).
- » Fournir à la personne des informations sur son état de santé dans des termes qu'il puisse comprendre.
- » Interroger la personne sur sa propre compréhension de sa condition.

2. Évaluation

- » Relever l'histoire médicale, l'historique de la ou des plaintes, les antécédents personnels et familiaux, par pertinence.
- » Faire un examen physique général.
- » Évaluer, prendre en charge ou orienter vers un spécialiste, selon ce qui est approprié, pour toute autre condition médicale concomitante.
- » Évaluer les problèmes psychosociaux en prenant note des problèmes passés et actuels dans les domaines social, relationnel, des conditions de vie, de la situation financière, et évaluer tout autre événement de stress courant.

3. Traitement et surveillance

- » Déterminer l'importance du traitement pour la personne et si elle est prête à participer aux soins.
- » Définir les objectifs du traitement pour la personne et établir un plan de prise en charge qui respecte ses préférences en matière de soins (et celles de son aidant, le cas échéant).
- » Concevoir un plan pour la poursuite du traitement et le suivi en collaboration avec la personne.
- » Informer la personne de la durée prévue du traitement, des effets secondaires potentiels de l'intervention, de toute autre option thérapeutique possible, de l'importance de l'observance du plan thérapeutique et du pronostic.
- » Répondre aux questions de la personne et à ses inquiétudes concernant le traitement et communiquer l'espoir réaliste d'un meilleur fonctionnement et d'une récupération plus facile de la personne.
- » Surveiller en continu les effets du traitement et ses résultats, les interactions médicamenteuses (notamment avec l'alcool, les médicaments sans prescription et les médications traditionnelles/complémentaires), ainsi que les effets indésirables du traitement, et faire les ajustements nécessaires.
- » Faciliter le cas échéant l'orientation vers les spécialistes au besoin, s'ils sont disponibles.
- » S'efforcer de mettre la personne en relation avec des personnes pouvant lui apporter un soutien communautaire.
- » Dans le cadre du suivi, réévaluer les attentes de la personne à l'égard du traitement, son état clinique et sa conception du traitement.

- » Encourager l'autosurveillance des symptômes et indiquer dans quels cas il faut consulter immédiatement.
- » Consigner les aspects importants des interactions avec la personne et avec sa famille dans le dossier.
- » Faire appel aux membres de la famille et de la communauté pour reprendre contact avec les personnes qui ne sont pas revenues pour un suivi régulier.
- » Convenir de visites de suivi plus fréquentes pour les femmes enceintes ou celles qui envisagent une grossesse.
- » Évaluer les risques potentiels des médicaments pour le fœtus ou le nourrisson dans le cadre des soins à une femme enceinte ou allaitante.
- » S'assurer que les enfants des femmes sous traitement médicamenteux qui allaitent font l'objet d'une surveillance des effets secondaires ou du sevrage et d'exams complets si nécessaire.
- » Convenir de visites de suivi plus fréquentes pour les personnes âgées présentant des pathologies prioritaires et une perte d'autonomie associée ou en situation d'isolement social.
- » S'assurer que les personnes sont traitées de manière holistique, répondant aux besoins de personnes souffrant de troubles physiques en matière de santé mentale, et aux besoins de personnes atteintes de troubles mentaux sur le plan physique.

4. Mobilisation et apport d'un soutien social

- » Se montrer sensible aux difficultés sociales auxquelles la personne peut être confrontée et prendre note de la façon dont elles influent sur sa santé physique et mentale et sur son bien-être.

Principes généraux de soins



- » Le cas échéant, faire intervenir les aidants ou les membres de la famille de la personne soignée.
- » Encourager la participation à des groupes d'entraide et de groupes de soutien familial si disponibles.
- » Identifier et mobiliser les ressources possibles en matière de soutien social et communautaire au niveau local, notamment dans les domaines de la formation, du logement et du soutien professionnel.
- » Dans le cas des enfants et des adolescents, agir en coordination avec les établissements scolaires pour mobiliser le soutien pédagogique et social si possible.
- » Veiller tout particulièrement à la confidentialité, ainsi qu'au droit de chacun à la protection de sa sphère privée.
- » Avec le consentement de la personne, tenir les aidants au courant de son état de santé, et notamment des aspects relatifs à son évaluation, à son traitement, à son suivi et à tout effet secondaire potentiel.
- » Prévenir la stigmatisation, la marginalisation et la discrimination et promouvoir l'intégration sociale des personnes présentant des troubles mentaux, neurologiques ou liés à l'utilisation de substances psychoactives en entretenant des liens solides avec les secteurs de l'emploi, de l'éducation, de l'aide sociale (y compris le logement) et autres secteurs pertinents.

5. Protection des droits humains

- » Accorder une attention particulière aux normes nationales et internationales en matière de droits de l'homme (Encadré 1).
- » Promouvoir une vie autonome et indépendante de la personne au sein de la communauté et décourager l'institutionnalisation
- » Prodiger les soins en respectant la dignité de la personne, en tenant compte de sa culture et en s'y adaptant et sans pratiquer de discrimination fondée sur la race, la couleur de peau, le sexe, la langue, la religion, les convictions politiques ou autres, la nationalité, l'origine ethnique, indigène ou sociale, les biens, la naissance, l'âge ni aucune autre caractéristique.
- » S'assurer que la personne comprend le traitement proposé et consent de manière libre et informée à ce traitement.
- » Impliquer les enfants et les adolescents dans les décisions thérapeutiques en fonction de leurs capacités évolutives et leur donner la possibilité de discuter de leurs inquiétudes en privé.

6. Attention accordée au bien-être général

- » Fournir des conseils concernant l'activité physique et le maintien du poids corporel à un niveau sain.
- » Informer les gens sur les usages nocifs de l'alcool.
- » Encourager l'arrêt du tabac et de la consommation de substances psychoactives.
- » Informer les gens à propos des autres comportements à risque (rapports sexuels non protégés, par exemple).
- » Pratiquer des examens physiques réguliers.
- » Préparer les gens aux changements marquant le cours de la vie tels que la puberté et la ménopause et fournir le soutien nécessaire.
- » Évoquer les plans de préparation à la grossesse et les méthodes de contraception avec les femmes en âge de procréer.

ENCADRÉ 1

Principales normes internationales relatives aux droits de l'homme

Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants. Résolution 39/46 de l'Assemblée générale des Nations Unies, annexe 39, UN GAOR supp. (N° 51) au document UN Doc. A/39/51 (1984), 197. Entrée en vigueur le 26 juin 1987.
<http://www2.ohchr.org/english/law/cat.htm>

Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (1979). Adoptée par la résolution de l'Assemblée générale des Nations Unies 34/180 du 18 décembre 1979.
<http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/cedaw.htm>

Convention relative aux droits des personnes handicapées et protocole facultatif. Adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies le 13 décembre 2006.
<http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-e.pdf>

Convention relative aux droits de l'enfant (1989). Adoptée par la résolution 44/25 de l'Assemblée générale des Nations Unies le 20 novembre 1989.
<http://www2.ohchr.org/english/law/crc.htm>

Pacte international relatif aux droits civils et politiques (1966). Adopté par l'Assemblée générale des Nations Unies dans sa résolution 2200 A (XXI) du 16 décembre 1966.
<http://www2.ohchr.org/english/law/ccpr.htm>

Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (1966). Adopté par l'Assemblée générale des Nations Unies dans sa résolution 2200 A (XXI) du 16 décembre 1966.
<http://www2.ohchr.org/english/law/cescr.htm>

Tableau principal du Guide mhGAP : quelles sont la ou les pathologies prioritaires à évaluer ?

1. Ces présentations habituelles indiquent la nécessité d'une évaluation.
2. Si quelqu'un présente des signes orientant vers plus d'une condition, il faut l'évaluer pour chacune des conditions pertinentes.
3. Sauf mention contraire, toutes les conditions concernent les personnes de tous âges.

PRÉSENTATION HABITUELLE

PRÉSENTATION HABITUELLE	PATHOLOGIE À ÉVALUER	ALLER À	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Baisse d'énergie, fatigue ; problèmes de sommeil ou d'appétit ➤ Tristesse ou humeur anxieuse persistante ; irritabilité ➤ Faible intérêt ou plaisir dans la pratique d'activités auparavant intéressantes ou sources de plaisir pour la personne ➤ Symptômes multiples sans cause physique claire (douleurs, palpitations, torpeur, par exemple) ➤ Difficultés dans l'exécution des activités professionnelles, scolaires, familiales ou sociales habituelles 	Dépression * [▲]	DEP	10
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Comportement anormal ou désorganisé (discours incohérent ou hors de propos, apparence inhabituelle, négligence de soi, apparence peu soignée, par exemple) ➤ Délires (fausses croyances que la personne soutient fermement) ➤ Hallucinations (perception de voix ou vision de choses qui n'existent pas) ➤ Négligence à l'égard des responsabilités habituellement assumées dans le cadre des activités professionnelles, scolaires, familiales ou sociales ➤ Symptômes maniaques (euphorie anormale, trop d'énergie, logorrhée excessive (flots de paroles excessif dite), grande irritabilité, réduction du temps de sommeil, comportement imprudent pendant plusieurs jours) 	Psychose *	PSY	18
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Mouvements ou accès convulsifs / crise épileptique ➤ Pendant les convulsions : <ul style="list-style-type: none"> – perte de conscience ou altération de l'état de conscience – raideur, rigidité – morsure de la langue, blessure, incontinence urinaire ou fécale ➤ Après les convulsions : fatigue, somnolence, torpeur, confusion, comportement anormal, céphalées, douleurs musculaires ou faiblesse sur un côté du corps 	Épilepsie / Crises convulsives	EPI	32
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Retard de développement : apprentissage nettement plus lent que celui des autres enfants de même âge, des activités telles que sourire, s'asseoir, se tenir debout, marcher, parler / communiquer, ou dans d'autres domaines de développement tels que la lecture et l'écriture ➤ Anomalies dans la communication ; comportement limité ou répétitif ➤ Difficultés dans l'exécution des activités quotidiennes normales à cet âge 	Troubles du développement	DEV	40

- Inattention et distraction excessives, interruption répétée de tâches avant leur achèvement avec passage à d'autres activités
- Hyperactivité: l'enfant court dans tous les sens de manière excessive, a de très grandes difficultés à rester assis, bavarde ou gigote de façon excessive
- Impulsivité excessive: l'enfant agit fréquemment sans réfléchir
- Manifestation répétée et persistante de comportements dérangeants (colères inhabituellement fréquentes et graves, comportement cruel, désobéissance persistante et grave, vol)
- Modifications soudaines du comportement ou des relations avec les pairs, y compris le retrait social et la colère

Troubles du comportement

COM

 Enfants et adolescents

44

- Déclin ou problèmes de mémoire (perte de mémoire importante) et désorientation (troubles de la connaissance du temps, des lieux ou des personnes)
- Problèmes d'humeur ou de comportement tels que l'apathie (perte d'intérêt apparente) ou l'irritabilité
- Perte du contrôle émotionnel – facilement contrarié, irritable ou en larmes
- Difficultés dans l'exécution des activités professionnelles, familiales ou sociales habituelles

Démence

DEM

 Personnes âgées

50

- Personne apparemment sous l'influence de l'alcool (odeur d'alcool, ivresse apparente, gueule de bois, par exemple)
- Présence de traumatismes
- Symptômes somatiques associés à la consommation d'alcool (insomnie, fatigue, anorexie, nausées, vomissements, indigestion, diarrhée, céphalées, par exemple)
- Difficultés dans l'exécution des activités professionnelles, scolaires, domestiques ou sociales habituelles

Consommation d'alcool et troubles liés à la consommation d'alcool

ALC

58

- Personne apparemment sous l'effet d'une substance psychoactive (manque d'énergie, agitation, incapacité à se tenir tranquille, langage inarticulé, par exemple)
- Signes indiquant l'utilisation de substances psychoactives (marques d'injection, infection cutanée, apparence peu soignée)
- Demande de prescription de médicaments sédatifs (somnifères, opioïdes)
- Difficultés financières ou problèmes criminels
- Difficultés dans l'exécution des activités professionnelles, domestiques ou sociales habituelles

Consommation de drogues et troubles liés à la consommation de drogues

DRO

66

- Présence d'idées, de scénarios, de projets, de planification d'actes autoagressifs ou suicidaires
- Antécédents d'idées, de projets et d'actes autoagressifs ou suicidaires

Conduites autoagressives / suicidaires

SUI

74

* Le module **Troubles bipolaires (BIP)** est accessible soit par le module **Psychose**, soit par le module **Dépression (modérée à sévère)**.

^ Le module **Autres plaintes émotionnelles importantes ou médicalement inexpliquées (AUT)** est accessible par le module **Dépression (modérée à sévère)**.

Dépression modérée à sévère

Dans un épisode dépressif typique, la personne présente une humeur déprimée, une perte d'intérêt et de plaisir et une baisse d'énergie entraînant une diminution de son activité pendant au moins deux semaines. Parmi les personnes atteintes de dépression, un grand nombre souffrent aussi de symptômes anxieux et de manifestations somatiques non explicables médicalement.

Le présent module couvre la dépression modérée à sévère tout au long de la vie humaine, de l'enfance à la vieillesse, en passant par l'adolescence.

Une personne relevant de la catégorie Dépression modérée à sévère du Guide mhGAP éprouve des difficultés à exécuter les activités professionnelles, scolaires, domestiques ou sociales habituelles, en raison des symptômes de la dépression.

La prise en charge des symptômes ne constituant pas une dépression modérée à sévère est traitée dans le module Autres plaintes émotionnelles importantes ou médicalement inexplicables. » **AUT**

À noter : les personnes confrontées pendant la période considérée à une grande adversité manifestent souvent des difficultés psychologiques ressemblant aux symptômes de la dépression, mais elles ne sont pas atteintes pour autant d'une dépression modérée à sévère. Pour savoir si une personne souffre d'une telle dépression, il faut absolument vérifier que non seulement elle présente les symptômes correspondants, mais qu'elle rencontre des difficultés dans son fonctionnement quotidien du fait de ces symptômes.

1. La personne est-elle atteinte d'une dépression modérée à sévère ?

» Pendant au moins 2 semaines, la personne a-t-elle présenté au moins 2 des principaux symptômes de la dépression ci-après :

- Humeur triste (la plus grande partie de la journée, presque tous les jours),
(pour les enfants et les adolescents : irritabilité ou humeur déprimée)
- Perte d'intérêt ou de plaisir dans la pratique d'activités
- Baisse d'énergie ou personne facilement fatiguée

» Pendant les 2 dernières semaines, la personne a-t-elle présenté au moins 3 des autres signes suivants de dépression :

- Baisse de la concentration et de l'attention
- Dégradation de l'estime de soi et de la confiance en soi
- Idées de culpabilité et dévalorisation
- Vision sombre et pessimiste de l'avenir
- Idées ou actes autoagressifs ou suicidaires
- Sommeil perturbé
- Diminution de l'appétit

» La personne éprouve-t-elle des difficultés à exécuter les activités professionnelles, scolaires, domestiques ou sociales habituelles ?

S'enquérir de l'existence d'un deuil ou d'une autre perte majeure au cours des 2 mois précédents

OUI

Si la réponse aux 3 questions est **OUI** : la présence d'une **dépression modérée à sévère** est probable

- » Psychoéducation. » DEP 2.1
- » S'occuper des stressors psychosociaux actuels. » DEP 2.2
- » Réactiver les réseaux sociaux. » DEP 2.3
- » Envisager la prescription d'antidépresseurs. » DEP 3
- » Si ces options sont disponibles, envisager une thérapie interpersonnelle, une activation comportementale ou une thérapie cognitivo-comportementale. » INT
- » Si ces options sont disponibles, envisager les traitements d'appoint suivants : programme d'activité physique structuré » DEP 2.4, apprentissage de la relaxation, ou thérapie par résolution de problème. » INT
- » **NE PAS** prendre en charge la plainte avec des injections ou d'autres traitements inefficaces (vitamines, par exemple). ❌
- » Proposer un suivi régulier. » DEP 2.5

NON

Si la réponse à certaines ou à l'ensemble de ces 3 questions est **NON**, et si aucune autre pathologie prioritaire n'a été identifiée dans le Tableau principal GI-mhGAP

» Sortir de ce module et évaluer la présence d'**Autres plaintes émotionnelles importantes ou médicalement inexplicables**. » AUT

En cas de deuil ou d'autre perte majeure dans un passé récent.

*Suivre les conseils ci-dessus, mais **NE PAS** envisager l'administration d'antidépresseurs ou d'une psychothérapie comme traitement de première intention. ❌ Discuter et apporter son soutien au deuil ou à un ajustement culturellement approprié.*

Dépression

DEP1

Guide d'évaluation et de prise en charge

2. La personne présente-t-elle une dépression bipolaire ?

- » S'enquérir de l'existence d'un **épisode antérieur de symptômes maniaques** caractérisé, par exemple, par une humeur extrêmement élevée, expansive ou irritable, une augmentation de l'activité, une très grande loquacité, une fuite des idées, une diminution des besoins en sommeil, des idées de grandeur, une extrême distractibilité ou des comportements imprudents. Voir le module Troubles bipolaires. » **BIP**

OUI

Une **dépression bipolaire** est probable si la personne a eu :

- » 3 symptômes maniaques ou plus durant au moins 1 semaine OU
- » un diagnostic antérieur de trouble bipolaire.

- » Prendre en charge la dépression bipolaire. Voir le module Troubles bipolaires. » **BIP**

NOTE : Pour les personnes atteintes d'une dépression bipolaire, il existe un risque d'apparition d'un épisode de manie. Elles doivent être traitées différemment!

3. La personne présente-t-elle une dépression avec des caractéristiques psychotiques (délire, hallucinations, stupeur) ?

OUI

Dans le cas **POSITIF**

- » Compléter le traitement ci-dessus contre la dépression modérée à sévère par un antipsychotique, en consultation avec un spécialiste. 🚫 Voir le module Psychose. » **PSY**

4. Pathologies concomitantes

- » **Prendre en compte (à nouveau) le risque de suicide / d'autoagression** (voir Tableau principal GI-mhGAP)
- » **Envisager (à nouveau) la présence d'un trouble lié à la consommation d'alcool ou d'une autre substance psychoactive** (voir Tableau principal GI-mhGAP)
- » **Rechercher la présence d'une maladie concomitante**, et en particulier des signes ou des symptômes d'hypothyroïdie, d'anémie, de tumeur, d'accident vasculaire cérébral (AVC), d'hypertension, de diabète ou du VIH/SIDA, sachant que l'obésité ou la prise de médicaments (tels que des stéroïdes) peuvent aussi provoquer ou exacerber la dépression.

OUI

En présence d'une pathologie concomitante


- » Prendre en charge à la fois la dépression modérée à sévère et la pathologie concurrente.
- » Surveiller l'observance du traitement contre la maladie concomitante sachant que la dépression peut diminuer l'observance.

5. La personne est une femme en âge de procréer

S'enquérir :

- » de la présence connue ou possible d'une grossesse
- » de la date des dernières règles, si la personne est enceinte
- » de l'allaitement éventuel d'un enfant par la personne

OUI

Si elle est enceinte ou allaitante 

Suivre les conseils thérapeutiques précédemment formulés pour la prise en charge de la dépression modérée à sévère, mais

- » pendant la grossesse ou l'allaitement, il faut éviter dans la mesure du possible les antidépresseurs ❌
- » en l'absence de réponse au traitement psychosocial, envisager la prescription de la plus faible dose efficace d'antidépresseur.
- » **CONSULTER UN SPÉCIALISTE** 🚑
- » Si la personne allaite, éviter les médicaments à longue durée d'action comme la fluoxétine.

6. La personne est un enfant ou un adolescent

S'il a moins de 12 ans

- » **NE PAS** prescrire de médicaments antidépresseurs. ❌
- » Apporter une psychoéducation aux parents. » **DEP 2.1**
- » S'occuper des stressors psychosociaux actuels. » **DEP 2.2**
- » Proposer un suivi régulier. » **DEP 2.5**

S'il a plus de 12 ans

- » **NE PAS** envisager les antidépresseurs comme traitement de première intention. ❌
- » Psychoéducation. » **DEP 2.1**
- » S'occuper des stressors psychosociaux actuels. » **DEP 2.2**
- » Si ces options sont disponibles, envisager une thérapie interpersonnelle (TIP) ou cognitivo-comportementale (CBT) ou encore une activation comportementale. » **INT**
- » Si ces options sont disponibles, envisager les traitements d'appoint suivants : programme d'activité physique structuré » **DEP 2.4**, apprentissage de la relaxation ou thérapie par résolution de problème. » **INT**
- » Si les interventions psychosociales s'avèrent inefficaces, envisager l'emploi de la fluoxétine (mais pas d'autres ISRS ou des ATC). » **DEP 3**
- » Proposer un suivi régulier. » **DEP 2.5**



Détail des interventions


 Traitement psychosocial / non pharmacologique et conseils

2.1 Psychoéducation

(pour la personne et sa famille, selon qu'il convient)

- » La dépression est un problème très courant et peut toucher n'importe qui.
- » Les personnes déprimées ont tendance à avoir des opinions négatives et peu réalistes sur elles-mêmes, leur vie et leur avenir.
- » Un traitement efficace est possible. Il faut habituellement au moins quelques semaines avant que le traitement ne fasse régresser la dépression. L'observance du traitement prescrit est importante.
- » Il faut insister sur les points suivants :
 - importance de **poursuivre**, dans la mesure du possible, les **activités que l'on trouvait habituellement intéressantes ou plaisantes**, que ces activités apparaissent aujourd'hui intéressantes et plaisantes ou non ;
 - importance de s'efforcer de **maintenir un cycle de sommeil régulier** (c'est-à-dire se coucher à la même heure chaque nuit, avoir la même quantité de sommeil qu'auparavant, éviter de trop dormir) ;
 - bénéfice de pratiquer, autant que possible, une **activité physique régulière** ;
 - bénéfice d'avoir, autant que possible, une **activité sociale régulière**, et notamment une activité sociale collective ;
 - reconnaissance des idées **de violence à l'égard de soi-même ou de suicide** et nécessité de revenir demander de l'aide lorsqu'elles surviennent ;
 - chez les personnes âgées, importance de continuer à demander de l'aide pour les problèmes de santé physique.

2.2 S'occuper des stresseurs psychosociaux actuels

- » Offrir à la personne la **possibilité de parler**, de préférence dans un espace privé. Lui demander son interprétation subjective des causes de ses symptômes.
- » S'enquérir des **stresseurs psychosociaux actuels** et, dans la mesure du possible, répondre aux problèmes sociaux pertinents et rechercher des remèdes aux stresseurs psychosociaux ou aux difficultés relationnelles avec l'aide de services / ressources communautaires.
- » Évaluer et prendre en charge toute situation **de maltraitance, de sévices** (violence domestique, par exemple) ou de négligence (enfants ou personnes âgées, par exemple). Contacter les services juridiques ou communautaires, selon qu'il convient.
- » **Identifier les membres de la famille qui apportent un soutien** et les impliquer autant que possible et qu'il convient.
- » **Chez les enfants et les adolescents :** 
 - Évaluer et prendre en charge les **problèmes mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives** (en particulier la dépression) chez les parents (voir Tableau principal du GI-mhGAP).
 - Évaluer les **stresseurs psychosociaux pesant sur les parents** et les prendre en charge dans la mesure du possible avec l'aide de services ou de ressources communautaires.
 - Évaluer et prendre en charge **la maltraitance, l'exclusion ou le harcèlement** (interroger directement l'enfant ou l'adolescent à ce sujet).
 - Si les **résultats scolaires posent problème**, discuter avec l'enseignant des moyens pour aider l'élève.
 - Apporter une formation aux compétences parentales en accord avec la culture des parents si une telle formation est disponible. » INT

2.3 Réactiver les réseaux sociaux

- » Identifier les **activités sociales antérieurement** pratiquées par la personne qui, si elles étaient reprises, pourraient fournir un soutien psychosocial direct ou indirect (réunions familiales, sorties avec des amis, visites aux voisins, activités sociales sur le lieu de travail, sports, activités communautaires).
- » Prendre appui sur les points forts et les capacités de la personne et l'encourager activement, dans la mesure du possible à **reprendre ses activités sociales antérieures**.

2.4 Programme d'activité physique structuré

(possibilité de traitement d'appoint pour la dépression modérée à sévère)

- » Organiser une activité physique de durée moyenne (45 minutes, par exemple) 3 fois par semaine.
- » Examiner avec la personne quel type d'activité physique lui semble le plus attrayant et le soutenir dans l'augmentation progressive de la quantité d'activité qu'il pratique, en partant, par exemple, de 5 minutes d'activité.


2.5 Proposer un suivi régulier

- » Effectuer un suivi régulier (en personne au cabinet, par téléphone ou par le biais d'un agent de santé communautaire).
- » Réévaluer la personne pour faire le point sur ses améliorations (après 4 semaines, par exemple).

Médication par des antidépresseurs

3.1 Mise en route de la médication par des antidépresseurs

» Choix des antidépresseurs


- Choisir un antidépresseur dans le formulaire national ou celui de l'OMS. La fluoxétine [mais pas les autres inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS)] et l'amitriptyline [ainsi que d'autres antidépresseurs tricycliques (ATC)] sont des antidépresseurs figurant dans le formulaire de l'OMS et également sur la liste modèle OMS des médicaments essentiels. Voir **» DEP 3.5**
- Lors du choix d'un antidépresseur à l'intention d'une personne, prendre en compte le tableau de symptômes qu'il présente, le profil d'effets secondaires du médicament envisagé et l'efficacité des éventuels traitements antidépresseurs antérieurs.
- En présence d'une comorbidité : avant de prescrire un antidépresseur, examiner les interactions potentielles entre l'antidépresseur envisagé et l'autre maladie et entre les médicaments. Consulter le formulaire national ou celui de l'OMS.
- L'adjonction à l'antidépresseur d'un autre médicament psychotrope exige une supervision ou la consultation d'un spécialiste. 

» Informer la personne et sa famille :


- du délai d'apparition de l'effet ;
- des effets secondaires potentiels et du risque d'apparition des symptômes correspondants, afin que la personne puisse demander de l'aide rapidement si ces symptômes sont inquiétants, ainsi que des moyens d'identifier les signes de manie ;
- du risque de symptômes de sevrage en cas de doses manquantes et du caractère habituellement bénin et spontanément résolutif de ces symptômes, qui peuvent néanmoins occasionnellement prendre une forme sévère, en particulier si le médicament est arrêté brusquement. Cependant, les antidépresseurs n'engendrent pas d'addiction ;
- ainsi que de la durée du traitement, en insistant sur le fait que les antidépresseurs sont efficaces à la fois pour traiter la dépression et pour prévenir sa récurrence.

3.2 Précautions à observer dans la prescription d'antidépresseurs à certaines populations !

» Personnes ayant des idées, des projets ou des actes autoagressifs ou suicidaires

- Les ISRS sont à privilégier.
- Maintenir un suivi fréquent (une fois par semaine, par exemple).
- Éviter les surdosages chez les personnes présentant un risque imminent d'autoagression ou de suicide, s'assurer que ces personnes n'ont accès qu'à une quantité limitée d'antidépresseurs (ne fournir le traitement que pour une semaine à la fois, par exemple). Voir le module Autoagression / suicide.  **» SUI 1**


» Adolescents de 12 ans et plus

- Si les interventions sur le plan psychosocial s'avèrent inefficaces, envisager de prescrire de la fluoxétine (mais pas d'autres ISRS ou des ATC).
- Dans la mesure du possible, consulter un spécialiste de la santé mentale lors du traitement d'adolescents par la fluoxétine. 
- Surveiller fréquemment les adolescents sous fluoxétine (dans l'idéal, une fois par semaine) pour guetter l'apparition éventuelle d'idées suicidaires pendant le premier mois de traitement. Prévenir l'adolescent et ses parents du risque accru d'idées suicidaires et de la nécessité de prendre contact d'urgence avec les soignants s'ils notent de telles idées.


» Personnes âgées

- Les ATC sont, dans la mesure du possible, à éviter, les ISRS devant être choisis en priorité.
- Surveiller attentivement l'apparition éventuelle d'effets secondaires, en particulier pour les ATC.
- Prendre en compte le risque accru d'interaction médicamenteuse et prévoir plus de temps pour l'apparition de la réponse (il faut laisser passer au moins 6–12 semaines avant de considérer qu'un médicament est inefficace et 12 semaines si l'on a obtenu une réponse partielle au cours de cette première période).

» Personnes atteintes d'une maladie cardio-vasculaire

- Le choix portera d'abord sur les ISRS.
- **NE PAS** prescrire d'ATC à des personnes présentant un risque grave d'arythmie cardiaque ou ayant subi récemment un infarctus du myocarde. 
- Dans tous les cas de pathologie cardio-vasculaire, prendre la tension avant de prescrire un ATC et guetter l'apparition d'une hypotension orthostatique une fois que la personne a débuté son traitement par ATC.

3.3 Surveiller les personnes sous antidépresseurs

- » Si **des symptômes de manie** apparaissent au cours du traitement, arrêter immédiatement les antidépresseurs, puis évaluer et prendre en charge la personne pour une manie ou un trouble bipolaire.  **» BIP**
- » Si une personne sous ISRS présente **une akathisie marquée ou prolongée** (agitation intérieure ou incapacité à rester tranquille), réexaminer la prescription de ce médicament. Passer à un ATC ou envisager la prise concomitante de diazépam (5–10 mg/jour) sur une brève période (une semaine). Dans le cas où l'on remplace un ISRS par un ATC, il faut être conscient de la tolérabilité parfois plus faible du deuxième type d'antidépresseur et du risque accru de cardiotoxicité et de toxicité en cas de surdose.
- » Si l'**observance est insuffisante**, identifier et tenter d'éliminer les raisons de cette situation (effets secondaires, coûts, convictions de la personne à propos du trouble ou du traitement, par exemple).

Dépression

Détail des interventions

- » Si la **réponse est inadéquate** (aggravation des symptômes ou absence d'amélioration au bout de 4–6 semaines) : revoir le diagnostic (y compris les diagnostics de comorbidité) et vérifier si les médicaments ont été pris régulièrement et prescrits à la dose maximale. Envisager d'augmenter la dose. Si les symptômes persistent après 4–6 semaines à la dose maximale, envisager de passer à un autre traitement (à savoir un traitement psychologique **» INT**, une autre classe d'antidépresseurs **» DEP 3.5**). Le passage éventuel à un autre antidépresseur doit s'effectuer avec précautions : il faut d'abord arrêter le premier, ménager une interruption de quelques jours si cela est cliniquement possible, puis débiter le second. Si l'on passe de la fluoxétine à un ATC, l'interruption doit être plus longue : une semaine, par exemple.
- » Si la personne **ne répond pas** à l'essai bien conduit de deux traitements antidépresseurs ou à l'essai bien conduit d'un antidépresseur et à l'administration d'une TCC ou d'une TIP, **CONSULTER UN SPECIALISTE.** 🚑

3.4 Comment mettre fin à la médication par antidépresseurs

- » **Envisager l'arrêt** de la médication par des antidépresseurs lorsque la personne a) ne manifeste plus de symptômes dépressifs ou présente des symptômes dépressifs minimes pendant 9–12 mois et b) a été en mesure de pratiquer ses activités habituelles pendant cette période.
- » **Mettre fin au contact** comme suit :
 - Discuter auparavant avec la personne de la fin du traitement.
 - Pour les ATC et la plupart des ISRS (mais plus rapidement pour la fluoxétine) : réduire les doses progressivement sur une période de 4 semaines au moins, certaines personnes pouvant avoir besoin d'une période d'arrêt plus longue.
 - Rappeler à la personne qu'elle peut subir des symptômes de sevrage lors de l'arrêt ou de la réduction des doses et que ces symptômes sont habituellement bénins et spontanément résolutifs, mais peuvent occasionnellement être sévères, notamment si le médicament est arrêté brutalement.
 - Renseigner sur les symptômes précoces de rechute (dégradation du sommeil ou de l'appétit pendant plus de 3 jours, par exemple) et sur la fréquence à laquelle revenir pour un suivi de routine.
 - Répéter, le cas échéant, les messages psychoéducatifs. **» DEP 2.1**

- » **Surveiller et prendre en charge les symptômes de sevrage des antidépresseurs** (symptômes courants : vertiges, picotements, anxiété, irritabilité, fatigue, céphalées, nausées, problèmes de sommeil)
 - symptômes de sevrage bénins : rassurer la personne et surveiller les symptômes.
 - Symptômes de sevrage sévères : réintroduire l'antidépresseur à la dose efficace et le réduire plus graduellement.
 - **CONSULTER UN SPÉCIALISTE** 🚑 en cas de persistance de symptômes de sevrage importants.
- » **Guetter les symptômes de réapparition de la dépression** pendant l'arrêt de l'antidépresseur : prescrire le même antidépresseur à la dose précédemment efficace pour 12 mois supplémentaires si les symptômes de dépression réapparaissent.

Ces informations sont destinées à une consultation rapide et ne constituent pas un guide exhaustif pour le choix, la posologie et les effets secondaires de ces médicaments. Le lecteur trouvera des renseignements plus détaillés dans « Pharmacological Treatment of Mental Disorders in Primary Health Care » (WHO, 2009) (http://www.who.int/mental_health/management/psychotropic/en/index.html).

3.5 Informations sur les ISRS et les ATC

Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS, la fluoxétine par exemple)

Effets secondaires graves (ils sont rares)

- » akathisie marquée ou prolongée (agitation interne ou incapacité à rester tranquille);
- » anomalies de saignement chez des personnes prenant régulièrement de l'aspirine ou d'autres anti-inflammatoires non stéroïdiens.

Effets secondaires courants

(la plupart des effets secondaires s'estompent au bout de quelques jours; aucun n'est permanent)

- » agitation, nervosité, insomnie, anorexie et troubles gastro-intestinaux, céphalées, dysfonctionnement sexuel.

Attention

- » risque d'induction d'un épisode de manie chez les personnes présentant un trouble bipolaire.

Délai de réponse après la mise en route du traitement à la dose adéquate

- » 4–6 semaines.

Posologie de la fluoxétine chez des adultes en bonne santé

- » Débuter le traitement avec 20 mg par jour [pour réduire le risque d'effets secondaires nuisant à l'observance, il est possible de commencer avec une dose de 10 mg (c'est-à-dire un demi-comprimé), une fois par jour et de passer à 20 mg si le médicament est toléré].
- » En l'absence de réponse au bout de 4–6 semaines ou en cas de réponse partielle au bout de 6 semaines, accroître la dose de 20 mg (dose maximale 60 mg) en fonction de la tolérance et de la réponse symptomatologique.

Posologie de la fluoxétine chez les adolescents

- » Débuter le traitement avec 10 mg (c'est-à-dire un demi-comprimé) une fois par jour et passer à 20 mg au bout de 1–2 semaines (dose maximale 20 mg).
- » En l'absence de réponse au bout de 6–12 semaines ou en cas de réponse partielle après 12 semaines, consulter un spécialiste.

Posologie de la fluoxétine chez les personnes âgées ou médicalement malades

- » Débuter le traitement avec un comprimé de 10 mg (si cette posologie est disponible) une fois par jour ou avec un comprimé de 20 mg un jour sur deux pendant 1–2 semaines, puis passer à 20 mg si le médicament est toléré.
- » En l'absence de réponse au bout de 6–12 semaines ou en cas de réponse partielle après 12 semaines, accroître graduellement la dose (dose maximale 60 mg). L'augmentation de la dose doit être plus progressive que chez les adultes sains.

Antidépresseurs tricycliques (ATC, amitriptyline par exemple)

Effets secondaires graves (ils sont rares)

- » arythmie cardiaque.

Effets secondaires courants

(la plupart des effets secondaires s'estompent au bout de quelques jours; aucun n'est permanent)

- » hypotension orthostatique (risque de chute), sécheresse buccale, constipation, difficultés à uriner, vertiges, vue brouillée et sédation.

Attention

- » risque de passage à la manie, en particulier chez les personnes présentant un trouble bipolaire;
- » diminution de la capacité à pratiquer certaines tâches complexes (conduite, par exemple) – prendre des précautions jusqu'à ce que la personne soit habituée au médicament;
- » risque d'autoagression (médicament létal en cas d'overdose);
- » moindre efficacité et effet sédatif plus fort chez les consommateurs réguliers d'alcool.

Délai de réponse après la mise en route du traitement à la dose adéquate

- » 4–6 semaines (les symptômes en rapport avec la douleur et le sommeil ont tendance à s'améliorer en quelques jours).

Posologie de l'amitriptyline chez les adultes sains

- » Débuter le traitement avec 50 mg au coucher.
- » Augmenter la dose de 25 à 50 mg toutes les 1 à 2 semaines, dans l'objectif d'arriver à 100–150 mg au bout de 4–6 semaines, selon la réponse et la tolérance.
- » En l'absence de réponse au bout de 4–6 semaines ou en cas de réponse partielle au bout de 6 semaines, augmenter progressivement la posologie (dose maximale: 200 mg) en fractionnant les doses (ou en administrant une dose unique le soir).

Posologie de l'amitriptyline chez les adolescents

- » **NE PAS** prescrire d'amitriptyline à des adolescents. ❌

Posologie de l'amitriptyline chez les personnes âgées ou médicalement malades

- » Débuter avec 25 mg au coucher.
- » Augmenter la posologie de 25 mg par semaine, avec pour objectif de parvenir à la dose cible de 50–75 mg au bout de 4–6 semaines.
- » En l'absence de réponse au bout de 6–12 semaines ou en cas de réponse partielle au bout de 12 semaines, augmenter progressivement la posologie (dose maximale: 100 mg) en fractionnant les doses.
- » Guetter l'apparition d'une hypotension orthostatique.

La psychose se caractérise par des distorsions de la pensée et de la perception, ainsi que par une gamme d'émotions inappropriées ou restreintes. Un discours incohérent ou non pertinent est parfois observé. Le ou la malade peut aussi être la proie d'hallucinations (entendre des voix ou voir des choses qui n'existent pas), de délire (idées fixes, croyances fausses idiosyncratiques) ou encore de soupçons excessifs et non justifiés. Des anomalies graves du comportement, telles que désorganisation, agitation, excitation, inactivité ou hyperactivité, peuvent être constatées. Une perturbation des émotions, se traduisant par exemple par une apathie marquée ou une déconnexion entre les émotions rapportées et les affects observés (expressions faciales et langage du corps, notamment), est aussi parfois observable. Les personnes atteintes de psychose sont exposées à un risque important de violation des droits de l'homme.

1. La personne présente-t-elle une psychose aiguë ?

- » Discours incohérent ou non pertinent
- » Délire
- » Hallucinations
- » Retrait, agitation, comportement désorganisé
- » Impression que des pensées sont introduites ou émises dans son cerveau
- » Retrait social et négligence des responsabilités habituelles dans les domaines professionnel, scolaire, domestique ou social

Demander à la personne ou à l'aidant

- » quand l'épisode a commencé
- » s'il y a eu des épisodes antérieurs
- » des précisions sur tout traitement antérieur ou actuel éventuel

OUI

Si la personne présente plusieurs de ces symptômes, une **psychose** est probable.

Si cet épisode est :

- » le premier OU
- » une rechute OU
- » l'aggravation de symptômes psychotiques pré-existants,

il s'agit d'un **épisode psychotique aigu**

- » Informer la personne et les aidants à propos de la psychose et de son traitement. » **PSY 2.1**
- » Débuter une médication antipsychotique. 📖 » **PSY 3.1**
- » Si ces options sont disponibles, fournir des interventions psychosociales telles que thérapie familiale ou entraînement aux compétences sociales. » **INT**
- » Faciliter la réadaptation. » **PSY 2.2**
- » Assurer un suivi régulier. » **PSY 2.3**
- » Entretenir un espoir réaliste et l'optimisme.

❗ **NOTE: NE PAS** prescrire systématiquement des médicaments anticholinergiques pour prévenir les effets secondaires des antipsychotiques. ❌

Exclure les symptômes psychotiques dus à :

- » une intoxication ou un sevrage lié à l'alcool ou à une substance psychoactive (*se référer au module Troubles liés à la consommation d'alcool / à l'utilisation de substances psychoactives* 📖 » **ALC** et 📖 » **DRO**)
- » la confusion mentale provoquée par une pathologie médicale aiguë comme le paludisme cérébral, une infection systémique, une septicémie ou un traumatisme crânien.

OUI

Si les symptômes persistent pendant plus de 3 mois, la personne est probablement atteinte d'une **psychose chronique**.

- » Instruire la personne et les aidants. » **PSY 2.1**

❗ SI LA PERSONNE NE REÇOIT AUCUN TRAITEMENT, ENTAMER UN TRAITEMENT COMME POUR UN ÉPISODE AIGU.

- » Faire le point sur l'observance du traitement et s'assurer que ce traitement est suivi.
- » Si la réponse au traitement n'est pas adéquate, envisager d'augmenter la médication actuelle ou de la modifier. 📖 » **PSY 3.1 et 3.2**
- » Si ces options sont disponibles, fournir des interventions psychosociales telles que thérapie familiale ou entraînement aux compétences sociales. Envisager d'introduire une intervention psychosociale non proposée antérieurement, par exemple une thérapie cognitivo-comportementale si cette option est disponible. » **INT**
- » Assurer un suivi régulier. » **PSY 2.3**
- » Entretenir un espoir réaliste et l'optimisme.
- » Faciliter la réadaptation. » **PSY 2.2**

Psychose

PSY 1

Guide d'évaluation et de prise en charge

3. La personne présente-t-elle un épisode maniaque aigu ?

Rechercher si la personne a présenté :

- » pendant plusieurs jours
 - une humeur notablement élevée ou irritable
 - une énergie et une activité excessives
 - une logorrhée excessive
 - de l'agitation
- » des antécédents :
 - d'humeur déprimée
 - de baisse d'énergie et d'activité
 (voir le module Dépression pour plus de précisions). » DEP

NOTE :

- » Les personnes ne présentant que des épisodes maniaques (sans dépression) sont aussi classées comme ayant un trouble bipolaire.
- » Une récupération complète entre les épisodes est courante en cas de trouble.

OUI

Dans l'affirmative, il pourrait s'agir d'un trouble bipolaire

» Sortir de ce module et aller au **module Troubles bipolaires**. » BIP

4. Rechercher d'éventuelles pathologies concomitantes

- » Troubles liés à la consommation d'alcool ou de substances psychoactives
- » Suicide/violence à l'égard de soi-même
- » Démence
- » Pathologie médicale concomitante : *Rechercher tout particulièrement les signes ou les symptômes d'AVC, de diabète, d'hypertension, de VIH/sida, de paludisme cérébral ou de médication (stéroïdes, par exemple)*

OUI

Dans l'affirmative

» Prendre en charge à la fois la psychose et la pathologie concomitante.

La personne est-elle une femme en âge de procréer ?

- » Dans le cas d'une femme enceinte, se mettre en relation avec le spécialiste de la santé maternelle, s'il y en a un, pour organiser les soins. 🚫
- » Expliquer les risques de conséquences négatives pour la mère et l'enfant, y compris ceux de complications obstétricales et de rechute psychotique (en particulier si la médication est modifiée ou interrompue).
- » Les femmes psychotiques qui envisagent une grossesse, sont déjà enceintes ou allaitent doivent être traitées avec de l'halopéridol ou de la chlorpromazine faiblement dosé par voie orale.
- » Éviter l'utilisation systématique d'antipsychotiques à action prolongée.

Interventions psychosociales

2.1 Psychoéducation

» Messages à l'intention de la personne atteinte de psychose


- Elle a la capacité de se rétablir.
- Il est important de poursuivre, dans la mesure du possible, des activités sociales, éducatives et professionnelles régulières.
- Il est possible grâce au traitement de réduire les souffrances et les problèmes.
- Il est important de prendre régulièrement les médicaments.
- La personne a le droit de participer à chaque décision la concernant ou concernant son traitement.
- Il importe pour elle de rester en bonne santé (régime alimentaire sain, maintien d'une activité physique et de l'hygiène personnelle, par exemple).

» Messages supplémentaires à l'intention des membres de la famille des personnes atteintes de psychose

- La personne atteinte de psychose peut entendre des voix ou croire fermement des choses qui sont fausses.
- La personne atteinte de psychose ne reconnaît souvent pas qu'elle est malade et peut parfois se montrer hostile.
- Il est important de reconnaître le retour / l'aggravation des symptômes et d'insister pour que la personne vienne en vue d'une réévaluation.
- Il est très important d'inclure la personne dans les activités familiales et autres activités sociales.
- Les membres de la famille doivent éviter de se montrer soit constamment soit sévèrement critiques ou hostiles envers la personne atteinte de psychose.
- Les personnes atteintes de psychose font souvent l'objet de discriminations alors qu'elles devraient bénéficier des mêmes droits que tous les autres individus.

- Une personne atteinte de psychose peut avoir des difficultés à se rétablir ou à fonctionner dans des environnements de travail ou de vie hautement stressants.
- Il est préférable que la personne ait un travail ou une autre occupation ayant du sens.
- En général, il est préférable pour la personne de vivre avec des membres de sa famille ou de sa communauté dans un environnement réconfortant en dehors du contexte hospitalier. L'hospitalisation à long terme doit être évitée.

2.2 Faciliter la réadaptation dans la communauté

 Impliquer activement les personnes atteintes de psychose et leurs aidants dans la conception, la mise en œuvre et l'évaluation de ces interventions.

- » Coordonner les interventions avec le personnel de santé et des services sociaux, y compris les organisations travaillant en faveur des personnes handicapées.
- » Faciliter la relation avec les services sanitaires et sociaux disponibles pour répondre aux besoins de la famille sur le plan physique, social et de la santé mentale.
- » Encourager vivement la personne à reprendre des activités sociales, éducatives ou professionnelles selon ses capacités et conseiller les membres de la famille à ce sujet. Faciliter son intégration dans des activités économiques et sociales, notamment dans un emploi aidé, socialement et culturellement approprié. Les personnes atteintes de psychose font souvent l'objet de discriminations, de sorte qu'il est important de surmonter les préjugés internes et externes et de faire en

sorte qu'elles aient la meilleure qualité de vie possible. Collaborer avec les agences locales pour étudier les possibilités d'emploi et de formation en fonction des besoins et du niveau de compétence de la personne.

- » En cas de nécessité et si ces options existent, étudier les possibilités d'aide au logement et à la subsistance. Évaluer avec soin les capacités fonctionnelles de la personne et la nécessité d'une aide en conseilant et en facilitant la mise en place d'une solution optimale en matière de logement, tout en gardant à l'esprit les droits de cette personne sur le plan humain.

2.3 Suivi

- » Les personnes atteintes de psychose doivent être suivies régulièrement.
- » Le suivi initial doit être aussi fréquent que possible, voire quotidien, jusqu'à ce que les symptômes aigus commencent à répondre au traitement. Une fois que ces symptômes ont répondu, un suivi mensuel ou trimestriel est recommandé en fonction des besoins cliniques et des paramètres de faisabilité tels que disponibilité de personnel, éloignement du dispensaire, etc.
- » Entretenir un espoir réaliste et l'optimisme pendant le traitement.
- » À chaque visite de suivi, évaluer les symptômes, les effets secondaires des médicaments et l'observance. La non-observance du traitement est courante et l'implication des aidants est essentielle dans ces périodes.
- » Évaluer et prendre en charge les pathologies médicales concomitantes.
- » Évaluer la nécessité d'interventions psychosociales à chaque visite de suivi.



Détail des interventions

Interventions pharmacologiques

3.1 Mise en route du traitement médicamenteux antipsychotique

- » Pour maîtriser rapidement les symptômes psychotiques aigus, les prestataires de soins doivent débiter la médication antipsychotique immédiatement après l'évaluation. N'envisager un traitement intramusculaire aigu que si le traitement oral est impraticable. Ne pas prescrire d'injections dépôts ou à longue durée d'action pour accélérer des symptômes psychotiques aigus.
- » Prescrire un médicament antipsychotique à la fois.
- » « Débuter doucement, progresser lentement »: Débuter avec une faible dose située dans la plage thérapeutique (voir le tableau des médicaments antipsychotiques pour plus de précisions) et augmenter lentement la posologie jusqu'à la plus faible dose efficace en vue de limiter les risques d'effets secondaires.
- » Tester le traitement par une dose optimale pendant 4–6 semaines avant de considérer qu'il est inefficace.
- » Il convient de proposer systématiquement de l'halopéridol par voie orale ou de la chlorpromazine aux personnes atteintes de troubles psychotiques.

Tableau : Médicaments antipsychotiques

Médicament :	Halopéridol	Chlorpromazine	Fluphénazine dépôt/longue durée d'action
Dose de départ :	1,5–3 mg	75 mg	12,5 mg
Dose efficace typique :	3–20 mg / jour	75–300 mg / jour*	12,5–100 mg toutes les 2–5 semaines
Voie :	orale / intramusculaire (pour la psychose aiguë)	orale	intramusculaire profonde
Effets secondaires importants :			
Sédation :	+	+++	+
Hésitation urinaire :	+	++	+
Hypotension orthostatique :	+	+++	+
Effets secondaires extrapyramidaux : **	+++	+	+++
Syndrome neuroleptique malin : ***	rare	rare	rare
Dyskinésie tardive : ****	+	+	+
Modifications de l'EEG :	+	+	+
Contre-indications :	Altération de la conscience, dépression médullaire, phéochromocytome, porphyrie, atteinte des noyaux gris centraux	Altération de la conscience, dépression médullaire, phéochromocytome	Enfant, altération de la conscience, parkinsonisme, athérosclérose cérébrale marquée

Ce tableau est destiné à une consultation rapide et ne constitue pas un guide exhaustif pour le choix, la posologie et les effets secondaires des antipsychotiques. Le lecteur trouvera des renseignements plus détaillés dans « Pharmacological Treatment of Mental Disorders in Primary Health Care » (WHO, 2009) (http://www.who.int/mental_health/management/psychotropic/en/index.html).

* Il peut être nécessaire d'administrer jusqu'à 1 g dans les cas sévères.

** Les symptômes extrapyramidaux comprennent les réactions dystoniques aiguës, les tics, les tremblements et la rigidité pallidale et musculaire.

*** Le syndrome neuroleptique malin est rare, mais c'est un trouble pouvant engager le pronostic vital, caractérisé par une rigidité musculaire, une forte température et une tension élevée.

**** La dyskinésie tardive est un effet à long terme des médicaments antipsychotiques, caractérisé par des mouvements musculaires involontaires, notamment au niveau du visage, des mains et du tronc.

Interventions pharmacologiques

3.2 Surveillance des personnes sous antipsychotiques

» Si l'on obtient une réponse inadéquate à plus d'un traitement antipsychotique, mené avec un médicament à la fois, à la posologie appropriée et pendant un temps suffisant :

- Revoir le diagnostic (et les diagnostics de comorbidité).
- Exclure une psychose induite par l'alcool ou l'utilisation d'une substance psychoactive (même si cette possibilité a été exclue au départ).
- S'assurer de l'observance du traitement ; envisager le recours à un antipsychotique injectable à longue durée d'action pour améliorer l'observance.
- Envisager d'augmenter la posologie du traitement actuel ou de passer à un autre médicament.
- Envisager des médicaments antipsychotiques de seconde génération (à l'exception de la clozapine) si le coût et la disponibilité ne sont pas des contraintes, en remplacement de l'halopéridol ou de la chlorpromazine.
- Envisager la clozapine chez les personnes qui n'ont pas répondu à d'autres agents antipsychotiques administrés à des doses appropriées, sur une durée suffisante. Ce médicament peut être prescrit par des prestataires de soins de santé non spécialistes, de préférence sous la supervision de professionnels de la santé mentale. Son emploi ne doit pas être envisagé en l'absence de moyens permettant une surveillance analytique de routine en raison du risque d'agranulocytose potentiellement mortelle.

» Si des effets extrapyramidaux (tels que le parkinsonisme ou la dystonie) apparaissent :


- Réduire la dose d'antipsychotique et
- envisager le passage à un autre antipsychotique (remplacement de l'halopéridol par de la chlorpromazine, par exemple).
- Envisager l'administration sur une courte durée de médicaments anticholinergiques si les stratégies précédentes échouent ou si les effets secondaires extrapyramidaux sont aigus, sévères ou handicapants.

Médicaments anticholinergiques

S'il s'avère nécessaire, le **bipériden** doit être prescrit à raison de 1 mg deux fois par jour pour commencer, puis augmenté jusqu'à la dose cible de 3–12 mg par jour, administrée par voie orale ou intraveineuse. Ce médicament peut avoir les effets secondaires suivants : sédation, confusion et troubles de mémoire, en particulier chez les personnes âgées. Parmi les effets secondaires rares figurent le glaucome à angle fermé, la myasthénie grave et l'obstruction gastro-intestinale.

L'alternative au bipériden est le **trihexyphénidyl (benzhexol)**, à raison de 4–12 mg par jour. Les effets secondaires sont similaires à ceux du bipériden.

3.3 Arrêt des médicaments antipsychotiques

- » En cas de **psychose aiguë**, poursuivre le traitement antipsychotique 12 mois après la rémission complète.
- » Pour une personne atteinte de **psychose chronique**, envisager l'arrêt du traitement s'il est stable pendant plusieurs années en mettant en balance le risque de rechute à l'arrêt du traitement et les effets secondaires potentiels du médicament, tout en tenant compte des préférences de la personne et en consultant avec sa famille.
- » Dans la mesure du possible, **CONSULTER UN SPÉCIALISTE**  avant de prendre la décision d'arrêter la médication antipsychotique.

Les troubles bipolaires se caractérisent par des épisodes au cours desquels l'humeur et le niveau d'activité de la personne sont nettement perturbés. Ces perturbations consistent, à certains moments, en une élévation de l'humeur et une augmentation de l'énergie et de l'activité (manie) et, à d'autres moments, en une dégradation de l'humeur et une baisse de l'énergie et de l'activité (dépression). La récupération est classiquement complète entre les épisodes. Les personnes ne présentant que des épisodes maniaques sont aussi classées comme atteintes d'un trouble bipolaire.

1. La personne est-elle dans un état maniaque ?

Rechercher la présence chez la personne :

- » d'une humeur élevée, expansive ou irritable
- » d'une activité accrue, d'une agitation ou d'une excitation
- » d'une loquacité accrue
- » d'une levée des inhibitions sociales normales
- » d'une diminution des besoins en sommeil
- » d'une estime de soi exagérée
- » d'une distractibilité
- » d'une augmentation de l'énergie sexuelle ou des indiscretions sexuelles.

Demander :

- » la durée des symptômes
- » si ceux-ci interfèrent avec les responsabilités habituelles de la personne dans les domaines professionnel, scolaire, familial ou social
- » si une hospitalisation a été nécessaire.

2. La personne est-elle en dépression après avoir vécu un épisode reconnu de manie ?

(Dépression à évaluer à l'aide du module *Dépression* » DEP)

OUI

Si la personne présente :

- » plusieurs de ces symptômes
- » pendant au moins 1 semaine
- » sous une forme suffisamment grave pour interférer notablement avec ses activités professionnelles et sociales ou pour nécessiter une hospitalisation,

un état de manie est probable.

- » Commencer à traiter la manie aiguë avec du lithium, du valproate, de la carbamazépine ou des antipsychotiques. 🧪 » BIP 3.1
- » Envisager la prescription d'une benzodiazépine 🧪 (telle que le diazépam) pendant une courte durée pour atténuer les troubles du comportement ou l'agitation. » BIP 3.2
- » **Arrêter tout antidépresseur.** » BIP 3.3
- » Conseiller à la personne de modifier son mode de vie ; fournir des informations sur les troubles bipolaires et leur traitement. » BIP 2.1
- » Assurer un suivi régulier. » BIP 2.4

Si les symptômes maniaques sont associés à une intoxication par une substance psychoactive, se référer au module *Troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives*. 🚫 » DRO

OUI

DANS L'AFFIRMATIVE, une **dépression bipolaire** est probable.

- » Commencer à traiter la personne avec un thymorégulateur. 🧪 » BIP 4
- » Envisager la combinaison d'un antidépresseur et d'un **thymorégulateur** pour traiter une dépression modérée à sévère en suivant les indications du module *Dépression*. 🚫 » DEP
- ! Informer la personne du risque de passage à un épisode de manie avant de commencer à lui administrer un antidépresseur.
- » Conseiller à la personne de modifier son mode de vie ; fournir des informations sur les troubles bipolaires et leur traitement. » BIP 2.1
- » Réactiver les réseaux sociaux. » BIP 2.2
- » Si cette option est disponible, envisager des interventions psychologiques. » INT
- » Poursuivre la réadaptation, notamment par la reprise d'activités économiques ou éducatives appropriées, en faisant appel aux réseaux formels et informels. » BIP 2.3
- » Assurer un suivi régulier. » BIP 2.4

Troubles Bipolaires

BIP 1

Guide d'évaluation et de prise en charge

3. Rechercher la présence de pathologies concomitantes

- » Abus d'alcool ou troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives
- » Démence
- » Suicide/autoagression
- » Pathologie médicale concomitante, en particulier hyperthyroïdie ou hypothyroïdie, maladie rénale ou cardio-vasculaire.

OUI

Dans L'**AFFIRMATIVE**

- » Prendre en charge à **la fois** le trouble bipolaire et la pathologie concomitante.


4. Malgré l'absence actuelle de manie ou de dépression, la personne a-t-elle des antécédents de manie ?

OUI

Cette personne a très probablement un trouble bipolaire et se situe actuellement entre 2 épisodes.

Il est nécessaire de prévenir les rechutes si la personne a déjà eu :

- » 2 épisodes aigus ou plus (par exemple 2 épisodes de manie ou un épisode de manie et un épisode de dépression)
OU
- » un épisode maniaque unique ayant comporté des risques importants et des conséquences préjudiciables.

- » Si la personne n'est pas sous thymorégulateur, débiter l'administration d'un médicament de ce type.  **» BIP 4**
- » Conseiller à la personne de modifier son mode de vie ; fournir des informations sur les troubles bipolaires et leur traitement.
» BIP 2.1
- » Réactiver les réseaux sociaux. **» BIP 2.2**
- » Poursuivre la réadaptation, notamment par la reprise d'activités économiques ou éducatives appropriées, en faisant appel aux réseaux formels et informels. **» BIP 2.3**
- » Assurer un suivi régulier ; surveiller les effets secondaires et l'observance. **» BIP 2.4**

5. La personne appartient-elle à un groupe spécial ?

OUI

» Femme enceinte ou allaitante



- » **CONSULTER UN SPÉCIALISTE** s'il y en a un disponible. 🚑
- » **Éviter de commencer à traiter avec un thymorégulateur.** !
- » Envisager l'administration d'une faible dose d'halopéridol (**avec prudence**).
- » Si une femme enceinte présente un épisode de manie aiguë pendant qu'elle est sous thymorégulateur, envisager de remplacer ce médicament par de l'halopéridol à faible dose.

OUI

» Personne âgée



- » Prescrire les médicaments à faibles doses.
- » Anticiper les risques accrus d'interactions médicamenteuses.

OUI

» Adolescent



- » La présentation des symptômes peut être atypique.
- » Veiller tout particulièrement à l'observance du traitement.
- » **CONSULTER UN SPÉCIALISTE** s'il y en a un disponible. 🚑

Troubles Bipolaires



BIP 2

Détail des interventions

Interventions psychosociales

2.1 Psychoéducation

Messages à l'intention des personnes atteintes d'un trouble bipolaire (qui ne sont pas actuellement dans un état maniaque) et des membres de leur famille

- » **Explication** : Le trouble bipolaire est une pathologie mentale qui tend à faire intervenir des humeurs extrêmes pouvant aller de la dépression et de la fatigue intenses à un sentiment de très grande énergie, de forte irritabilité ou de surexcitation.
- » Il est nécessaire de disposer de **certains moyens pour suivre l'humeur**, comme par exemple un journal quotidien de l'humeur dans lequel la personne enregistre ses moments d'irritabilité, de colère ou d'euphorie.
- » Il importe de maintenir un **cycle de sommeil régulier** (par exemple en allant se coucher chaque soir à la même heure, en s'efforçant de dormir le même nombre d'heures qu'avant la maladie et en évitant de dormir beaucoup moins que d'habitude).
- » **Il faut prévenir les rechutes** en identifiant le retour de symptômes tels que la diminution des heures de sommeil, la multiplication des dépenses ou le sentiment d'avoir plus d'énergie que d'habitude, et en revenant pour être traité lorsqu'ils apparaissent.
- » Une personne dans un état maniaque **peut avoir un jugement faussé sur sa maladie** et même jouir de l'euphorie et de la plus grande énergie qu'elle procure, si bien que les aidants doivent prendre part à la prévention des rechutes.
- » **L'alcool et les autres substances psychoactives** sont à éviter.

- » **Les changements de mode de vie** devant être maintenus aussi longtemps que nécessaire, et potentiellement indéfiniment, ils doivent être planifiés et développés pour être durables.
- » La personne doit être encouragée à **demander de l'aide** lors d'événements importants dans sa vie (deuil, par exemple) et à parler à sa famille et à ses amis.
- » **Les stratégies générales pour aplanir les difficultés** telles que la planification d'une activité professionnelle ou scolaire régulière pour éviter la privation de sommeil, le renforcement des réseaux de soutien social, la discussion et la demande de conseils concernant les décisions majeures (en particulier celles mettant en jeu des sommes ou des engagements importants) doivent être améliorées.
- » Les **besoins physiques, sociaux et en termes de santé mentale de la famille** doivent être pris en compte.
- » **Construire une relation** : la confiance réciproque entre la personne et le personnel de santé est critique en cas de trouble bipolaire, car une alliance thérapeutique positive peut améliorer l'issue à long terme de la maladie, notamment par une meilleure observance du traitement.

2.2 Réactiver les réseaux sociaux

- » Identifier les activités sociales antérieures de la personne qui, si elles étaient reprises, pourraient apporter un soutien psychosocial direct ou indirect (réunions de famille, sorties avec des amis, visites à des voisins, activités sociales sur le lieu de travail, sports, activités communautaires, par exemple).
- » Encourager vivement la personne à reprendre ses activités sociales et conseiller les membres de la famille à ce sujet.

2.3 Réadaptation

- » Faciliter la participation de la personne et des aidants à des activités économiques, éducatives ou culturelles adaptées à leur culture, en faisant appel aux réseaux formels et informels disponibles.
- » Envisager un emploi aidé pour les personnes ayant des difficultés à obtenir ou à conserver un emploi normal.

2.4 Suivi


- » **Un suivi régulier est nécessaire**. Le taux de rechute est élevé et les personnes dans un état maniaque sont souvent incapables de percevoir la nécessité d'un traitement, de sorte que la non-observance de celui-ci est courante et l'implication des aidants est essentielle pendant ces périodes.
- » À chaque visite de suivi, évaluer les symptômes, les effets secondaires des médicaments, l'observance du traitement et la nécessité d'interventions psychosociales.
- » Une personne en phase de manie doit revenir pour évaluation aussi souvent que nécessaire. Les évaluations doivent rester plus fréquentes tant que l'épisode maniaque n'est pas terminé.
- » Fournir à la personne et aux aidants des informations sur la maladie et son traitement et notamment sur les signes et les symptômes de manie, l'importance d'une prise régulière des médicaments, même en l'absence de symptômes, et la difficulté caractéristique qu'a parfois la personne à comprendre la nécessité de son traitement. Si la personne ne dispose pas d'un aidant ou d'une personne pour vérifier périodiquement comment elle va, encourager le recrutement d'un membre de la communauté, idéalement dans le cercle amical ou familial, pour remplir cet office.

Traitement de la manie aiguë

3.1 Lithium, valproate, carbamazépine ou antipsychotiques

Envisager le lithium, le valproate, la carbamazépine ou un antipsychotique pour traiter la manie aiguë. Le lithium n'est envisageable que si l'on dispose de moyens de surveillance clinique et biologique. Si les symptômes sont sévères, envisager l'emploi d'un antipsychotique car un tel produit est plus rapidement efficace que les thymorégulateurs.

Pour plus de précisions concernant la posologie, la surveillance, les effets secondaires, etc., se référer à la partie consacrée aux thymorégulateurs dans le traitement d'entretien des troubles bipolaires et au tableau concernant ces médicaments. » **BIP 4**


Pour plus de détails sur l'utilisation des antipsychotiques, se référer au module Psychose, Interventions pharmacologiques.  » **PSY 2**

3.2 Benzodiazépines

Une personne dans un état maniaque qui manifeste de l'agitation peut bénéficier de l'administration sur une courte durée d'une benzodiazépine telle que le diazépam.

Les benzodiazépines doivent être arrêtées progressivement dès que les symptômes s'améliorent, car une tolérance peut s'installer.


3.3 Antidépresseurs

Si un épisode de manie apparaît chez une personne sous antidépresseurs, il faut arrêter dès que possible la prise de ces médicaments, de manière abrupte ou graduelle, en mettant en balance le risque de symptômes de sevrage (se référer au module Dépression, Interventions pharmacologiques, voir » **DEP**) avec celui d'aggravation de la manie par l'antidépresseur. 

Les personnes atteintes d'un trouble bipolaire ne doivent pas être traitées avec des antidépresseurs seuls en raison du risque d'induction d'épisode maniaque, notamment avec les antidépresseurs tricycliques. Les antidépresseurs ont une moindre probabilité d'induire un épisode de manie lorsqu'ils sont prescrits en association avec du lithium, un traitement antipsychotique ou du valproate.

3.4 Surveillance

Le traitement doit être régulièrement surveillé et ses effets évalués au bout de 3 à 6 semaines.

Si la personne ne présente pas d'amélioration au bout de 6 semaines, envisager de substituer le médicament utilisé par un autre encore non testé ou d'ajouter un autre médicament dans le cadre d'une polythérapie, en combinant par exemple un antipsychotique et un thymorégulateur. Si une telle polythérapie s'avère inefficace, **CONSULTER UN SPÉCIALISTE.** 

Troubles Bipolaires



BIP 4

Détail des interventions

Traitement d'entretien des troubles bipolaires

Choisir un thymorégulateur (lithium, valproate, carbamazépine)

4.1 Lithium

- » Le lithium n'est envisageable que si des moyens de surveillance clinique et analytique sont disponibles.
- » La monothérapie par le lithium est efficace à la fois contre les rechutes de manie et de dépression, même s'il présente une plus grande efficacité en tant qu'agent antimaniaque.
- » Avant de débiter le traitement par le lithium, il faut, dans la mesure du possible, faire pratiquer des tests des fonctions rénale et thyroïdienne, une numération sanguine, un électrocardiogramme et un test de grossesse.

NOTE: Le traitement par le lithium exige une surveillance étroite de la concentration sérique de cet élément car la plage thérapeutique est étroite. En outre, il faut contrôler la fonction thyroïdienne tous les 6 à 12 mois. Si ces examens de laboratoire sont indisponibles ou impraticables, le lithium est à éviter. Une observance erratique du traitement ou l'arrêt brutal du lithium peut augmenter le risque de rechute. Ne pas non plus prescrire ce médicament lorsque son approvisionnement est susceptible d'être fréquemment interrompu.

- » Débiter avec une faible dose (300 mg le soir) et l'augmenter progressivement en surveillant la concentration de lithium dans le sang tous les 7 jours jusqu'à ce qu'elle atteigne 0,6–1,0 mEq/litre. Une fois les niveaux thérapeutiques atteints, effectuer des contrôles sanguins tous les 2–3 mois.


- » Il faut au moins 6 mois pour déterminer la pleine efficacité du lithium en tant que traitement d'entretien des troubles bipolaires.
- » Conseiller à la personne de maintenir sa prise de liquides, en particulier après une sudation ou s'il est immobile longtemps ou fébrile.
- » Demander un avis médical en cas de diarrhée ou de vomissements.
- » Un personne prenant du lithium doit éviter les anti-inflammatoires non stéroïdiens sans ordonnance.
- » En cas d'apparition d'un trouble métabolique ou respiratoire sévère, envisager l'arrêt du lithium sur une durée allant jusqu'à 7 jours.


4.2 Valproate

- » Avant de débiter un traitement par le valproate, relever les antécédents de maladie cardio-vasculaire, rénale ou hépatique.
- » Débiter avec une faible dose (500 mg/jour), que l'on augmentera (en fonction de la tolérance) jusqu'à la dose cible.
- » Surveiller étroitement la réponse, les effets secondaires et l'observance du traitement. Décrire les signes et les symptômes de troubles sanguins ou hépatiques et conseiller à la personne de demander immédiatement de l'aide s'ils se manifestaient.
- » Réduire la posologie si des effets secondaires intolérables persistent. Si cette réduction ne suffit pas, envisager de remplacer le valproate par un autre agent antimaniaque.

4.3 Carbamazépine

- » Si le lithium et le valproate sont inefficaces ou mal tolérés, ou si le traitement par l'un de ces agents n'est pas praticable, envisager de prescrire de la carbamazépine.
- » Avant et pendant le traitement par la carbamazépine, relever les antécédents de maladie cardio-vasculaire, rénale ou hépatique.
- » Débiter avec une faible dose (200 mg/jour au coucher) que l'on augmentera progressivement jusqu'à 600–1000 mg/jour.
- » Les prestataires de soins doivent avoir à l'esprit la nécessité éventuelle d'ajuster la dose au bout de 2 semaines en raison de l'induction enzymatique hépatique.
- » Réduire la posologie en cas de persistance d'effets secondaires intolérables. Si cette réduction ne suffit pas, envisager de remplacer la carbamazépine par un autre agent antimaniaque.

Éviter le lithium, le valproate ou la carbamazépine chez les femmes enceintes et peser les risques et les bénéfices de ces médicaments chez les femmes en âge de procréer. 

Si la personne présente des rechutes fréquentes ou une perturbation fonctionnelle durable, envisager de passer à un thymorégulateur différent ou d'en adjoindre un deuxième. **CONSULTER UN SPÉCIALISTE.** 

Traitement d'entretien des troubles bipolaires

4.4 Arrêt des thymorégulateurs

- » Dans le cas d'une personne qui n'est pas actuellement dans un état maniaque ou déprimé (trouble bipolaire entre 2 épisodes), procéder à un suivi tous les 3 mois. Poursuivre le traitement et surveiller étroitement l'apparition d'une rechute.
- » Poursuivre le traitement d'entretien par le thymorégulateur pendant au moins 2 ans après le dernier épisode bipolaire.
- » Cependant, si une personne a présenté des épisodes sévères avec des symptômes psychotiques ou des rechutes fréquentes, **CONSULTER UN SPÉCIALISTE** avant de prendre la décision relative à l'arrêt du traitement d'entretien au bout de 2 ans.
- » Lors de l'arrêt du médicament, réduire progressivement la dose sur une période de plusieurs semaines ou plusieurs mois.
- » En cas de passage à un autre médicament, commencer la médication avec le second médicament et traiter avec les deux pendant 2 semaines, avant de diminuer progressivement la dose du premier.

Tableau : Thymorégulateurs

Ce tableau est destiné à une consultation rapide et ne constitue pas un guide exhaustif concernant le choix, la posologie et les effets secondaires des thymorégulateurs. Le lecteur trouvera des renseignements plus détaillés dans « Pharmacological Treatment of Mental Disorders in Primary Health Care » (WHO, 2009) (http://www.who.int/mental_health/management/psychotropic/en/index.html).

Médicament :	Lithium	Valproate	Carbamazépine
Dose de départ (mg) :	300	500	200
Dose efficace typique (mg) :	600–1200	1000–2000	400–600
Voie :	Orale	Orale	Orale
Concentration sanguine visée :	0,6–1,0 mEq/litre Manie : 0,8–1,0 mEq/litre. Traitement d'entretien : 0,6–0,8 mEq/litre. <i>Une surveillance régulière de la concentration sérique est indispensable.</i>	Non recommandé en routine	Non recommandé en routine
Effets secondaires notables :	Perturbation de la coordination, polyurie, polydypsie, problèmes cognitifs, arythmie cardiaque, diabète insipide, hypothyroïdie	À utiliser avec prudence en cas de maladie hépatique sous jacente. Une perte de cheveux et, dans de rares cas, une pancréatite sont possibles.	Diplopie, trouble de la coordination, éruption cutanée, élévations des enzymes hépatiques. Rares : syndrome de Stevens Johnson, anémie aplasique.
Sédation :	++	++	++
Tremblements :	++	++	++
Prise de poids :	++	++	++
Hépatotoxicité :	-	++	+
Thrombocytopénie :	-	+	+
Leucopénie, bénigne asymptomatique :	-	+	+

L'épilepsie est une maladie chronique qui se manifeste par des crises non provoquée. Ses causes sont multiples; elle peut être d'origine génétique ou consécutive à un traumatisme néonatal, à une infection cérébrale ou à un traumatisme crânien. Dans certains cas, aucune cause précise ne peut être retrouvée. Les crises, qui sont dues à des décharges anormales dans le cerveau, peuvent prendre différentes formes; les personnes épileptiques peuvent avoir plusieurs types de crise. On distingue principalement les crises convulsives des crises non convulsives. L'épilepsie non convulsive se manifeste par une modification de l'état de conscience, du comportement, des émotions ou des sens (le goût, l'odorat, la vision ou l'ouïe) comme dans certaines maladies mentales, avec lesquelles il existe un risque de confusion. L'épilepsie convulsive se manifeste par une contraction musculaire soudaine entraînant la chute de la personne, qui se raidit. Ensuite alternent des périodes de relâchement et de rigidité musculaires avec ou sans perte du contrôle des sphincters vésical et anal. Ce type de crise entraîne davantage de stigmatisation, de morbidité et de décès. Ce module n'aborde que l'épilepsie convulsive.

Épilepsie / Crises convulsives

EPI 1

Guide d'évaluation et de prise en charge en cas d'urgence

DANS LES CAS D'URGENCE, L'ÉVALUATION ET LA PRISE EN CHARGE DOIVENT SE FAIRE EN MÊME TEMPS!

1. La personne a-t-elle des convulsions ou a-t-elle perdu connaissance?

Mesurer:

- » la tension artérielle, la température et la fréquence respiratoire

Rechercher:

- » des signes de traumatismes graves de la tête et de la colonne vertébrale
- » des signes au niveau des pupilles: sont-elles dilatées ou normales? Sont-elles différentes l'une de l'autre? Réagissent-elles ou non à la lumière?
- » des signes de méningite
- » des déficits focaux

Recueillir les informations suivantes:

- » Si la personne a perdu connaissance, demander à la personne qui l'accompagne si elle a récemment eu des convulsions.
- » Durée de l'altération de la conscience/convulsion
- » Nombre de convulsions
- » Antécédents de traumatisme à la tête ou à la nuque
- » Autres problèmes de santé, traitements médicamenteux ou empoisonnements (par exemple aux composés organophosphorés), abus de substances psychoactives (intoxication à un stimulant, prise de benzodiazépines ou sevrage alcoolique) »ALC et »DRO)
- » Antécédents d'épilepsie

OUI

Dans **TOUS** les cas

- » Vérifier les voies aériennes, la respiration et la circulation.
- » Éviter que la personne ne se fasse mal: le placer dans un endroit sûr, loin du feu et d'autres dangers éventuels.
- » **NE PAS** laisser la personne seule. Demander de l'aide si possible. ❌
- » Placer la personne sur le côté pour éviter une fausse route.
- » **NE RIEN** mettre dans la bouche de la personne. ❌

OUI

En cas de convulsions

- » Poser une voie veineuse et administrer lentement du sérum physiologique (30 gouttes/minute).
- » Injecter du glucose (50 ml de glucose à 50 % chez l'adulte; 2 à 5 ml/kg de glucose à 10 % chez l'enfant).
- » Injecter lentement 10 mg de diazépam (enfants: 1 mg/année d'âge) ou 4 mg de lorazépam (0,1 mg/kg), si disponible.
- » Administrer du diazépam par voie rectale (même posologie que ci-dessus) si la voie veineuse est difficile à poser.
- » **NE PAS** administrer du diazépam par voie intramusculaire (i.m.) ❌
- ! Si les convulsions ne cessent pas au bout de 10 minutes après la première dose de diazépam, administrer une deuxième dose de diazépam ou de lorazépam (même posologie que la première fois) et **ENVOYER LA PERSONNE D'URGENCE À L'HÔPITAL.**
- » **NE PAS** administrer plus de deux doses de diazépam. ❌

Écarter l'éventualité d'une grossesse

Si la personne est à la deuxième moitié de la grossesse ou a accouché il y a une semaine ou moins

ET en l'absence d'antécédents d'épilepsie, **suspecter une éclampsie**

- » Administrer 10 mg de **sulfate de magnésium** en i.m.: injecter 5 g (10 ml de solution à 50 %) profondément dans le quadrant supérieur externe de chaque fesse en ajoutant 1 ml de lidocaïne à 2 % dans la seringue.
- » Si la **tension diastolique > 110 mmHg**: injecter lentement (en 3 ou 4 minutes) 5 mg d'hydralazine en i.v.. Si l'injection intraveineuse est impossible, faire une injection intramusculaire. Si la tension diastolique reste >90 mmHg, refaire une injection toutes les 30 minutes jusqu'à ce que la tension diastolique se stabilise autour de 90 mmHg. Ne pas administrer plus de 20 mg au total.
- ➕ **ENVOYER LA PERSONNE D'URGENCE À L'HÔPITAL** et suivre les lignes directrices locales pour la prise en charge de la grossesse, l'accouchement et les soins du post-partum.

OUI

En cas de suspicion de **traumatisme à la tête ou à la nuque** ou d'**infection du système nerveux**

- » **Prendre en charge les convulsions comme indiqué ci-dessus.**
- ➕ **ENVOYER LA PERSONNE D'URGENCE À L'HÔPITAL.**
- » **Traumatisme à la tête ou à la nuque:** **NE PAS** faire bouger la nuque car il est possible qu'il y ait un traumatisme des vertèbres cervicales. ❌ Déplacer la personne en la faisant rouler.
- » **Infection du système nerveux:** prendre en charge l'infection selon les lignes directrices locales.

Épilepsie / Crises convulsives

EPI 1

Guide d'évaluation et de prise en charge » en cas d'urgence

2. Les convulsions continuent-elles?

Si les convulsions

- » durent plus de 30 minutes **OU**
- » sont **si fréquentes** que la personne ne reprend pas conscience entre chaque convulsion **OU**
- » ne cessent pas après deux doses de diazépam

L'ÉVALUATION ET LA PRISE EN CHARGE DOIVENT SE FAIRE EN MÊME TEMPS!

SUSPECTER UN ÉTAT DE MAL ÉPILEPTIQUE

+ ENVOYER LA PERSONNE D'URGENCE À L'HÔPITAL pour la prise en charge. **+**

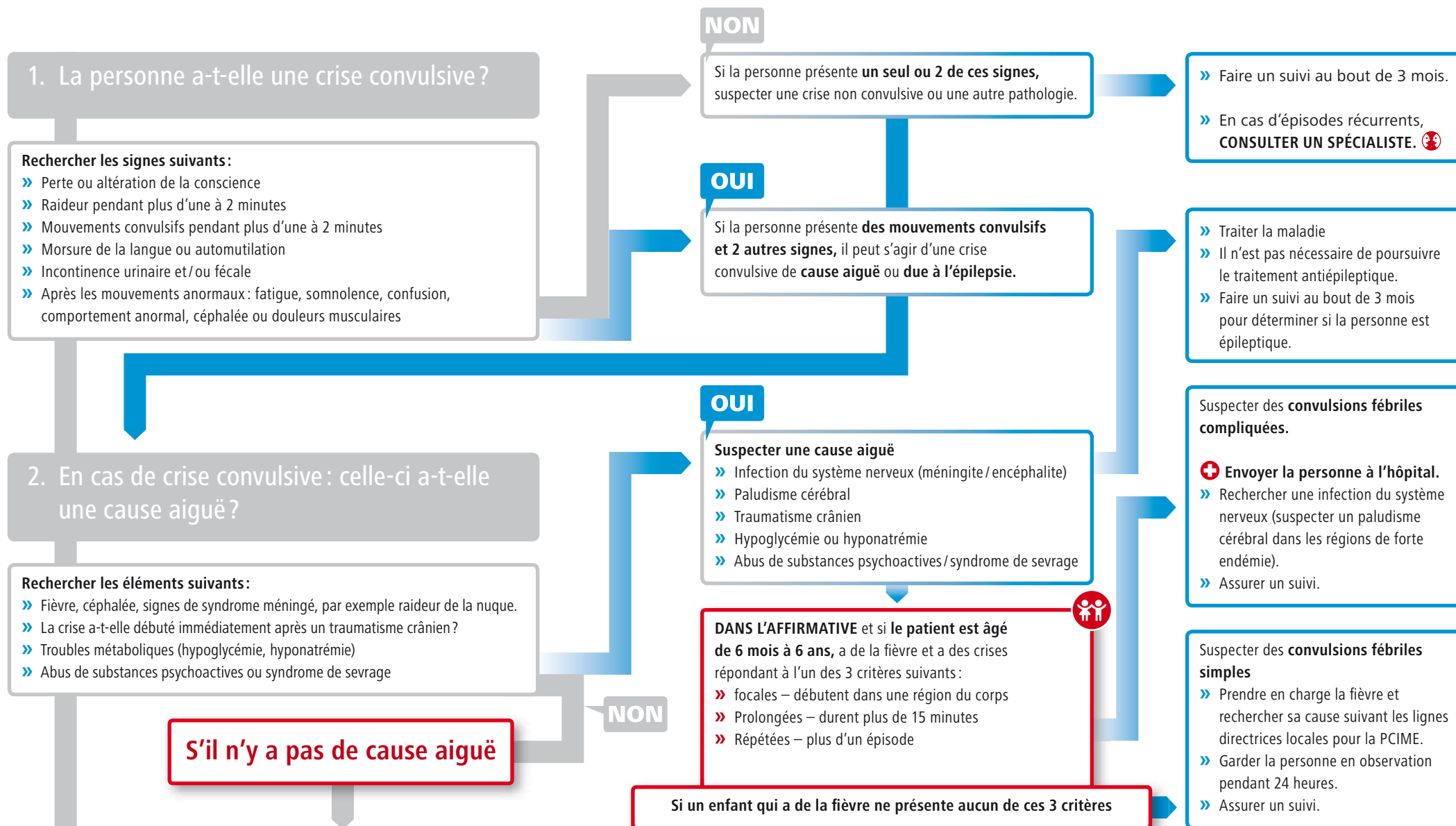
- » Vérifier les voies aériennes, la respiration et la circulation.
- » Administrer de l'oxygène.
- » Déterminer si la personne doit être intubée / placée sous respirateur quand plusieurs doses de médicaments différents sont administrées.
- » Mettre la personne sur le côté pour éviter une fausse route.
- » **NE RIEN** mettre dans la bouche de la personne pendant qu'elle convulse. **✗**

Administrer :

- » 10 à 15 mg/kg de phénobarbital en i.v. (à raison de 100 mg / minute).
- OU**
- » 15 à 18 mg/kg de phénytoïne en i.v. (par une autre voie que celle utilisée pour administrer le diazépam) en 60 minutes. Il est essentiel d'avoir une très bonne voie veineuse car le médicament est très caustique et provoquera d'importantes lésions locales en cas d'épanchement.

Si les crises continuent :

- » Administrer l'autre médicament (s'il est disponible) **OU** encore 10 mg/kg en i.v. de phénytoïne (par une autre voie que celle utilisée pour administrer le diazépam) en 30 minutes.
- » Surveiller la personne pour vérifier qu'il n'y a pas de dépression respiratoire.



Épilepsie / Crises convulsives

EPI 1

Guide d'évaluation et de prise en charge

S'il n'y a pas de cause aiguë

3. La personne a-t-elle eu au moins 2 crises convulsives 2 jours différents au cours de l'année écoulée ?

S'enquérir :

- » de la gravité des crises :
 - Quelle est leur fréquence ?
 - Combien de crises y a-t-il eu au cours de l'année écoulée ?
 - À quand remonte le dernier épisode ?
- » de l'étiologie possible de l'épilepsie (antécédents d'asphyxie ou de traumatisme à la naissance, de traumatisme crânien, d'infection cérébrale, antécédents familiaux d'épilepsie)

NON

Si la cause n'est pas clairement établie et la personne n'a eu qu'une seule crise convulsive

Il ne s'agit pas de l'épilepsie

- » Il n'est pas nécessaire de poursuivre le traitement antiépileptique.
- » Faire un suivi au bout de 3 mois. En cas de nouveaux mouvements anormaux évoquant une crise, évaluer l'éventualité d'une épilepsie.

OUI

Dans le cas contraire, envisager l'épilepsie

- » Instaurer un traitement antiépileptique
- » 🚫 » **EPI 2.1** : phénobarbital, phénytoïne, carbamazépine ou valproate. » **EPI 2.3**
- » Informer la personne sur la maladie, le mode de vie à adopter, les règles de sécurité à respecter et insister sur l'observance du traitement et la régularité du suivi. » **EPI 3.1**
- » Assurer un suivi régulier. » **EPI 2.2**

4. Personnes appartenant à un groupe particulier

Chez l'enfant, rechercher une déficience intellectuelle (voir le module « Troubles du développement intellectuel ») » DEV ou des troubles du comportement (voir le module « Troubles du comportement ») » COM

Femmes en âge de procréer

5. Affections concomitantes

Envisager la présence d'une **dépression**, d'une **psychose** ou d'une **automutilation** (voir le tableau principal du *Guide*)

OUI

En cas d'association avec une **déficience intellectuelle** ou des **troubles du comportement**

- » Si possible, envisager d'administrer de la carbamazépine ou du valproate. » EPI 2.3 (éviter le phénobarbital et la phénytoïne)
- » Prendre en charge la déficience intellectuelle. » DEV ou le trouble du comportement. » COM

OUI

Femmes enceintes

- » Conseiller à **toutes** les femmes en âge de procréer de prendre de l'acide folique (5 mg / jour).
- » **Éviter** le valproate chez toutes les femmes en âge de procréer.

OUI

Femmes allaitantes

- » **Éviter le valproate** chez la femme enceinte.
- » **Éviter les polythérapies** chez la femme enceinte.
- » Conseiller l'accouchement à l'hôpital.
- » À l'accouchement, administrer au nouveau-né 1 mg de vitamine K en i.m. afin de prévenir une maladie hémorragique.

OUI

En cas d'affection concomitante

- » Instaurer un traitement au phénobarbital, à la phénytoïne, à la carbamazépine ou au valproate, ou poursuivre le traitement antiépileptique.

- » Prendre en charge l'épilepsie et l'affection concomitante.

Épilepsie / Crises convulsives



Détail des interventions

Traitement pharmacologique et conseils

2.1 Instauration d'un traitement antiépileptique

Les médicaments antiépileptiques permettent de maîtriser (faire cesser ou atténuer considérablement) l'immense majorité des crises.

- » Prescrire du phénobarbital, de la phénytoïne, de la carbamazépine ou du valproate, selon les médicaments disponibles dans le pays.
- » Commencer par un traitement avec un seul antiépileptique.
- » Commencer par la posologie minimale efficace et augmenter progressivement la dose jusqu'à la maîtrise totale de la crise.
- » Le but du traitement est de parvenir à la posologie d'entretien minimale permettant de maîtriser totalement les crises.
- » Indiquer à la personne et à la famille :
 - la durée du traitement et au bout de combien de temps il commencera à faire de l'effet ;
 - les effets secondaires potentiels et les risques qu'ils représentent ; conseiller de consulter rapidement un médecin si les effets secondaires sont gênants ;
 - les risques en cas d'arrêt brutal / l'apparition de symptômes de sevrage en cas d'oubli du traitement ;
 - la nécessité d'un suivi régulier.
- » Demander à la personne et à la famille de faire un relevé des crises.
- » En cas d'affection concomitante : avant de prescrire un antiépileptique, envisager les interactions entre le médicament et cette affection ou les interactions médicamenteuses qui peuvent survenir. Consulter le formulaire national ou le formulaire de l'OMS.

2.2 Suivi

- » Examiner l'évolution des symptômes, les effets indésirables et l'observance.
- » Les effets indésirables (sommolence, nystagmus, diplopie et ataxie) peuvent être dus à la forte posologie ou à un facteur propre à la personne (réactions allergiques, aplasie médullaire, insuffisance hépatique). Pour plus de détails sur les médicaments antiépileptiques, voir **» EPI 2.3**
- » La bonne posologie est la posologie minimale qui permet de maîtriser les crises sans effets indésirables.
- » Si les effets indésirables dépendent de la posologie, réduire la posologie. En cas de réactions dues à la personne, arrêter le traitement et passer à un autre médicament antiépileptique.
- » Si le traitement fait peu d'effet (baisse de moins de 50 % de la fréquence des crises) malgré une bonne observance, augmenter la posologie jusqu'à la dose maximale tolérée.
- » Si la réponse au traitement reste mauvaise, essayer un autre médicament en monothérapie. Commencer le traitement avec le deuxième médicament en augmentant les doses jusqu'à une posologie adéquate ou la posologie maximale tolérée et, à ce moment-là seulement, arrêter progressivement le premier médicament.
- » **Si les crises sont très rares et une posologie plus forte entraîne des effets secondaires, le but du traitement peut être d'atténuer les crises.**
- » Si les crises se poursuivent après l'essai de deux monothérapies, revoir le diagnostic (y compris les comorbidités) et l'observance du traitement et, si nécessaire, consulter un spécialiste pour une nouvelle évaluation et un nouveau traitement.
- » En cas d'effets indésirables ou de réponse médiocre au traitement, faire un suivi tous les mois.
- » Si les crises sont bien maîtrisées, continuer à voir la personne tous les 3 mois.

Comment et quand arrêter le traitement antiépileptique ?

- » Pas de crise au cours des 2 dernières années.
- » Discuter de l'arrêt du traitement avec la personne / l'aidant en évaluant le risque de reprise des crises.
- » Certains cas d'épilepsie exigent un traitement au long cours, par exemple les épilepsies consécutives à un traumatisme crânien ou à une infection du système nerveux, ou lorsque les crises ont été difficiles à maîtriser.
- » Arrêter le traitement progressivement, en 2 mois.

Détail des interventions

2.3 Médicaments antiépileptiques

Phénobarbital

- » À prendre une seule fois par jour.
- » À prendre au coucher (afin d'éviter la somnolence pendant la journée).
- Adulte** : commencer par 1 mg/kg/jour (comprimé à 60 mg) pendant 2 semaines. Si le traitement fait peu d'effet, passer à 2 mg/kg/jour (120 mg) pendant 2 mois. Si les crises persistent, passer à 3 mg/kg/jour (180 mg).
- Enfant** : commencer par 2 mg/kg/jour pendant 2 semaines. Si le traitement fait peu d'effet, passer à 3 mg/kg/jour pendant 2 mois. Si les crises persistent, augmenter la posologie jusqu'à un maximum de 6 mg/kg/jour.
- » Pour obtenir une concentration sanguine stable du phénobarbital, le traitement doit être pris pendant 14 à 21 jours sans interruption ; la survenue de crises pendant cette période ne doit donc pas être considérée comme un échec thérapeutique.
- » Effets secondaires : – dépendant de la posologie : somnolence, léthargie, et hyperactivité chez l'enfant ; – dépendant de la personne : éruption cutanée, aplasie médullaire, insuffisance hépatique.

Carbamazépine

- » À prendre 2 fois par jour.
- » La stabilisation de l'état est obtenue en 8 jours maximum.
- » Effets secondaires : réactions dermatologiques allergiques (parfois graves) ; vision trouble, diplopie (vision double), ataxie (démarche chancelante) et nausées : ces derniers symptômes sont généralement observés en début de traitement ou lorsque la posologie est forte.

Phénytoïne

- » Chez l'enfant , à prendre deux fois par jour ; peut être pris une seule fois par jour chez l'adulte .
- » De faibles augmentations de la posologie peuvent entraîner des modifications importantes de la concentration. Chaque augmentation doit donc être de 25 à 30 mg.

- » Effets secondaires : – dépendant de la posologie : somnolence, ataxie et troubles de l'élocution, tics moteurs et confusion mentale, épaissement des traits du visage, hyperplasie gingivale et hirsutisme (rare) ; – dépendant de la personne : anémie et autres anomalies hématologiques, réactions d'hypersensibilité, dont éruption cutanée et hépatite.

Valproate de sodium

- » Il en existe différentes préparations, généralement à prendre 2 ou 3 fois par jour.
- » Effets secondaires : sédation et tremblements (en fonction de la posologie), chute transitoire des cheveux (normalement, les cheveux recommencent à pousser dans un délai de 6 mois), prise de poids, altération de la fonction hépatique (en fonction de la personne).

	Enfant		Adolescent / adulte	
	Posologie initiale	Posologie d'entretien	Posologie initiale	Posologie d'entretien
Carbamazépine	5 mg / kg / jour	10 – 30 mg / kg / jour	100 – 200 mg / jour	400 – 1400 mg / jour
Phénobarbital	2 – 3 mg / kg / jour	2 – 6 mg / kg / jour	60 mg / jour	60 – 180 mg / jour
Phénytoïne	3 – 4 mg / kg / jour	3 – 8 mg / kg / jour (maximum 300 mg par jour)	150 – 200 mg / jour	200 – 400 mg / jour
Valproate de sodium	15 – 20 mg / kg / jour	15 – 30 mg / kg / jour	400 mg / jour	400 – 2000 mg / jour

Épilepsia / Crises convulsives



Détail des interventions

Traitement psychosocial et conseils

3.1 Former la personne épileptique et les aidants

Expliquer :

- » Ce qu'est l'épilepsie (par exemple « l'épilepsie est une maladie du cerveau. Elle entraîne des crises à répétition. L'épilepsie n'est pas une maladie contagieuse et n'est pas due à un ensorcellement ou à des esprits »).
- » La nature de l'épilepsie et sa cause probable.
- » Qu'il s'agit d'une maladie chronique mais que les crises peuvent être totalement maîtrisées chez 75 % des personnes, qui peuvent ensuite continuer à vivre sans plus jamais prendre de médicaments contre l'épilepsie.
- » Qu'il existe plusieurs traitements possibles.
- » Les raisons d'une orientation vers un autre médecin (le cas échéant).

Précautions à prendre lors d'une crise au domicile :

- » Allonger la personne sur le côté afin de faciliter la respiration et d'éviter qu'elle n'aspire ses sécrétions et qu'elle ne vomisse.
- » S'assurer que la personne respire correctement.
- » Ne pas essayer de retenir la personne ou de lui mettre quelque chose sur la bouche.
- » Rester avec la personne jusqu'à la fin de la crise et au réveil.
- » Parfois, l'épileptique sait ou sent qu'une crise arrive. Dans ce cas, par sécurité, il doit s'allonger dans un endroit sûr.
- » Rappeler que l'épilepsie n'est pas contagieuse, donc l'aidant n'attrapera pas de crise.

Aborder les questions concernant la vie de la personne :

- » Les épileptiques peuvent vivre une vie normale. Ils peuvent se marier et avoir des enfants.
- » Les parents ne doivent jamais déscolariser un enfant épileptique.
- » Les épileptiques peuvent occuper la plupart des emplois mais doivent en éviter certains, par exemple ceux qui exigent de travailler sur des machines ou à proximité.
- » Les épileptiques doivent éviter de cuisiner avec le feu et de nager seuls.
- » Les épileptiques doivent éviter l'abus d'alcool et l'usage de stupéfiants, de se priver de sommeil ou d'aller dans des endroits où il y a des flashes de lumière.
- » La législation nationale relative à la conduite automobile et à l'épilepsie doit être respectée.

Troubles du développement

DEV

L'expression «troubles du développement» est une expression générique qui recouvre plusieurs problèmes tels que la déficience intellectuelle/le retard mental et les troubles envahissants du développement, dont l'autisme. Ces troubles, qui débutent généralement dans l'enfance, se caractérisent par une altération ou un retard des fonctions liées à la maturation du système nerveux central et une évolution continue plutôt qu'une succession de rémissions et de rechutes, comme dans de nombreux autres troubles mentaux. Bien que débutant dans l'enfance, les troubles du développement tendent à persister à l'âge adulte. Les personnes atteintes de troubles du développement sont plus vulnérables aux maladies somatiques, risquent davantage de présenter d'autres maladies prioritaires abordées dans le Guide et ont besoin d'une prise en charge supplémentaire par les professionnels de la santé.

Déficience intellectuelle

La déficience intellectuelle se caractérise par une altération des facultés dans plusieurs domaines au cours du développement (cognition, langage, motricité et relations sociales). Une intelligence inférieure diminue les capacités d'adaptation aux exigences quotidiennes de la vie. Les tests de quotient intellectuel (QI) peuvent donner une indication des capacités de la personne mais ils ne doivent être utilisés que s'ils ont été validés pour la population dans laquelle on souhaite les appliquer.

Troubles envahissants du développement, dont l'autisme

Ces troubles se caractérisent par une altération des conduites sociales, de la communication et du langage et par un éventail réduit d'intérêts et d'activités, propres à l'individu et effectuées de manière répétitive. Ils débutent peu après la naissance ou dans la petite enfance et s'accompagnent généralement, mais pas toujours, d'un certain degré de déficience intellectuelle. Les comportements décrits ci-dessus s'observent souvent aussi chez des personnes qui présentent une déficience intellectuelle.

1. L'enfant présente-t-il un retard de développement ?

Évaluer le développement de l'enfant selon les repères locaux ou par comparaison avec des enfants du même âge dans le même pays.

(Par exemple, déterminer à quel âge l'enfant a commencé à sourire, à s'asseoir et à se tenir debout tout seul, à marcher, à parler, à comprendre des instructions et à communiquer.)

Pour les enfants plus âgés, noter aussi comment ils mènent à bien leurs activités scolaires ou quotidiennes.

Rechercher :

- » des bizarreries dans la communication (par exemple absence d'utilisation sociale du langage, manque de souplesse dans l'utilisation du langage)
- » des comportements, intérêts et activités limités et répétitifs (stéréotypés)
- » le moment de survenue, la séquence et le déroulement de ces comportements
- » la perte de facultés déjà acquises
- » des antécédents familiaux de troubles du développement
- » la présence d'une déficience visuelle ou auditive
- » une épilepsie associée
- » des signes de déficience motrice ou d'infirmité motrice cérébrale associée.

OUI

En cas de **retard de développement** ou de **bizarreries dans la communication ou le comportement**

Y a-t-il des **carences nutritionnelles**, y compris une carence en iode, et/ou l'enfant est-il **malade** ?

OUI

» **Prendre en charge les problèmes nutritionnels**, y compris la carence en iode, et les **maladies**, en utilisant les lignes directrices pour la PCIME.

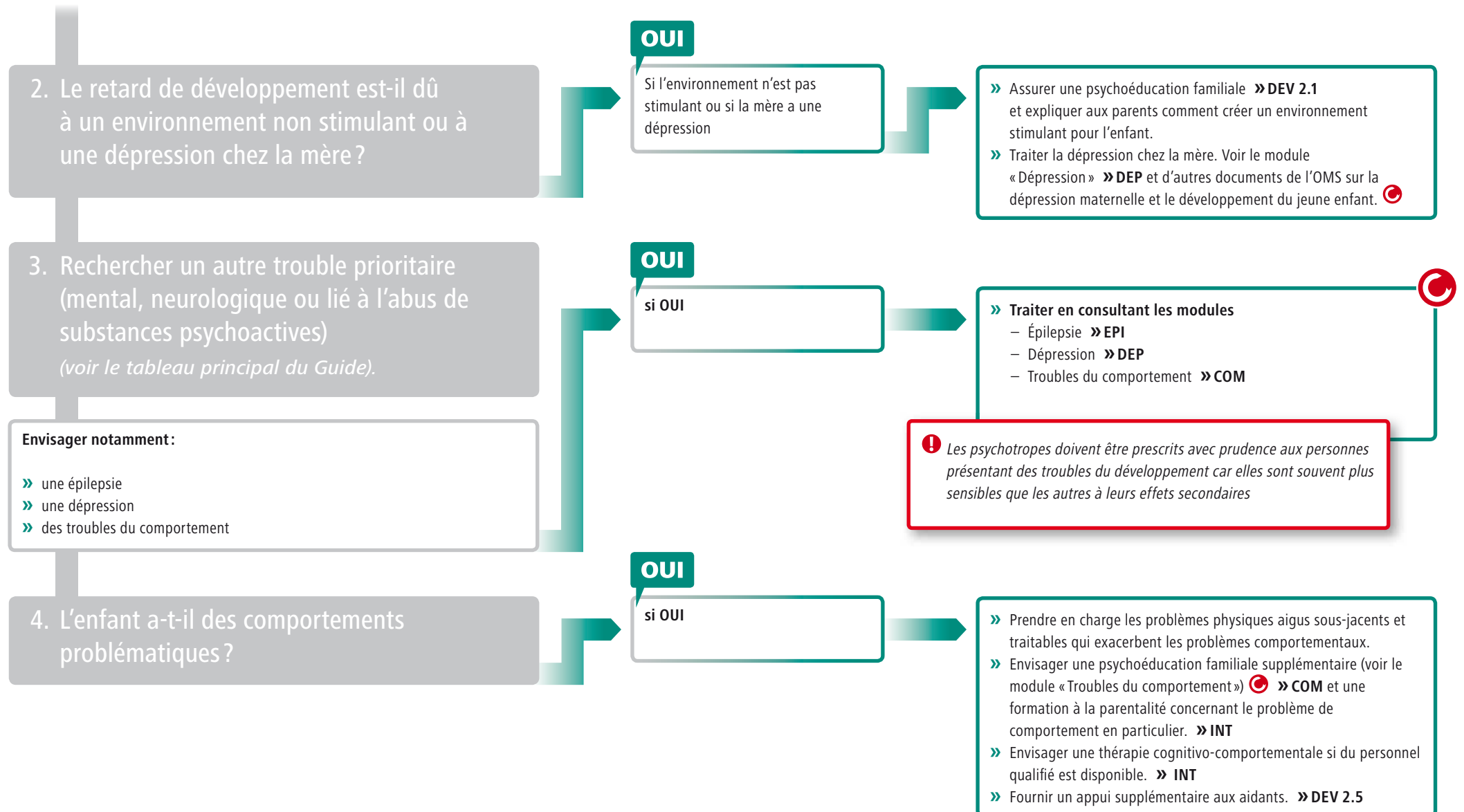
DANS TOUS LES CAS

- » Instaurer une psychoéducation familiale. » **DEV 2.1**
- » Envisager de former les parents, si possible. » **INT**
- » Leur indiquer quels sont les services sociaux et de formation disponibles et collaborer avec eux.
- » Contacter l'école de l'enfant après avoir obtenu le consentement de l'enfant et du parent et donner des conseils. » **DEV 2.2**
- » Évaluer le niveau actuel de fonctionnement adaptatif **par une consultation chez un spécialiste**, si possible.
- » Prendre en charge les troubles associés tels que la déficience visuelle ou auditive.
- » Fournir un appui en prévision des situations quotidiennes difficiles.
- » Collaborer avec les services communautaires de réadaptation et en faciliter l'accès. » **DEV 2.3**
- » Promouvoir et protéger les droits fondamentaux de l'enfant et de la famille. » **DEV 2.4**
- » Apporter un soutien aux aidants. » **DEV 2.5**
- » Orienter vers un spécialiste, si possible, pour une deuxième évaluation.
- » Assurer un suivi régulier » **DEV 2.6**

Troubles du développement

DEV 1

Guide d'évaluation et de prise en charge



Détail des interventions

Traitement psychosocial et conseils

2.1 Psychoéducation familiale

La psychoéducation concerne la personne qui présente des troubles du développement et sa famille, selon la gravité des troubles et la disponibilité et le rôle des membres de la famille dans la vie quotidienne de la personne. Il faut apprendre au parent ou au membre de la famille qui s'occupe de l'enfant :

- » à accepter l'enfant avec son trouble du développement et à s'en occuper ;
- » à connaître les facteurs de stress pour l'enfant et à rendre l'enfant heureux ; à connaître la cause des problèmes de comportement et comment les éviter ; à connaître les atouts et les faiblesses de l'enfant et la meilleure manière de lui faire acquérir des connaissances ;
- » à comprendre que les personnes qui présentent des troubles du développement peuvent éprouver des difficultés face à des situations nouvelles ;
- » à organiser les activités de la journée (repas, jeux, apprentissage et sommeil) à des heures régulières ;
- » à faire participer l'enfant aux tâches quotidiennes, en commençant par les tâches simples (une à la fois) ;
- » à scolariser l'enfant autant que possible ; il est préférable que l'enfant fréquente une école du système scolaire normal, même à temps partiel ;
- » à veiller à l'hygiène générale de l'enfant et à apprendre à l'enfant à prendre soin de lui-même ;
- » à récompenser l'enfant quand il s'est bien comporté et à ne pas le récompenser quand il a un comportement problématique ; **» COM 2.1**

- » à protéger l'enfant contre la maltraitance ;
- » à respecter le droit de l'enfant à disposer d'un espace où il peut être surveillé, se sentir bien et en sécurité, se déplacer et jouer à son aise ;
- » à communiquer et à échanger des informations avec d'autres parents dont les enfants ont des troubles similaires.

2.2 Conseils aux enseignants

» Prévoir comment répondre aux besoins éducatifs spéciaux de l'enfant. Quelques conseils simples :

- Demander à l'enfant de s'asseoir au premier rang dans la classe.
- Donner à l'enfant plus de temps pour comprendre les exercices.
- Diviser les longs exercices en sections plus courtes.
- Prêter attention aux brimades et prendre les mesures voulues pour y mettre un terme.

2.3 Réadaptation communautaire

La réadaptation communautaire a pour but de faire participer les communautés à l'amélioration de la qualité de vie des personnes handicapées et de leur famille, de répondre aux besoins de base et d'assurer l'intégration et la participation des personnes. Les personnes handicapées peuvent ainsi bénéficier de soins de réadaptation au sein de leur communauté, principalement à l'aide de ressources locales. La réadaptation a lieu à domicile, dans les écoles et dans d'autres lieux

communautaires importants. Elle est mise en œuvre grâce aux efforts conjoints des enfants ayant des troubles du développement, de leur famille, des communautés et des services de santé, d'enseignement, professionnels et sociaux concernés. La réadaptation consiste à favoriser le respect et la protection des droits des personnes handicapées et la formation de l'enfant, à donner aux familles les moyens d'agir, à atténuer le stress et à apprendre à mieux faire face aux troubles du développement. Les interventions sont diverses : activités de la vie quotidienne, activités scolaires, formation professionnelle et soutien aux parents.

2.4 Promotion et protection des droits fondamentaux de l'enfant et de la famille

- » Revoir les principes généraux des soins. Être vigilant en ce qui concerne le respect des droits de l'homme et de la dignité. Par exemple :
 - ne pas commencer une intervention sans le consentement éclairé des personnes concernées ; prévenir la maltraitance ;
 - éviter le placement en institution ;
 - favoriser l'accès à l'école et aux autres formes d'éducation.

2.5 Soutien pour les aidants

- » Évaluer l'impact psychosocial sur les aidants.
- » Évaluer les besoins de l'aidant et faire en sorte qu'il obtienne le soutien et les ressources nécessaires à la vie de sa famille, à l'emploi, aux activités sociales et à la santé. Essayer d'obtenir que l'aidant puisse être temporairement remplacé par une autre personne de confiance pour pouvoir se reposer.

Troubles du développement



DEV 2

Détail des interventions

Traitement psychosocial et conseils

2.6 Suivi

- » **Assurer un suivi régulier.**
- » **Pour les jeunes enfants, utiliser les lignes directrices pour la PCIME.**
- » **Critères d'orientation-recours :**
 - en l'absence d'amélioration ou en cas de régression du développement et/ou du comportement;
 - en cas de suspicion de danger pour l'enfant ou autrui;
 - en cas de détérioration de l'état de santé (problèmes nutritionnels par exemple).

Où orienter l'enfant ?

- » Si l'enfant a) répond aux critères ci-dessus et b) présente des symptômes évocateurs d'une déficience intellectuelle, qui se caractérise par un retard général dans plusieurs domaines du développement (cognition, langage, motricité et relations sociales):
 - éviter les soins en institution;
 - orienter vers des services externes spécialisés dans la déficience intellectuelle, si possible;
 - orienter vers des services externes spécialisés dans le traitement du langage et de l'élocution, si possible.
- » Si l'enfant a) répond aux critères ci-dessus et b) présente des symptômes évocateurs d'un trouble envahissant du développement, qui se caractérise par une perturbation des relations sociales, de la communication et des comportements (limités / répétitifs):
 - éviter les soins en institution;
 - orienter vers des services externes spécialisés dans les troubles envahissants du développement ou l'autisme, si possible.

Prévention des troubles du développement

- » Prodiguer des soins, prévenir et traiter la malnutrition et les infections chez la femme enceinte. Assurer un accouchement sans risque et des soins pour le nouveau-né. Prévenir les traumatismes crâniens, les infections du système nerveux et la malnutrition chez le nourrisson et le jeune enfant.
- » Repérer les enfants malnutris et souvent malades ainsi que les autres groupes d'enfants à risque et prodiguer des soins. Essayer de rencontrer les parents ou faire des visites à domicile.
- » Apprendre aux parents comment améliorer les interactions entre la mère et le nourrisson et comment apporter une stimulation psychosociale à l'enfant.
- » Si la mère est dépressive, instaurer un traitement, de préférence par le biais d'interventions psychosociales.
- » Proposer un soutien psychosocial supplémentaire aux mères dépressives ou qui présentent une autre maladie mentale, neurologique ou liée à l'abus de substances. Il peut s'agir de visites à domicile, de psychoéducation ou d'amélioration des connaissances sur l'éducation des enfants.
- » Les femmes enceintes ou celles qui souhaitent avoir un enfant doivent éviter de consommer de l'alcool car, au cours de sa formation, le cerveau est particulièrement sensible aux effets de l'alcool, même dès les premières semaines de grossesse.

Autres ressources de l'OMS :

- » PCIME : http://www.who.int/child_adolescent_health/topics/prevention_care/child/imci/fr/index.html
- » Pour une grossesse à moindre risque : http://www.who.int/making_pregnancy_safer/fr/index.html
- » Prévention des troubles mentaux (en anglais) : http://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_of_mental_disorders_sr.pdf

L'expression «troubles du comportement» est une expression générique qui recouvre plusieurs problèmes tels que le trouble hyperkinétique, le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH) ou d'autres troubles du comportement. Les symptômes comportementaux, plus ou moins graves, sont très répandus dans la population. Les troubles du comportement ne doivent être diagnostiqués comme tels que chez les enfants et les adolescents présentant une altération modérée à sévère sur le plan psychologique, social, éducatif ou professionnel dans plusieurs contextes. Les troubles du comportement persistent parfois à l'âge adulte.

Trouble hyperkinétique/trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH)

Ce trouble consiste principalement en une altération de l'attention et une hyperactivité. L'altération de l'attention se manifeste par l'abandon de tâches et d'activités inachevées. L'enfant ou l'adolescent hyperactif passent souvent d'une activité à une autre. Ces déficits de la persévérance et de l'attention ne doivent être considérés comme un trouble que s'ils sont excessifs compte tenu de l'âge et de l'intelligence de la personne et s'ils perturbent le fonctionnement et l'apprentissage normaux.

L'hyperactivité s'accompagne d'une agitation excessive, notamment dans des situations qui exigent un calme relatif. Par exemple, la personne se met à courir et à sauter, se lève de sa chaise alors qu'il devrait rester assis, est bavard ou bruyant, gigote ou se tortille. Classiquement, les problèmes de comportement apparaissent tôt (avant l'âge de 6 ans) et durent longtemps (plus de 6 mois). Ils se manifestent dans plusieurs situations.

Autres troubles du comportement

Certaines personnes peuvent être prises, de façon inhabituellement fréquente, à de graves accès de colère et être constamment désobéissantes. Certains troubles peuvent se caractériser par des conduites asociales, agressives ou provocantes répétées et constantes. Un tel comportement, dans ses manifestations les plus extrêmes, prend un tour beaucoup plus grave qu'une simple bêtise d'enfant ou rébellion d'adolescent. Par exemple, bagarres ou brimades excessives ; cruauté envers les animaux ou d'autres personnes ; incendies volontaires ; destruction de biens ; vols ; mensonges à répétition ; fugues de l'école ou du domicile. Tout diagnostic concernant la présence de troubles du comportement doit tenir compte du niveau de développement de l'enfant ou de l'adolescent et de la durée de ces troubles (6 mois au moins).

1. La personne a-t-elle des problèmes d'inattention ou d'hyperactivité ?

S'enquérir auprès de la personne ou de l'aidant : de la présence :

- » d'inattention
- » d'abandon prématuré des tâches
- » d'inachèvement des tâches
- » d'un changement fréquent d'activité
- » d'hyperkinésie :
 - hyperactivité (activité excessive compte tenu du contexte ou de la situation)
 - difficultés à rester assis
 - logorrhée (excès du parler) ou bruit
 - impossibilité de rester sans bouger
- » de l'âge d'apparition des symptômes et de leur persistance dans différents contextes : l'enfant peut avoir des problèmes avec ses parents, les enseignants, ses frères et sœurs, ses camarades, ou dans tous les domaines de la vie. Si les problèmes ne concernent qu'un domaine, envisager des causes spécifiques à ce domaine.

- » Déterminer si les symptômes sont normaux compte tenu du stade de développement de l'enfant.

- » Évaluer l'impact :
 - des facteurs sociaux, familiaux et éducatifs ou professionnels
 - des problèmes médicaux

ÉCARTER :

- » Une condition médicale ou d'autres troubles prioritaires qui peuvent entraîner des problèmes de comportement (par exemple hyperthyroïdie, dépression, consommation d'alcool ou consommation de drogues)

OUI

Si plusieurs symptômes sont présents et

- » persistent dans de multiples situations
- » sont excessifs par rapport au comportement d'autres enfants du même âge ayant le même niveau d'intelligence
- » sont apparus avant l'âge de 6 ans
- » ont duré au moins 6 mois
- » perturbent gravement le fonctionnement de l'enfant

Envisager un trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH)

- » Proposer une psychoéducation familiale. » COM 2.1
- » Envisager une formation à la parentalité, si possible. » INT
- » Contacter l'enseignant de l'enfant (s'il va à l'école et s'il donne ainsi que l'aidant, son consentement) et prévoir de répondre à des besoins éducatifs spéciaux. » COM 2.2
- » Envisager des interventions psychosociales telles qu'une thérapie cognitivo-comportementale et un apprentissage de la sociabilité, selon les possibilités. » INT
- » Aider la famille à régler les problèmes sociaux et familiaux qui ont une incidence sur le comportement de l'enfant. Recourir, si possible, à des techniques de résolution des problèmes. » INT
- » Évaluer l'impact des troubles du comportement sur les aidants et proposer une aide pour répondre à leurs besoins personnels, sociaux et de santé mentale. » COM 2.3
- » Si l'aidant est dépressif, consulter le module « Dépression » du Guide. » DEP

- » CONSULTER UN SPÉCIALISTE pour la prescription de méthylphénidate » COM 3 seulement si :
 - les interventions décrites ci-dessus ont échoué
 - l'enfant a été soigneusement examiné
 - l'enfant a 6 ans révolus.
- » Le méthylphénidate NE doit PAS être prescrit chez l'enfant de moins de 6 ans.
- » Contrôler les effets secondaires et une mauvaise utilisation ou un usage détourné éventuels.
- » Noter régulièrement et soigneusement les détails de la prescription et les effets secondaires dans la case « Notes ».

Troubles du comportement

COM 1

Guide d'évaluation et de prise en charge

2. La personne présente-t-elle des signes évocateurs d'autres troubles du comportement ?

S'enquérir : de la présence :

- » de conduites asociales, agressives ou provocantes persistantes, par exemple :
 - bagarres ou brimades excessives
 - cruauté envers les animaux ou d'autres personnes
 - destruction de biens
 - incendies volontaires
 - vols
 - mensonges répétés
 - absentéisme scolaire
 - fugues du domicile
 - accès de colère fréquents et graves
 - comportement provocateur
 - désobéissance grave et persistante
- » de l'âge d'apparition et de la durée des symptômes

- » **Déterminer si les symptômes sont normaux compte tenu du stade de développement de l'enfant.**

Évaluer l'impact :

- » des facteurs sociaux, familiaux et éducatifs ou professionnels
- » de problèmes de santé
- » de la consommation d'alcool ou de drogues

ÉCARTER :

- » **une pathologie ou d'autres troubles prioritaires qui peuvent entraîner des problèmes de comportement** (par exemple hyperthyroïdie, dépression, consommation d'alcool ou consommation de drogues)

OUI

Si plusieurs symptômes sont présents et

- » sont beaucoup plus graves que de simples bêtises d'enfant ou une rébellion d'adolescent
- » durent au moins depuis 6 mois
- » sont anormaux compte tenu du stade de développement de l'enfant
- » ne sont pas seulement une réaction à de graves facteurs de stress sociaux, familiaux ou éducatifs

envisager la présence **d'autres troubles du comportement**

- » Proposer une psychoéducation familiale. » **COM 2.1**
- » Envisager une formation à la parentalité, si possible. » **INT**
- » Contacter l'enseignant de l'enfant (s'il va à l'école et s'il donne ainsi que l'aidant, son consentement) et prévoir de répondre à des besoins éducatifs spéciaux. » **COM 2.2**
- » Anticiper les événements importants de la vie (puberté, début de la scolarisation, naissance d'un frère ou d'une sœur) et organiser un soutien personnel et social.
- » Envisager des interventions psychosociales telles qu'une thérapie cognitivo-comportementale et un apprentissage de la sociabilité, selon les possibilités. » **INT**
- » Évaluer l'impact des troubles du comportement sur les aidants et proposer une aide pour répondre à leurs besoins personnels, sociaux et de santé mentale. » **COM 2.3**
- » **NE PAS** prescrire de médicaments contre les troubles du comportement chez l'enfant et l'adolescent. ❌
N'envisager le méthylphénidate qu'en cas de trouble hyperkinétique, dans les conditions indiquées ci-dessus.

3. Les problèmes comportementaux de la personne sont-ils l'expression d'une crainte ou d'un traumatisme ?

Déterminer :

- » si l'enfant est brimé ou maltraité en dehors de chez lui
- » s'il existe un problème de maltraitance ou de menace au domicile
- » si les parents souffrent d'une des maladies prioritaires abordées dans ce *Guide* et ont besoin de soins (voir le tableau principal du *Guide*)

OUI

Si OUI

- » Consulter les parents.
- » Former les parents et faire des visites à domicile. En cas de risque grave ou en l'absence de réponse, recourir à d'autres ressources et à des spécialistes.
- » Envisager des actions juridiques, selon la législation locale.
- » Donner des conseils et proposer des services aux parents qui ont besoin de soins de santé mentale et les acceptent.

4. La personne souffre-t-elle d'autres maladies prioritaires (voir le tableau principal du *Guide*)

Rechercher :

- » des troubles du développement
- » une dépression
- » une consommation d'alcool ou de drogues
- » une épilepsie
- » une psychose
- » une conduite suicidaire

OUI

Si OUI

Prendre en charge ce trouble en consultant le module qui convient :

- » Troubles du développement » **DEV**
- » Dépression » **DEP**
- » Troubles liés à la consommation d'alcool » **ALC**
- » Troubles liés à la consommation de drogues » **DRO**
- » Épilepsie » **EPI**
- » Psychose » **PSY**
- » Conduites auto-agressives/suicidaires » **SUI**



Troubles du comportement



COM 2

Détail des interventions

Interventions psychosociales

2.1 Psychoéducation familiale

- » Accepter et s'occuper de l'enfant qui a un trouble du comportement.
- » Indiquer à l'enfant de manière cohérente ce qui est permis et ce qui est interdit.
- » Féliciter ou récompenser l'enfant quand il s'est bien comporté et ne réagir qu'aux problèmes de comportement les plus graves; trouver des moyens d'éviter les confrontations brutales ou les situations épineuses.
- » Intervenir d'abord sur quelques conduites observables que l'enfant est susceptible de modifier.
- » Donner des instructions claires, simples et succinctes indiquant ce que l'enfant doit faire et ne pas faire.
- » Ne jamais maltraiter l'enfant physiquement ou psychologiquement. Le punir sans sévérité et rarement. Par exemple, le priver de récompenses (par exemple cadeaux ou activités ludiques) s'il ne s'est pas bien comporté.
- » Au lieu d'infliger une punition, faire usage de temps d'arrêt afin de modifier des comportements problématiques. Le temps mort est la séparation d'un environnement agréable, dans le contexte d'un programme planifié de modifier le comportement. Expliquer aux parents comment mettre en œuvre un tel programme, le cas échéant.
- » Les parents doivent commencer à discuter avec l'enfant seulement quand ils sont calmes.

2.2 Conseils pour les enseignants

Prévoir comment répondre aux besoins éducatifs spéciaux de l'enfant. Quelques conseils simples :

- » Demander à l'enfant de s'asseoir au premier rang dans la classe.
- » Donner à l'enfant plus de temps pour comprendre les exercices.
- » Diviser les longs exercices en segments plus courts.
- » Prêter attention aux brimades et prendre les mesures voulues pour y mettre un terme.

2.3 Soutien pour les aidants

- » Évaluer l'impact psychosocial sur les aidants.
- » Évaluer les besoins de l'aidant et faire en sorte qu'il obtienne le soutien et les ressources nécessaires à la vie de famille, à l'emploi, aux activités sociales et à la santé. Essayer d'obtenir que l'aidant puisse être temporairement remplacé par une autre personne de confiance pour pouvoir se reposer.

Détail des interventions

Interventions pharmacologiques : le méthylphénidate

- » **NE PAS** prescrire de médicaments dans le cadre des soins primaires sans consulter un spécialiste. ❌
- » **NE PAS** prescrire de médicaments pour des troubles généraux du comportement chez l'enfant et l'adolescent. ❌ En cas de trouble hyperkinétique, envisager le méthylphénidate seulement si les interventions psychosociales ont échoué, si l'enfant a été soigneusement examiné, a 6 ans révolus et n'a pas de maladie dont la prise en charge peut être compliquée par la prise de méthylphénidate.
- » L'utilisation de médicaments stimulants doit toujours s'inscrire dans un plan thérapeutique global comprenant des interventions psychologiques, comportementales et éducatives.
- » Noter régulièrement dans le dossier médical la quantité délivrée et la date de la prescription, ainsi que la réponse au traitement et les effets secondaires.

Traitement au méthylphénidate

3.1 Instauration du traitement

- » **Disponibilité** : dans de nombreux pays, la disponibilité du méthylphénidate est limitée. Il faut connaître la législation relative à la prescription et à la délivrance des stimulants.
- » **Présentation** : des formulations à libération immédiate sont généralement disponibles sous forme de comprimés à 10 mg. Des formulations à libération modifiée sont disponibles dans certains pays.
- » **Examens à pratiquer avant la prescription de méthylphénidate** : outre les examens suggérés dans le tableau, il faut examiner en particulier :
 - le système cardio-vasculaire – antécédents, pouls, tension artérielle,

examen cardiaque (obtenir un ECG si cliniquement indiqué) ; le méthylphénidate est contre-indiqué en cas de maladie cardio-vasculaire ;

- taille et poids ;
- évaluation des risques d'abus de substances psychoactives et d'usage détourné ;
- recherche de maladies spécifiques (par exemple le méthylphénidate doit être utilisé avec précaution chez les enfants présentant à la fois un trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité et une épilepsie) ;
- recherche d'autres maladies mentales – le méthylphénidate peut aggraver l'anxiété et est contre-indiqué en cas de psychose.

- » La prescription de méthylphénidate doit **TOUJOURS** être encadrée par un spécialiste. ❌

3.2 Posologie et administration

- » **Formulation à libération immédiate** :
 - Commencer par 5 mg une ou deux fois par jour.
 - Augmenter progressivement (en 4 à 6 semaines) la posologie (divisée en 2 ou 3 prises) jusqu'à ce qu'il n'y ait plus de nouvelle amélioration et tant que les effets secondaires sont tolérables, jusqu'à atteindre la dose journalière recommandée de 60 mg (divisée en 2 ou 3 prises).
- » **Préparations à libération prolongée** : si elles sont disponibles, prescrire une seule dose le matin.

3.3 Évaluation de la réponse au traitement

Noter les symptômes et les effets secondaires à chaque modification de la posologie. En cas de rebond de l'hyperactivité lorsque l'effet du médicament diminue, les doses peuvent être divisées et une des doses être prise en fin de soirée.

3.4 Effets secondaires

- » **Effets secondaires courants** : insomnie, baisse de l'appétit, anxiété et variations de l'humeur
 - réduire la posologie et **CONSULTER UN SPÉCIALISTE**. 🚑
- » **Effets secondaires moins courants** : douleurs abdominales, céphalées, nausées, retard de croissance transitoire et faible poids (surveiller la taille et le poids, envisager d'interrompre le traitement pendant les vacances scolaires pour rattraper le retard de croissance), variations de la tension artérielle et du rythme cardiaque (à contrôler avant et après chaque modification de la posologie puis une fois tous les 3 mois – consulter un médecin si deux examens montrent que la variation persiste), vomissements (prendre le médicament au moment des repas), tics.
- » L'examen sanguin de routine et l'ECG ne sont pas indispensables ; ils ne doivent être pratiqués qu'en cas d'indication clinique.

3.5 Suivi

- » Arrêter le traitement par méthylphénidate s'il ne fait aucun effet au bout d'un mois.
- » Contrôler le poids tous les 3 mois et la taille tous les 6 mois. En cas d'arrêt de la croissance ou de la prise de poids, arrêter le traitement et **consulter un spécialiste**. 🚑
- » Si l'enfant réagit au méthylphénidate, poursuivre le traitement pendant un an puis **consulter un spécialiste** 🚑 pour vérifier si la poursuite du traitement est justifiée.

La démence est un syndrome dû à diverses affections cérébrales, habituellement chroniques et d'aggravation progressive. Les affections à l'origine de la démence perturbent le fonctionnement intellectuel, la personnalité et le comportement du malade. Les personnes démentes ont généralement des problèmes de mémoire et perdent les facultés nécessaires pour effectuer leurs activités quotidiennes. La démence n'est pas liée au vieillissement normal. Bien que plus courante chez le sujet âgé, elle peut survenir à tout âge.

Les personnes démentes se plaignent souvent de pertes de mémoire et de dépression. Habituellement, la démence perturbe aussi le contrôle des émotions, les conduites sociales ou la motivation. Parfois, la personne n'est pas du tout consciente de ces changements et ne souhaite pas être aidée, et c'est donc la famille qui formule la demande de soins. Quelquefois, les membres de la famille s'aperçoivent que la personne a des problèmes de mémoire, n'a plus la même personnalité ou le même comportement qu'auparavant, est confuse, se perd ou est incontinent. Cependant, parfois, certains déments et les personnes qui s'en occupent nient ou minimisent la gravité des pertes de mémoire et des autres problèmes.

La démence entraîne une détérioration des fonctions intellectuelles et perturbe généralement les activités de la vie quotidienne telles que la toilette, l'habillement, la prise des repas et l'hygiène personnelle.

1. La personne est-elle démente ?

- » Demander à la personne, et à quelqu'un qui la connaît bien, si elle a des problèmes de mémoire, d'orientation, d'élocution et de langage, et des difficultés à effectuer ses principales activités sociales et quotidiennes.
- » Test d'orientation, de mémoire et de langage. » DEM 2
- » Interroger la personne ou l'aidant à propos des symptômes :
 - Quand les avez-vous remarqués pour la première fois ?
 - Quel âge avait la personne ?
 - L'apparition des symptômes a-t-elle été brutale ou progressive (plusieurs mois ou plusieurs années) ?
 - Depuis combien de temps les troubles durent-ils ?
 - Les symptômes sont-ils plus marqués la nuit ?
 - Les troubles s'accompagnent-ils d'une somnolence ou d'une altération de la conscience ?
 - Les symptômes sont-ils apparus à la suite d'un traumatisme crânien, d'une perte de connaissance ou d'un accident vasculaire cérébral (AVC) ?
- » Existe-t-il l'un des antécédents suivants :
 - goitre, pous lent, peau sèche ou hypothyroïdie ?
 - infection sexuellement transmissible (IST) ou à VIH ?
 - maladie cardio-vasculaire ?
 - apport alimentaire insuffisant, malnutrition, anémie ?

OUI

Si le test révèle qu'un trouble cognitif ou une plainte amnésique :

- » existe depuis au moins 6 mois,
- » s'aggrave progressivement, et
- » s'accompagne d'une altération des conduites sociales

La démence est probable

- » Annoncer le résultat de l'évaluation. » DEM 3.1
- » Proposer des traitements psychosociaux pour atténuer les symptômes cognitifs et améliorer le fonctionnement. » DEM 3.2
- » Favoriser l'autonomie et préserver les fonctions de la personne. » DEM 3.3
- » Assurer un suivi. » DEM 3.6

NON

- » Si les symptômes sont apparus brutalement et n'ont duré que quelques jours à quelques semaines
- » Si les troubles sont plus marqués la nuit et s'accompagnent d'une altération de la conscience
- » S'il existe une désorientation temporo-spatiale

La confusion mentale est probable

» CONSULTER UN SPÉCIALISTE.



NON

Si l'on note tout autre signe inhabituel, tel que :

- » début avant l'âge de 60 ans
- » hypothyroïdie clinique
- » maladie cardio-vasculaire
- » antécédents d'IST ou d'infection à VIH
- » antécédents de traumatisme crânien ou d'AVC

» CONSULTER UN SPÉCIALISTE.



Démence

DEM 1

Évaluation et prise en charge

2. La personne présente-t-elle un autre trouble mental prioritaire ?

» Dépression modérée à sévère

NOTE: Les personnes démentes sont souvent déprimées mais il peut être difficile de leur faire décrire les symptômes de la dépression. Vous devrez donc peut être vous enquérir auprès de l'aidant de tout changement important survenu récemment.

» Psychose

(Évaluer selon le tableau principal du Guide d'intervention.)

OUI

En cas de **dépression modérée à sévère**

OUI

En cas de **psychose**

» Prendre en charge la dépression modérée à sévère » **DEP** ou la psychose » **PSY** associée.
 » Revoir le diagnostic de démence après avoir traité la dépression. L'altération cognitive peut être le résultat d'une dépression sévère plutôt que d'une démence. Une guérison complète plaiderait en faveur d'une dépression comme trouble principal.

3. La personne présente-t-elle des symptômes comportementaux et psychologiques de démence ?

S'enquérir auprès de l'aidant :

- » du comportement : égarements, troubles nocturnes, agitation et agressivité
- » des symptômes psychologiques : hallucinations, délires, anxiété ou humeur dépressive
- » du moment et de la fréquence de survenue des symptômes
- » du caractère problématique de ces symptômes pour la personne ou l'aidant

Rechercher les facteurs aggravants éventuels :

- » physiques : douleurs, constipation, infection urinaire
- » psychologiques : dépression
- » environnementaux : surpeuplement du logement ou déménagement

! Rechercher les risques imminents pour la personne (par exemple dus aux égarements) ou l'aidant (par exemple conduite agressive effrayant l'aidant, ou à l'encontre d'autres personnes)

OUI

En cas de **symptômes comportementaux et psychologiques**

OUI

En cas de **risque imminent pour la personne ou l'aidant**

» Proposer des thérapies psychosociales. » **DEM 3.4**
 » Assurer un suivi. » **DEM 3.6**

» **Proposer des thérapies psychosociales.** » **DEM 3.4**
 » Proposer aussi des interventions pharmacologiques.
 » **DEM 4**

4. La personne présente-t-elle une affection cardio-vasculaire et des facteurs de risque ?

Rechercher :

- » hypertension artérielle
- » hyperlipidémie
- » diabète
- » tabagisme
- » obésité (poids et rapport tour de taille / tour de hanches)
- » cardiopathie (angor ou infarctus du myocarde)
- » antécédents d'AVC ou d'accident ischémique transitoire

OUI

En cas de **facteurs de risque ou de maladie cardio-vasculaire**

- » Réduire les facteurs de risque cardio-vasculaire selon les lignes directrices locales :
 - Conseiller à la personne de s'arrêter de fumer
 - Traiter l'hypertension
 - Conseiller un régime amaigrissant en cas d'obésité
 - Traiter le diabète
- » Adresser aux spécialistes concernés. 🚫

5. La personne souffre-t-elle d'autres troubles physiques ?

- » Examiner l'état nutritionnel, la vue, l'audition, la dentition, le fonctionnement de la vessie et des intestins et la présence de douleurs
- » Obtenir une analyse d'urine
- » Revoir les traitements médicamenteux, en particulier ceux ayant des effets secondaires anticholinergiques importants (par exemple l'amitriptyline (antidépresseur), de nombreux antihistaminiques et des antipsychotiques)

OUI

Si d'autres troubles physiques sont présents, en particulier :

- » un mauvais état nutritionnel
- » une infection de l'appareil urinaire
- » une constipation ou une diarrhée
- » les conséquences d'interactions médicamenteuses ou d'effets secondaires de médicaments

- » Traiter les troubles physiques associés car cela peut améliorer le fonctionnement cognitif.
- » Adresser aux spécialistes concernés. 🚫

6. L'aidant est-il épuisé ou a-t-il besoin d'aide ?

Déterminer

- » Qui est le principal aidant ?
- » Qui d'autre prodigue des soins et lesquels ?
- » Y a-t-il quelque chose qu'il trouve particulièrement difficile à gérer ?
- » Arrive-t-il à faire face ? Est-il épuisé ? Est-il déprimé ?
- » Les soins entraînent-ils une perte de revenu et/ou des dépenses supplémentaires ?

OUI

Si l'aidant :

- » est épuisé
- » est déprimé
- » ne peut pas faire face aux dépenses exigées par le traitement

- » Proposer des interventions pour les aidants. » DEM 3.5
- » Envisager des interventions psychosociales :
 - soutien financier, par exemple allocation pour personnes handicapées
 - information sur l'état de la personne
 - aide
 - activation d'un réseau communautaire de soutien
 - thérapie familiale ou individuelle si possible
- » Suivi. » DEM 3.6
- » Évaluer la dépression de l'aidant selon le module « Dépression » et prendre en charge en conséquence. 🚫 » DEP

Démence

DEM 2

Détail des interventions

Diagnostic de la démence

Pour diagnostiquer la démence, il faut :

- » évaluer la mémoire et les fonctions cognitives à l'aide de tests simples

ET

- » interroger un membre de la famille ou une autre personne qui connaît bien la personne pour avoir confirmation du fait que ces problèmes :
 - sont apparus assez récemment
 - sont allés en s'aggravant ET
 - gênent régulièrement le déroulement des activités professionnelles, domestiques et sociales quotidiennes.

La démence peut aussi être diagnostiquée à l'aide d'un outil validé au niveau local.

2.1 Évaluation de la mémoire et des fonctions cognitives

- » Évaluer la mémoire en demandant à la personne de répéter trois mots courants immédiatement puis à nouveau 3 à 5 minutes plus tard.
- » Évaluer l'orientation temporelle (heure de la journée, jour de la semaine, saison et année) et spatiale (où se passe le test, où se trouve le marché ou le magasin le plus proche du domicile de la personne).
- » Tester les facultés d'expression orale en demandant à la personne de nommer des parties du corps et d'expliquer la fonction d'un objet, par exemple « à quoi sert un marteau ? »

2.2 Entretien avec l'informateur principal

- » Lors d'un entretien avec l'informateur principal (quelqu'un qui connaît bien la personne) demander des renseignements sur des modifications récentes de la réflexion, du raisonnement et des facultés d'orientation. Les pertes de mémoire occasionnelles sont courantes chez le sujet âgé mais d'autres problèmes, mêmes rares, peuvent être beaucoup plus graves.
- » Demander, par exemple, si la personne oublie souvent où elle a rangé des objets, ce qui s'est passé la veille ou, parfois, où elle se trouve.
- » Demander à la personne quand ces problèmes sont apparus et s'ils se sont aggravés avec le temps. La pensée et la mémoire redeviennent-elles totalement normales pendant plusieurs jours, plusieurs semaines, voire plus longtemps ?
- » Il peut être difficile de déterminer dans quelle mesure les activités quotidiennes sont perturbées si la famille minimise les problèmes, si les problèmes sont relativement peu gênants ou si la famille assure habituellement une aide et un accompagnement importants de la personne âgée. Les tâches complexes, comme la gestion du budget du ménage, les courses ou la cuisine, sont habituellement perturbées en premier. Les activités essentielles ne concernant que la personne elle-même, comme la toilette, la prise des repas et l'hygiène personnelle, ne sont perturbées que dans un deuxième temps.
- » Vous devrez savoir quelles sont les activités habituelles des personnes âgées dans votre région et dans la famille que vous voyez en particulier. Essayez de déterminer s'il y a eu des évolutions récentes. La personne fait-elle des erreurs ou met-elle plus longtemps que d'habitude à réaliser une tâche, y arrive-t-elle moins bien ou abandonne-t-elle certaines activités ?

Détail des interventions

Interventions psychosociales

3.1 Annonce des résultats de l'évaluation

Demander à la personne chez qui on recherche une démence si elle souhaite connaître le diagnostic et à qui d'autre il faut le communiquer. Les explications doivent être adaptées selon la capacité de la personne à comprendre et à retenir les informations.

Donner d'abord des informations de base – mais pas trop. Par exemple :

- » La démence est une maladie du cerveau qui a tendance à s'aggraver avec le temps.
- » On ne peut pas en guérir mais on peut faire beaucoup pour aider la personne et sa famille.
- » De nombreux problèmes et troubles du comportement peuvent être pris en charge au fur et à mesure qu'ils apparaissent. On peut faire beaucoup pour améliorer le confort de la personne et atténuer le stress de l'aidant.

Faire une proposition réaliste d'aide et de soutien et informer la personne et l'aidant de tout autre soutien disponible dans leur communauté.

3.2 Interventions psychosociales pour atténuer les symptômes cognitifs et améliorer le fonctionnement

- » Donner régulièrement à la personne démente des informations lui permettant de s'orienter (par exemple jour, date, temps qu'il fait, heure et nom des gens) afin qu'elle conserve son orientation temporo-spatiale ainsi que des repères par rapport à son entourage.
- » Utiliser plusieurs supports tels que des journaux, des programmes de télévision, des albums de photos de la famille et des objets familiers pour favoriser la communication, orienter l'attention de la personne sur des événements actuels et stimuler la remémoration, et permettre à la personne d'exprimer et de valoriser ce qu'elle ressent.
- » Utiliser des phrases simples pour que la communication verbale soit claire. Essayer d'atténuer autant que possible le bruit ambiant (radio, télévision, conversations d'autres personnes). Écouter attentivement ce que la personne a à dire.
- » Éviter de bouleverser la routine et d'amener la personne dans des lieux déroutants et qui ne lui sont pas familiers, à moins que ce ne soit nécessaire.

3.3 Promotion de l'autonomie, du fonctionnement et de la mobilité

Prévoir des activités quotidiennes qui favorisent l'autonomie de la personne, l'aidant à s'adapter et à acquérir des compétences et minimisent le soutien nécessaire. Faciliter la réadaptation dans la communauté en faisant participer la communauté et les aidants à la mise en œuvre de ces interventions. Apporter une aide en s'appuyant sur les ressources sociales disponibles.

Envisager notamment ce qui suit :

- » Donner des conseils afin que la personne continue à aller aux toilettes de manière autonome, notamment en régulant sa prise de liquides (en cas d'incontinence, il faut en rechercher toutes les causes possibles et essayer toutes les possibilités thérapeutiques avant de considérer cette incontinence comme définitive).
- » Indiquer aux membres de la famille qu'il faut bien entretenir le sol du logement de la personne afin de réduire le risque de chute.
- » Recommander de faire des aménagements au domicile de la personne. Il peut être utile d'installer des rampes et des panneaux indiquant les principaux endroits du domicile (toilettes, salle de bains) afin d'éviter que la personne ne se perde.
- » Recommander à la personne de faire une activité physique afin de conserver la mobilité et de réduire le risque de chute.
- » Conseiller des activités récréatives (adaptées au stade de la démence).
- » Prescrire une ergothérapie, si possible.
- » Prendre en charge les déficits sensoriels (mauvaise vue, mauvaise audition) à l'aide de dispositifs appropriés (par exemple lunettes de lecture, aides auditives).

Démence



DEM 3

Détail des interventions

Interventions psychosociales




3.4 Prise en charge des symptômes comportementaux et psychologiques

- » Diagnostiquer et traiter les problèmes somatiques qui peuvent avoir une incidence sur le comportement (douleur, infections, etc.).
- » Envisager certaines modifications de l'environnement, par exemple l'installation de sièges adaptés, l'aménagement de zones où la personne peut se déplacer en toute sécurité, l'installation de panneaux (par exemple pas de panneau « Sortie » sur la porte donnant sur la rue mais un panneau indiquant les toilettes).
- » Repérer les événements (par exemple aller faire les courses sur un marché très fréquenté) ou les facteurs (par exemple sortir seul) qui peuvent précéder, déclencher ou aggraver des problèmes comportementaux et voir s'il est possible d'agir à ce niveau.
- » Envisager des stratégies pour apaiser ou distraire la personne, par exemple suggérer des activités qui lui plaisent (par exemple faire une promenade, écouter de la musique, bavarder), notamment quand elle est agitée.


Puisque les personnes démentes risquent d'être exposées à la maltraitance et au délaisement, les soignants doivent donc veiller à les protéger et appliquer les politiques locales pertinentes à cet égard. !

3.5 Interventions pour les aidants

- » Diagnostiquer le stress et l'impact psychosocial sur l'aidant. Évaluer les besoins de l'aidant afin de lui assurer le soutien et les ressources nécessaires à sa vie familiale et professionnelle, ses activités sociales et sa santé.



- » Reconnaître que la prise en charge des personnes démentes peut être extrêmement frustrante et stressante. L'aidant doit absolument continuer à s'occuper de la personne sans se montrer hostile ni négligeant à son égard. Les aidants doivent être encouragés à préserver la dignité de la personne démente et à la faire participer autant que possible aux décisions qui la concernent.
- » Dès que le diagnostic est posé, informer la personne, sa famille et les autres aidants avec tact et en tenant compte de leurs souhaits.
- » Assurer une formation et un soutien pour l'acquisition de compétences spécifiques (par exemple la prise en charge des conduites problématiques) si nécessaire. Pour que ces interventions soient le plus efficaces possible, inciter l'aidant à participer activement (par exemple à l'occasion d'un jeu de rôles).
- » Envisager une aide matérielle, par exemple, si possible, des soins à domicile. Un autre membre de la famille ou une personne capable peut superviser les soins dispensés à la personne démente (de préférence à son domicile habituel) pour soulager l'aidant principal qui peut ainsi se reposer ou avoir d'autres activités.
- » Déterminer si la personne peut bénéficier d'une allocation pour handicapé ou d'une autre aide financière, versée par l'État, une source non étatique ou des réseaux sociaux.
- » Si possible, tenter de soulager l'épuisement psychologique de l'aidant en lui apportant un soutien, en lui donnant des conseils pour résoudre les problèmes ou par le biais d'interventions cognitivo-comportementales. (Voir les modules « Dépression » et « Interventions psychosociales avancées »).  » DEP et  » INT
- » Évaluer et traiter la dépression modérée à sévère chez l'aidant (voir le module « Dépression »).  » DEP


3.6 Suivi

- » Assurer un suivi médical et social au moins une fois tous les trois mois.
- » **À chaque visite de suivi, évaluer :**
 - les comorbidités médicales et psychiatriques, y compris les troubles de la vision et de l'audition, la douleur et l'incontinence ;
 - la stabilité ou l'évolution des symptômes de démence, en recherchant de nouveaux symptômes et tout changement rapide ;
 - la capacité à participer à des activités quotidiennes et les nouveaux soins nécessaires ;
 - les situations dangereuses pour la personne (par exemple conduite automobile, gestion de l'argent, gestion du traitement médicamenteux, risques au domicile liés à la préparation des repas ou à la consommation de cigarettes, possibilité de s'égarer, etc.) ; 
 - la présence d'une dépression et sa gravité ;
 - la présence de symptômes comportementaux et psychologiques de démence et leur gravité ;
 - le risque d'automutilation ;
 - en cas de traitement médicamenteux : l'efficacité, les effets secondaires et l'observance du traitement ainsi que les symptômes cognitifs et les symptômes cibles ;
 - les obstacles à la participation au traitement ;
 - l'épuisement de l'aidant et les besoins d'information, de formation et de soutien.
- » Comparer l'évaluation actuelle à la précédente et discuter des résultats avec la personne et l'aidant.
- » Déterminer les nouveaux besoins de la personne et / ou de l'aidant et prendre les mesures nécessaires.
- » Discuter et convenir du traitement.

Détail des interventions

Interventions pharmacologiques

- » Pour traiter les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence, envisager de prescrire un antipsychotique tel que l'halopéridol ou un antipsychotique atypique seulement après avoir essayé les interventions psychosociales. Vous pouvez envisager un traitement médicamenteux si les symptômes persistent et s'il existe un risque imminent.
- » **CONSULTER UN SPÉCIALISTE** 
- » Commencer par 0,5 mg d'halopéridol par voie orale ou, si nécessaire, par voie intramusculaire. Éviter la voie intraveineuse. Éviter le diazépam.
- » Commencer par de faibles doses et augmenter progressivement, faire des dosages, revoir les besoins pharmacologiques régulièrement (au moins une fois par mois) et contrôler les effets secondaires extrapyramidaux. Utiliser la posologie minimale efficace.
- » Pour plus d'informations sur les médicaments antipsychotiques, consulter le module « Psychose ».  » **PSY 3**

 **NE PAS** prescrire systématiquement des inhibiteurs de l'acétylcholinestérase (comme le donépézil, la galantamine et la rivastigmine) ou de la mémantine dans tous les cas de démence. N'envisager ces médicaments que si le diagnostic spécifique de maladie d'Alzheimer peut être posé ET s'il existe un appui et un encadrement adéquats par des spécialistes et si les aidants peuvent contrôler les effets secondaires.

Les affections résultant des différents modes de consommation alcoolique sont les suivantes : intoxication alcoolique aiguë, consommation nocive d'alcool, syndrome de dépendance alcoolique et état de sevrage alcoolique. L'intoxication aiguë est une affection transitoire faisant suite à une prise d'alcool entraînant des troubles de la conscience, de la perception, du comportement ainsi que des troubles cognitifs et affectifs. La consommation nocive d'alcool est un mode de consommation dommageable pour la santé. Le dommage peut être physique (par exemple maladie hépatique) ou mental (par exemple épisodes dépressifs). Il est souvent associé à des conséquences sociales (par exemple problèmes familiaux ou professionnels).

La dépendance alcoolique regroupe un ensemble de phénomènes physiologiques, comportementaux et cognitifs dans lesquels la consommation d'alcool revêt pour un sujet donné une importance bien plus grande que d'autres comportements qui étaient auparavant davantage valorisés. L'état de sevrage alcoolique fait référence à un groupe de symptômes qui peuvent apparaître à l'arrêt de la consommation d'alcool après un usage quotidien prolongé.

1. La personne présente-t-elle une intoxication alcoolique aiguë ?

Rechercher :

- » Si son haleine sent l'alcool
- » Un trouble de l'élocution
- » Un comportement désinhibé

Évaluer :

- » Le degré de conscience
- » Le degré de cognition et de perception

OUI

Si l'on constate des troubles de la conscience, de la cognition, de la perception, de l'affect ou du comportement suite à une consommation récente d'alcool.

Il est probable que l'on soit en présence d'une intoxication alcoolique

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

2. La personne présente-t-elle des caractéristiques du sevrage alcoolique ?

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

Rechercher :

- » Un tremblement des mains
- » Des sueurs
- » Des vomissements
- » Une accélération du pouls et de la pression sanguine
- » Une agitation

Demander à la personne si elle a :

- » Des céphalées
- » Des nausées
- » Des angoisses

NOTE : Des convulsions et un état confusionnel peuvent apparaître dans les cas graves.

OUI

Le syndrome de sevrage est-il susceptible d'être GRAVE ?

Rechercher :

- » Des épisodes antérieurs de privation alcoolique grave comprenant un delirium et des convulsions
- » D'autres problèmes médicaux ou psychiatriques ou une dépendance aux benzodiazépines
- » Des symptômes de sevrage grave déjà présents quelques heures seulement après l'arrêt de la consommation d'alcool

- » Traiter **immédiatement** par le diazépam. » ALC 3.1
- » Traiter en milieu hospitalier ou dans un centre de désintoxication s'il y en a un. +
- » **Si le sevrage est compliqué par un delirium :** » ALC 3.1
 - Traiter le sevrage par le diazépam.
 - Prendre en charge dans un environnement sûr.
 - Hydrater abondamment.
 - Si le delirium ou les hallucinations persistent malgré le traitement des autres symptômes de sevrage, envisager alors d'utiliser des neuroleptiques comme l'halopéridol à raison de 2,5–5 mg par voie orale jusqu'à 3 fois par jour.
- » **Si le sevrage est compliqué par des convulsions,** commencer par traiter par le diazépam et ne pas faire appel aux anticonvulsifs pour prévenir d'autres crises convulsives.

Consommation d'alcool et troubles liés à la consommation d'alcool !

ALC 1

Guide d'évaluation et de prise en charge en cas d'urgence !

3. La personne présente-t-elle une confusion aiguë ou une obnubilation avec notion d'une consommation d'alcool excessive récente?

OUI

Est-on en présence d'une encéphalopathie de Wernicke, d'un traumatisme crânien ou d'un delirium de sevrage alcoolique aigu(è)?

- » Examiner le sujet à la recherche d'un nystagmus ou d'une ataxie caractéristique de l'encéphalopathie de Wernicke. Une ophtalmoplégie peut apparaître dans les cas graves.
- » Examiner le sujet à la recherche de signes de traumatisme crânien tels que des lacérations ou un saignement au niveau de la tête ou des oreilles.
- » Réévaluer le sujet pour voir s'il souffre d'un delirium de sevrage alcoolique.

Encéphalopathie de Wernicke aiguë

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

Traumatisme crânien

- » Surveiller le degré de conscience.
- » Demander un avis chirurgical. 🚑

Delirium de sevrage alcoolique

- » Traiter le delirium de sevrage alcoolique. » ALC 3.1

Exclure les autres causes communes de confusion telles que les infections, l'hypoxie, l'hypoglycémie, l'encéphalopathie hépatique et les accidents vasculaires cérébraux. !

1. Rechercher un mode de consommation alcoolique et un effet nocif de l'alcool

- » Demander à la personne si elle consomme de l'alcool.

Si OUI

- » Lui demander si elle en consomme de façon à être exposée à un effet nocif:

Quantité et fréquence de la consommation

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

** Une boisson standard est une mesure de la quantité d'alcool pur consommée, située en général entre 8 g et 12 g. Si la quantité d'alcool contenue dans une boisson standard d'un pays donné est située en dehors de ces limites, il peut falloir ajuster le nombre de boissons standard.*

NOTE : Repérer les troubles liés à la consommation d'alcool au cours des soins courants.

La consommation dangereuse d'alcool et les troubles liés à la consommation d'alcool sont courants. Sauf dans les régions où la consommation d'alcool est très faible, les gens qui viennent consulter au centre de santé doivent être interrogés sur leur consommation alcoolique. Cela peut être fait de façon informelle ou à l'aide d'un questionnaire tel que le OMS AUDIT, ou le OMS-ASSIST.

OUI

Si OUI

- » Recueillir une anamnèse plus détaillée à la recherche d'une consommation nocive d'alcool ou d'une dépendance (voir point 2 ci-dessous et » ALC 2.1)

S'il n'y a pas de dépendance alcoolique

- » le scénario clinique est le suivant :
CONSOMMATION D'ALCOOL DANGEREUSE
ou
CONSOMMATION D'ALCOOL NOCIVE

- » Indiquer clairement les résultats de l'évaluation et expliquer les liens entre ce degré de consommation d'alcool, les problèmes de santé de la personne et les risques à court et à long terme qu'il y a à poursuivre la consommation au niveau actuel.
- » Demander s'il y a consommation d'autres substances
🚫 » DRO 2.1
- » Évoquer rapidement avec la personne les raisons de sa consommation d'alcool.

i Voir interventions brèves » ALC 2.2 pour plus d'informations

- » Indiquer clairement à la personne qu'il lui est recommandé de diminuer sa consommation d'alcool jusqu'à des niveaux moins dangereux ou d'arrêter complètement l'alcool et votre désir de l'aider à le faire.
 - Si la personne est désireuse d'essayer d'abaisser sa consommation ou de l'arrêter, évoquer avec elle les divers moyens permettant d'atteindre cet objectif.
 - Si ce n'est pas le cas, lui indiquer avec assurance qu'il est possible d'arrêter ou de réduire une consommation d'alcool dangereuse ou nocive et l'encourager à revenir si il ou elle veut évoquer ce problème plus avant.

- » Assurer un suivi dès que l'occasion se présente.
- » Demander l'avis d'un spécialiste 🚫 le cas échéant pour les gens qui ont une consommation alcoolique nocive et qui n'ont pas bien réagi aux interventions brèves.

🚫 Si la personne est un adolescent voir » ALC 2.6

🚫 S'il s'agit d'une femme enceinte ou qui allaite, voir » ALC 2.7

Consommation d'alcool et troubles liés à la consommation d'alcool

ALC 1

Guide d'évaluation et de prise en charge

2. La personne présente-t-elle une dépendance alcoolique ?

Recueillir une anamnèse détaillée de la consommation alcoolique » ALC 2.1

Rechercher :

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

OUI

Si au moins 3 des traits sont présents,

il s'agit d'un scénario clinique de DÉPENDANCE ALCOOLIQUE

- » Indiquer clairement les résultats de l'évaluation et expliquer les risques à court et à long terme d'une poursuite de l'alcoolisation au niveau actuel.
- » Discuter brièvement des motivations qui font que la personne consomme de l'alcool. **Voir Interventions brèves.** » ALC 2.2
- » Conseiller un arrêt complet de l'alcool.
- » Conseiller une consommation quotidienne de 100 mg de thiamine.
- » Si la personne est désireuse d'essayer d'arrêter l'alcool, lui faciliter les choses.
 - Déterminer quel est l'endroit approprié pour arrêter de boire.
 - Planifier l'arrêt de l'alcool.
 - Prendre les dispositions voulues pour une désintoxication si nécessaire.
 - Au cours de la désintoxication, traiter les symptômes de sevrage par le diazépam. 🚫 » ALC 3.1
- » Après désintoxication, prévenir une rechute à l'aide de médicaments (naltrexone, acamprosate ou disulfiram) 🚫, s'ils sont disponibles. » ALC 3.2
- » Évaluer et traiter toute comorbidité médicale ou psychiatrique, l'idéal étant d'intervenir au bout de 2 à 3 semaines d'abstinence du fait que certains problèmes vont disparaître avec l'abstinence.
- » Envisager l'orientation vers un groupe d'entraide (comme les Alcooliques anonymes) ou un transfert dans un centre de traitement. » ALC 2.3
- » **NE PAS** infliger de punition sous prétexte de traitement. ❌
- » Répondre aux besoins de logement et d'emploi. » ALC 2.4
- » Fournir des informations et un soutien à la personne, à ceux qui s'en occupent et aux membres de sa famille. » ALC 2.5
- » Si possible, fournir des interventions psychosociales tels un conseil ou une thérapie familiale, un conseil ou une thérapie par résolution de problèmes, une thérapie cognitivo-comportementale, une thérapie de renforcement de la motivation, ou d'organisation des contingences. » INT
- » Envisager le transfert vers un établissement de traitement spécialisé. +
- » Assurer un suivi selon les besoins, fréquent au début.
- » Rechercher l'aide d'un spécialiste au besoin. 🚫

Détail des interventions

2.1 Anamnèse de la consommation d'alcool

Lorsque l'on interroge sur la consommation alcoolique :

- » Poser des questions sans indiquer de réponse privilégiée et essayer de ne pas avoir l'air surpris devant les réponses données.
- » Demander quelle est l'importance et le mode de consommation alcoolique, ainsi que les comportements associés à cette consommation qui pourraient constituer un risque pour la santé de la personne ou d'autres personnes (c'est-à-dire où, quand et avec qui la consommation d'alcool se produit habituellement, les facteurs déclenchants, les activités menées sous l'effet de l'alcool, les conséquences financières de cette consommation, la capacité à s'occuper des enfants et la violence à l'encontre des autres).
- » Demander quels sont les effets nocifs de l'alcool, notamment :
 - les accidents de la route dus à la conduite sous l'emprise d'un état alcoolique
 - les problèmes relationnels
 - les problèmes médicaux par exemple une maladie hépatique / des ulcères de l'estomac
 - les problèmes juridiques / financiers
 - les conduites sexuelles sous l'effet de l'alcool que l'on regrette par la suite ou qui sont risquées
 - la violence liée à l'alcool, notamment la violence domestique
- » Demander comment a commencé à se développer la consommation alcoolique par rapport à d'autres événements de la vie, par exemple en recueillant les faits de manière chronologique.
- » S'il y a des signes de consommation alcoolique dangereuse ou nocive, enquêter sur la dépendance en demandant s'il y a un épuisement d'effet, des symptômes de sevrage, une augmentation de la consommation ou si celle-ci se poursuit plus longtemps que prévu, la poursuite de cette consommation malgré les problèmes qui lui sont liés, la difficulté à s'arrêter ou à diminuer sa consommation et un besoin maladif d'alcool.

- » Poser des questions sur les réseaux sociaux et les modes de consommation d'alcool et autres drogues de la personne.

Lors de l'examen de la personne, rechercher :

- » la présence d'une intoxication et de symptômes de sevrage ;
- » les signes d'une forte et ancienne consommation alcoolique, par exemple une maladie hépatique (hépatomégalie, signes périphériques de lésion hépatique), une lésion cérébelleuse ou des nerfs périphériques.

Analyses à envisager (lorsqu'elles sont possibles) :

- » Enzymes hépatiques et examen sanguin complet.

2.2 Interventions brèves visant à réduire la consommation alcoolique nocive

» Exemples de la façon dont on peut réduire une consommation alcoolique nocive ou dangereuse

- ne pas avoir d'alcool à la maison ;
- ne pas aller dans des brasseries (« pubs ») ou autres endroits où les gens consomment de l'alcool ;
- demander l'aide de sa famille ou de ses amis ;
- demander à la personne de revenir au centre de santé avec sa famille ou ses amis afin d'évoquer ensemble la voie à suivre.

» Parler aux gens des raisons qui font qu'ils consomment de l'alcool

- Entamer avec la personne une discussion sur sa consommation d'alcool de manière à ce qu'elle puisse parler des bienfaits qu'elle pense en retirer et de ses dangers réels et / ou potentiels, en prenant en compte les choses les plus importantes dans la vie pour cette personne.

- Orienter la discussion vers une évaluation objective des effets positifs et négatifs de l'alcool en mettant en doute les affirmations exagérées portant sur ses bienfaits et en attirant l'attention sur certains des aspects négatifs qui sont peut-être sous-évalués.
- Éviter tout conflit avec la personne et essayer de reformuler les choses différemment si l'on se heurte à une résistance – en cherchant à bien faire comprendre, autant que faire se peut pour la personne à ce moment-là, les conséquences réelles de l'alcool dans sa vie.
- Encourager la personne à décider d'elle-même si elle veut changer son mode de consommation alcoolique, en particulier après une discussion objective sur le pour et le contre du mode actuel de consommation.
- Si la personne n'est toujours pas prête à arrêter ou à réduire sa consommation, lui demander alors de revenir pour une discussion plus approfondie.

2.3 Groupes d'entraide

- » Songer à conseiller aux gens qui présentent une dépendance alcoolique d'adhérer à un groupe d'entraide, par exemple les Alcooliques anonymes. Songer à leur faciliter le contact initial, par exemple en prenant le rendez-vous et en les accompagnant à la première séance.

2.4 Répondre aux besoins de logement et d'emploi

- » Si possible, collaborer avec les organismes locaux et les ressources communautaires afin d'obtenir un emploi aidé pour les personnes qui ont besoin d'un soutien pour reprendre leur travail ou trouver un emploi et permettre à ces derniers d'accéder aux offres d'emploi (ou de formation) locales, en fonction des besoins et des compétences de chacun.

Consommation d'alcool et troubles liés à la consommation d'alcool

ALC 2

Détail des interventions

- » Si possible, collaborer avec les organismes locaux et les ressources communautaires pour trouver une aide au logement ou un lieu de vie assisté ou un lieu de vie indépendant s'ils sont nécessaires. Évaluer soigneusement la capacité de la personne et la disponibilité de l'alcool ou d'autres substances lorsque l'on conseille et que l'on facilite la mise en place de dispositions optimales pour le logement.

2.5 Soutien aux familles et aux aidants

Évoquer avec les familles et les aidants les conséquences de la consommation et de la dépendance alcoolique sur eux-mêmes et sur les autres membres de la famille, notamment les enfants. En fonction du retour d'information des familles :

- » Offrir une évaluation de leurs besoins personnels, sociaux et de santé mentale.
- » Fournir des informations sur la consommation alcoolique et la dépendance.
- » Aider à identifier les sources de stress liées à la consommation alcoolique; explorer les méthodes permettant de s'attaquer au problème et promouvoir des conduites adaptées pour faire face à la situation.
- » Les informer de l'existence des groupes de soutien et les aider à y avoir accès (par exemple groupes d'entraide pour les familles et les aidants) ainsi qu'à d'autres aides sociales.

2.6 Consommation de substances au cours de l'adolescence

- » Préciser la nature confidentielle de la discussion dans le cadre des soins de santé, notamment les circonstances dans lesquelles les parents ou autres adultes seront informés.

- » Déterminer quels sont les problèmes sous-jacents les plus importants pour l'adolescent en gardant à l'esprit le fait que les adolescents sont souvent incapables de bien exposer leurs problèmes. Il peut falloir pour cela poser des questions ouvertes dans divers domaines (maison, éducation/emploi/alimentation, activités, drogues et alcool, sexualité/sécurité/suicide) et consacrer suffisamment de temps à la discussion.

- » Bien qu'ils se présentent en général avec des problèmes d'abus de substances moins graves, les jeunes peuvent présenter une dépendance grave. Il est tout aussi important de dépister les problèmes de drogue et d'alcool chez les adolescents que chez les adultes.

- » Fournir aux parents et à l'adolescent des informations sur les effets de l'alcool et des autres substances sur la santé et le fonctionnement social de l'individu.

- » Encourager une modification de l'environnement dans lequel vit l'adolescent plutôt que de mettre directement l'accent sur le fait que l'adolescent constitue le problème, par exemple en l'encourageant à participer à des activités scolaires ou professionnelles ou à des activités extrascolaires ou extraprofessionnelles qui occupent son temps et l'encourager à participer à des activités de groupe lui facilitant l'acquisition de compétences et à jouer un rôle dans sa communauté. Il est important que les adolescents participent à des activités qui les intéressent.

- » Encourager les parents et/ou les adultes responsables à faire en sorte de savoir où se trouve l'adolescent, avec qui, ce qu'il fait, quand il va rentrer, et à attendre de celui-ci qu'il rende compte de ses activités.

- » Encourager les parents à fixer des attentes claires (en étant par ailleurs préparés à les négocier avec l'adolescent) et à discuter avec l'adolescent des conséquences de son comportement et de la non-conformité de celui-ci avec lesdites attentes.


- » Conseiller aux parents de limiter leurs propres comportements qui pourraient contribuer à ce que leurs enfants consomment des substances, notamment l'achat ou la mise à disposition d'alcool ou le fait de donner de l'argent qui sera dépensé pour cela, sans oublier l'influence potentielle de leur propre consommation d'alcool et de drogues sur leurs enfants.


2.7 Femmes – Grossesse et allaitement


- » Conseiller aux femmes qui sont enceintes ou qui envisagent de le devenir d'éviter totalement l'alcool.
- » Indiquer aux femmes que le fait de consommer même de petites quantités d'alcool au début de la grossesse peut être nocif au développement du fœtus et que de grandes quantités peuvent entraîner un syndrome et des problèmes de développement graves appelés syndrome d'alcoolisme fœtal (SAF).
- » Conseiller aux femmes qui allaitent au sein d'éviter totalement l'alcool.
- » Étant donné les bienfaits de l'allaitement au sein exclusif (en particulier au cours des 6 premiers mois), si les mères continuent de consommer de l'alcool, il faut leur conseiller de limiter leur consommation et de réduire au minimum le contenu en alcool de leur lait, par exemple en allaitant leur enfant avant d'en boire, puis d'attendre que la concentration sanguine tombe à zéro (en approximativement 2 heures après chaque boisson alcoolisée, c'est-à-dire 4 heures si l'on en a pris DEUX), ou en utilisant du lait qu'elles auront tiré auparavant.
- » Les mères qui ont une consommation de substances nocives et leurs jeunes enfants doivent se voir offrir les services de soutien social disponibles, notamment des visites postnatales supplémentaires, une formation au rôle de parent et aux soins à apporter aux enfants au cours des visites médicales.

Détail des interventions

3.1 Prise en charge du sevrage alcoolique


- » Être attentif aux besoins d'une personne exposée au risque de syndrome de sevrage, par exemple à ceux d'une personne présente dans l'hôpital de district et ayant une dépendance alcoolique non diagnostiquée.
- » Lorsqu'il y a des signes indiquant qu'un syndrome de sevrage se développe (ou avant que les symptômes de sevrage n'apparaissent dans le cas d'un sevrage planifié), administrer du diazépam  à une dose initiale pouvant atteindre 40 mg par jour (soit 10 mg quatre fois par jour ou 20 mg deux fois par jour) pendant 3 à 7 jours. Chez les personnes présentant un métabolisme hépatique altéré (insuffisance hépatique, personnes âgées), n'utiliser au début qu'une dose unique faible (5 à 10 mg) et déterminer la durée d'action de cette dose avant d'en prescrire d'autres.

 La dose et la durée du traitement par le diazépam doivent être déterminées individuellement en fonction de la gravité des symptômes de sevrage et de la présence d'autres problèmes médicaux. En milieu hospitalier, le diazépam peut être administré plus fréquemment (c'est-à-dire toutes les heures) et jusqu'à une dose journalière plus élevée (à savoir jusqu'à 120 mg par jour pour les 3 premiers jours) si nécessaire et si la personne est examinée fréquemment.

- » Administrer 100 mg de thiamine  /jour par voie orale pendant 5 jours (ou pendant plus longtemps si nécessaire) pour prévenir l'apparition de syndromes de déficit en thiamine tels que l'encéphalopathie de Wernicke. Envisager une autre complémentation vitaminique lorsqu'elle est indiquée.
- » Veiller à un apport liquidien suffisant et à ce que les besoins en électrolytes soient satisfaits. Corriger les concentrations potassiques et magnésiques habituellement faibles.

» Assurer un appui aux aidants et aux préposés.

» Assurer un environnement aussi calme et peu stimulant que possible, bien éclairé dans la journée et suffisamment éclairé la nuit afin d'éviter les chutes si la personne se lève la nuit.

» Lorsque la personne présente une dépendance alcoolique grave (antécédents de sevrage alcoolique grave, de crises convulsives ou de delirium) ou des troubles médicaux ou psychiatriques graves et concomitants, ou si elle manque d'un soutien suffisant, **CONSULTER UN SPECIALISTE**, si possible. 

» Songer à d'autres problèmes médicaux et les traiter (par exemple une encéphalopathie de Wernicke, une encéphalopathie hépatique, une hémorragie gastro-intestinale, des lésions traumatiques de la tête avec ou sans hématome sous-dural). Les benzodiazépines ne doivent pas être utilisées chez des sujets présentant une encéphalopathie hépatique ou une dépression respiratoire.

OÙ effectuer un sevrage alcoolique ?


» Y a-t-il eu des épisodes avec symptômes de sevrage grave, convulsions ou delirium dans le passé ?

» Y a-t-il d'autres problèmes médicaux ou psychiatriques importants ?

» Des signes de sevrage importants apparaissent-ils dans les 6 heures suivant la dernière boisson alcoolisée ?

» Un sevrage en ambulatoire a-t-il échoué ?


» La personne est-elle sans domicile fixe ou sans aucun soutien social ?


 Si la réponse à l'une quelconque des questions ci-dessus est OUI, alors il est préférable d'effectuer un sevrage en milieu hospitalier.

Delirium associé au sevrage alcoolique

» Traiter la personne dans un environnement calme et sûr où il est peu probable qu'il puisse se faire du mal.

» Traiter le syndrome de sevrage alcoolique sous-jacent par le diazépam. 

» Administrer 100 mg de thiamine par voie i.v. ou i.m. 3 fois par jour pendant 5 jours. 

» Faire appel à des antipsychotiques si nécessaire, uniquement pendant la durée des symptômes psychotiques (par exemple halopéridol 2,5–5 mg par voie orale 3 fois par jour). 

» Maintenir l'hydratation.

» Éviter toute contention.

Toujours songer à d'autres causes de delirium et d'hallucinations (par exemple traumatisme crânien, hypoglycémie, infection (le plus souvent pneumonie), hypoxie, encéphalopathie hépatique ou accidents vasculaires cérébraux).

Consommation d'alcool et troubles liés à la consommation d'alcool

ALC 3

Détail des interventions

3.2 Médicaments permettant de prévenir les rechutes après un sevrage alcoolique 🏠

Plusieurs médicaments sont utiles pour traiter la dépendance alcoolique et augmenter les chances que la personne reste abstinente. Les principaux médicaments utilisés sont l'acamprosate, la naltrexone et le disulfiram. La décision d'utiliser l'un quelconque de ces médicaments doit être prise en tenant compte des préférences de la personne et sur la base d'une évaluation avantage / risque (par exemple y a-t-il un risque excessif si le médicament est administré par des agents de santé n'ayant pas de formation médicale ou si la personne présente une maladie hépatique ou prend d'autres médicaments?). Dans la mesure du possible, ces trois médicaments doivent être évités chez la femme enceinte ou qui allaite et chez les personnes présentant une insuffisance rénale ou hépatique importante, même si chaque situation doit être évaluée au cas par cas. Lorsqu'on dispose d'un centre spécialisé, la personne peut y être transférée pour recevoir ces traitements et d'autres. Une bonne réponse à ces médicaments se manifestera par une diminution de la quantité et de la fréquence de la consommation d'alcool, si ce n'est par une abstinence totale.

3.2.1 Acamprosate

L'acamprosate supprime le besoin compulsif d'alcool chez la personne dépendante. Il vaut mieux le démarrer immédiatement après l'arrêt de l'alcool. Il est administré à la dose de 2 comprimés (contenant chacun 333 mg d'acamprosate) trois fois par jour, sauf chez les sujets dont le poids corporel est inférieur à 60 kg, chez qui la dose est réduite à 2 comprimés deux fois par jour. Le traitement est habituellement administré pendant 12 mois. On observe des réactions indésirables associées à l'acamprosate chez environ 20 % des patients : diarrhée, nausées, vomissements, douleur abdominale, prurit, parfois éruption maculopapulaire et, rarement, réactions cutanées bulleuses.

3.2.2 Naltrexone

La naltrexone supprime également le besoin irrépressible d'alcool. Elle peut être démarrée après arrêt de l'alcool à la dose de 50 mg par jour. On poursuit ensuite le traitement pendant 12 mois à une dose comprise entre 50 et 100 mg. Il est important de noter que la personne ne doit pas avoir pris d'opioïdes au cours des 7 jours précédant le traitement. Cette dernière doit être mise en garde contre le fait que la naltrexone va bloquer les opioïdes si elle a besoin d'une analgésie par ces produits dans un futur proche. Des réactions indésirables surviennent chez près de 20 % des patients : nausées, vomissements, douleur abdominale, angoisses, troubles du sommeil, céphalées, perte d'énergie, douleurs articulaires et musculaires. Une toxicité hépatique peut apparaître avec des doses supérieures de naltrexone et l'on effectuera systématiquement des analyses de la fonction hépatique, si c'est faisable.

3.2.3 Disulfiram

L'effet du disulfiram est basé sur la crainte d'une réaction désagréable et potentiellement dangereuse, comprenant des rougeurs du visage, des nausées, des vomissements et une syncope lorsque la personne qui prend ce médicament consomme de l'alcool. Cette dernière doit être avertie du mécanisme d'action de ce médicament et de la nature de la réaction disulfiram alcool, notamment du fait qu'un patient sur 15 000 traités par ce médicament meurt par suite d'une telle réaction (ce qui est faible par comparaison avec le risque de mourir d'une dépendance alcoolique non traitée). Le disulfiram doit être offert pour motiver les patients chez qui le personnel appliquant le traitement, les aidants ou les membres de la famille peuvent surveiller l'observance du traitement et lorsque les dispensateurs de soins sont conscients des effets indésirables potentiels, notamment de la réaction disulfiram-alcool. La dose est habituellement de 200 mg par jour. Les réactions indésirables sont les suivantes : somnolence, fatigue, nausées, vomissements, baisse de la libido, réactions psychotiques rares, dermatites allergiques, névrites périphériques ou lésions des hépatocytes. Le disulfiram est contre-indiqué chez les sujets présentant une cardiopathie ischémique, une insuffisance cardiaque, des antécédents d'accident vasculaire cérébral, une hypertension, une psychose, un trouble grave de la personnalité ou un risque de suicide.

Les affections résultant de différents modes de consommation de substances psychoactives sont les suivantes : surdose aiguë d'un sédatif, intoxication par ou surdose aiguë d'un stimulant, consommation nocive ou dangereuse, dépendance au cannabis, dépendance aux opioïdes, dépendance aux stimulants, dépendance aux benzodiazépines, et leurs états de sevrage correspondants.

La consommation nocive de substances est un mode de consommation qui est dommageable pour la santé. Ces dommages peuvent être physiques (comme dans le cas des infections liées à la consommation de drogues) ou mentaux (par exemple épisodes dépressifs) et sont souvent associés à une dégradation du fonctionnement social (par exemple problèmes familiaux, juridiques ou professionnels).

La pharmacodépendance regroupe des phénomènes physiologiques, comportementaux et cognitifs dans lesquels la consommation de drogues devient une priorité bien plus importante pour l'individu que les autres conduites auparavant davantage valorisées.

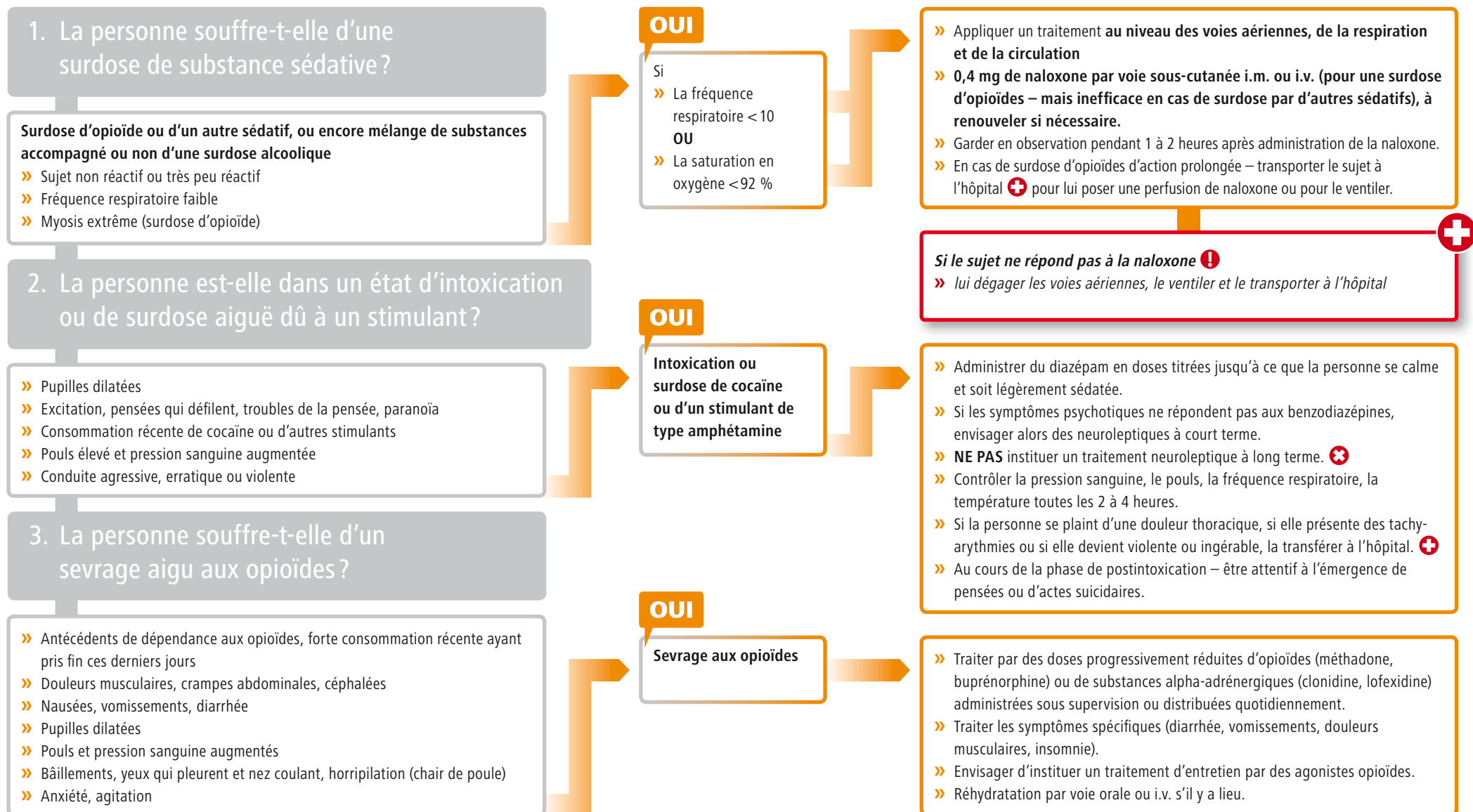
L'état de sevrage médicamenteux fait référence à un groupe de symptômes qui apparaît à l'arrêt d'une substance après un usage quotidien prolongé.

Consommation de drogues et troubles liés à la consommation de drogues



DRO 1

Guide d'évaluation et de prise en charge en cas d'urgence



Consommation de drogues et troubles liés à la consommation de drogues

DRO 1

Guide d'évaluation et de prise en charge

1. La personne utilise-t-elle des drogues illicites ou des médicaments sans ordonnance d'une manière qui risque de porter atteinte à sa santé ?

- » L'interroger sur une consommation récente. » **DRO 2.1**
- » Rechercher un effet nocif lié à la drogue.

NOTE : Des questionnaires de dépistage tels que l'OMS ASSIST peuvent être utilisés pour rechercher une toxicomanie et des problèmes connexes

NOTE : Dépistage des cas

La prévalence des troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives varie énormément d'un endroit à l'autre. Dans ceux où il y a une forte consommation, il peut être approprié de demander à tous les patients quelle est leur consommation de ces substances. Cela peut être fait de façon informelle ou à l'aide d'un questionnaire tel que l'OMS ASSIST.

Ailleurs, il sera approprié de poser la question lorsque des caractéristiques cliniques laissent à penser qu'on est en présence d'un trouble lié à l'utilisation d'une substance psychoactive. Ce peuvent être un aspect négligé, des blessures, des infections et des problèmes de santé mentale.

OUI

si **OUI** évaluer alors la dépendance (voir N° 2 ci dessous) et les effets nocifs liés à la substance. Si la personne N'est PAS dépendante, alors le scénario clinique est le suivant :

CONSOMMATION DANGEREUSE DE DROGUES
ou
CONSOMMATION NOCIVE DE DROGUES

- » Indiquer clairement les résultats de l'évaluation de la consommation et expliquer les liens entre ce degré de consommation, les problèmes de santé de la personne et les risques à court et à long terme si elle poursuit sa consommation au niveau actuel.
- » L'interroger sur sa consommation d'alcool et d'autres substances
 - 🔴 » **ALC 2.1**
- » Avoir avec elle une brève discussion sur les raisons qui font qu'elle se drogue.
- » **Voir Interventions brèves** » **DRO 2.2** pour plus de détails
- » Indiquer clairement qu'il lui est recommandé d'arrêter sa consommation de substances nocives et votre volonté de l'aider à y parvenir.
 - Si la personne est désireuse d'essayer de réduire ou d'arrêter sa consommation, évoquer avec elle de quelle manière parvenir à cet objectif.
 - Si ce n'est pas le cas, lui dire avec assurance qu'il est possible d'arrêter ou de réduire une consommation dangereuse ou nocive et l'encourager à revenir si elle veut en discuter plus avant.
- » Si la personne est un adolescent, voir la section sur l'utilisation de substances psychoactives chez l'adolescent. 🔴 » **ALC 2.6**
- » S'il s'agit d'une femme enceinte ou qui allaite, voir 🚫 » **DRO 2.7**
- » Assurer un suivi dès que l'occasion se présente.
- » Demander l'avis d'un spécialiste, le cas échéant, pour les sujets qui présentent une consommation nocive et qui n'ont pas bien répondu à des interventions brèves. 🚫

2. Y a-t-il des signes de pharmacodépendance ?

» Effectuer une évaluation détaillée de la consommation de drogues. » DRO 2.1

Rechercher :

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

OUI

Si au moins 3 des caractéristiques sont présentes ;

le scénario clinique est le suivant :
PHARMACODÉPENDANCE

- » Indiquer clairement le diagnostic et informer la personne des risques d'effets dommageables à court et à long terme.
- » Analyser les raisons qui font que la personne est toxicomane à l'aide de techniques d'intervention brèves. » DRO 2.2
- » Conseiller à la personne d'arrêter totalement la consommation de cette substance et lui indiquer son intention de l'aider à le faire.
- » Demander à la personne si elle est prête à essayer d'arrêter de consommer cette substance.

» Dépendance au cannabis ou aux stimulants

- Prévoir une intervention brève plus intensive (c'est à dire, jusqu'à 3 séances, pouvant chacune durer jusqu'à 45 minutes). » DRO 2.2
- Traiter les symptômes de sevrage. » DRO 3.3
- Organiser une désintoxication si nécessaire.

» Dépendance aux opioïdes

- Evaluer la gravité de la dépendance. » DRO 2.1
- Dans la plupart des cas, conseiller un traitement d'entretien par des agonistes opioïdes. (également connu sous le nom de traitement de substitution des opioïdes, TSO). Administrer un TSO ou transférer le malade pour qu'il en reçoive un si c'est possible. » DRO 3.1
- Organiser la désintoxication prévue si nécessaire. » DRO 3.1

» Dépendance aux benzodiazépines

- Réduction progressive des doses de benzodiazépines administrées sous supervision ou diminution plus rapide des doses en milieu hospitalier. » DRO 3.2

Dans TOUS les cas

- » Songer à orienter le malade vers des groupes d'entraide et des centres de réadaptation/traitement. » DRO 2.3
- » Répondre aux besoins de logement et d'emploi. » DRO 2.4
- » Fournir des informations et un soutien à la personne, aux aidants et aux membres de sa famille. » DRO 2.5
- » Si elles sont disponibles, assurer des interventions psychosociales telles que le conseil ou la thérapie familiale, le conseil ou la thérapie par résolution de problèmes, la thérapie cognitivo-comportementale, la thérapie de renforcement de la motivation, l'organisation des contingences. » INT
- » Offrir des stratégies de réduction des effets dommageables aux consommateurs de drogues injectables. » DRO 2.6

Consommation de drogues et troubles liés à la consommation de drogues

Détail des interventions

2.1 Évaluation

Anamnèse de la consommation de drogues

Lorsqu'on interroge une personne sur sa consommation de drogues :

- » Poser des questions sur la consommation de drogues illicites sans porter de jugement, peut-être après avoir posé la question pour le tabac / la nicotine, l'alcool ou toute autre substance traditionnelle pouvant présenter un intérêt.
- » Demander quel est le niveau et le mode de consommation, et les conduites associées à cette consommation qui peuvent présenter un risque pour la santé des consommateurs et celle d'autres personnes (par exemple le fait de fumer de la drogue, de se l'injecter, les activités du sujet intoxiqué, les répercussions financières, la capacité à s'occuper d'enfants, la violence exercée à l'encontre des autres).
- » Demander comment a commencé à se développer la consommation par rapport à d'autres événements de la vie, par exemple en recueillant les faits de manière chronologique.
- » Interroger la personne sur les effets nocifs de sa consommation, à savoir :
 - blessures et accidents
 - conduite d'un véhicule sous l'effet de substances psychoactives
 - problèmes relationnels
 - drogues injectables et risques qui leur sont liés
 - problèmes juridiques / financiers
 - rapports sexuels sous l'effet de l'intoxication que l'on regrette par la suite ou qui sont risqués.
- » Enquêter sur la dépendance en demandant s'il y a une tolérance aux effets, des symptômes de sevrage, une augmentation de la consommation, une consommation qui se poursuit plus longtemps que prévu, s'il y a

poursuite de la consommation malgré les complications qui lui sont liées, de la difficulté à arrêter ou à diminuer la consommation, et un état de manque.

Éléments à rechercher lors de l'examen

- » **Des signes d'injection** : les points d'injection courants sont le pli du coude ou l'aîne. Il est possible que la personne montre où elle s'injecte la drogue. Des marques d'injections anciennes apparaissent sous la forme d'une pigmentation ou d'un amincissement de la peau. Les nouveaux points d'injection sont petits, en général légèrement rouges et enflammés. En cas de dépendance vis-à-vis de drogues injectables (comme l'héroïne), les points d'injection anciens et nouveaux doivent être visibles.
- » **Présence d'une intoxication et d'un syndrome de sevrage** :
 - Intoxication par les opioïdes : somnolence, élocution lente, pupilles rétrécies et respiration déprimée.
 - Sevrage aux opioïdes : anxiété, dilatation des pupilles, crampes abdominales, bâillements, rhinorrhée et horripilation (« chair de poule »).
 - Intoxication par les benzodiazépines : sédation, élocution ralentie et difficile, dépression respiratoire.
 - Sevrage des benzodiazépines : anxiété et agitation, crampes musculaires, crampes abdominales, élévation du pouls et de la pression sanguine, insomnie et (lorsqu'elle est grave) crise convulsive et delirium.
 - Intoxication par les stimulants : hyperactivité, élocution rapide et pupilles dilatées.
 - Sevrage des stimulants : au début, fatigue, appétit accru, irritabilité, dépression et anxiété.
 - Intoxication par le cannabis : conjonctives rouges, réactivité retardée et diamètre des pupilles normal.

– Sevrage du cannabis : labilité de l'humeur, anxiété et crampes musculaires (il peut n'y avoir aucun signe observable).

- » **Aspect physique et état mental** : l'aspect physique est une indication utile de la capacité à s'occuper de soi-même.
- » **Complications de santé communes de la consommation de drogue par voie intraveineuse** : il peut y avoir des signes d'infection à VIH ou de maladies qui lui sont liées, d'hépatite B ou C, des infections aux points d'injection, ou une tuberculose.
- » **Autres affections communes associées à l'utilisation de substances psychoactives** : mauvaise dentition, parasitoses cutanées (poux, gale), maladies sexuellement transmissibles, malnutrition.

Analyses à envisager

- » Dépistage de la substance dans les urines : ce peut être une façon utile de vérifier s'il y a eu consommation de drogue, en particulier si la personne a quelque chose à gagner à ne pas dire la vérité. Il doit être effectué avant de commencer le TSO et les résultats doivent être disponibles avant la troisième dose (pour prévenir une surdose accidentelle chez des personnes qui ne sont pas dépendantes aux opioïdes et qui commenceraient un TSO). Une bandelette réactive peut être utilisée pour cela bien qu'elle soit moins fiable.
- » Sérologie des virus à transmission hématogène (VIH, hépatites B et C).
- » Tests de recherche des infections sexuellement transmissibles (IST).
- » Examen des expectorations (lorsque l'on soupçonne une tuberculose).

Détail des interventions

Interventions psychosociales

2.2 Techniques d'intervention brève

Manières d'évoquer l'utilisation de substances psychoactives :

- » Engager la personne dans une discussion sur sa consommation de manière à ce qu'elle puisse parler des avantages qu'elle croit en retirer et des effets dommageables réels et/ou potentiels qui lui sont liés, en tenant compte des choses qui dans la vie de cette personne sont les plus importantes.
- » Orienter la discussion vers une évaluation objective des effets positifs et négatifs de la substance en mettant en doute les allégations exagérées faisant état de bienfaits et en avançant certains des aspects négatifs qui sont peut-être minimisés.
- » Eviter de polémiquer avec la personne et essayer de formuler les choses différemment si l'on se heurte à une résistance – en cherchant à faire comprendre autant que faire se peut à la personne quel est l'impact réel de la substance dans sa vie à ce moment-là.
- » Encourager la personne à décider par elle-même si elle veut changer son mode de consommation, en particulier après une discussion objective portant sur le pour et le contre du mode actuel de consommation.
- » Si la personne n'est pas encore prête à arrêter ou à réduire sa consommation, lui demander alors de revenir pour en parler de façon plus approfondie, peut-être avec un membre de sa famille ou un ami.

2.3 Groupes d'entraide

Songer à conseiller aux personnes qui présentent une dépendance à des substances psychoactives de s'inscrire dans un groupe d'entraide, par exemple aux Narcotiques Anonymes. Faciliter le contact initial, par exemple en prenant le rendez-vous et en accompagnant la personne à la première séance.

2.4 Répondre aux besoins de logement et d'emploi

- » Si possible, collaborer avec les organismes locaux et les ressources communautaires afin d'obtenir l'aide à l'emploi pour les personnes ayant besoin d'un soutien pour reprendre leur travail ou en trouver un. Permettre à la personne d'accéder à l'emploi (ou à la formation) localement, en fonction des besoins et des compétences de chacun.
- » Si possible, collaborer avec les organismes locaux et les ressources communautaires pour trouver un logement ou un lieu de vie assisté, ou un lieu de vie autonome si nécessaire. Évaluer soigneusement la capacité de la personne et la disponibilité de l'alcool ou d'autres substances lorsque l'on facilite la mise en place de dispositions optimales pour le logement.

2.5 Soutien aux familles et aux aidants

Discuter avec les familles et les aidants des conséquences de la consommation de substances psychoactives, et aux conséquences sur eux et sur les autres membres de la famille, notamment les enfants. En fonction des réactions des familles :

- » Offrir d'évaluer leurs besoins personnels, sociaux et de santé mentale.
- » Fournir des informations sur la consommation de substances psychoactives et la dépendance.
- » Aider à identifier les sources de stress liées à la consommation ; explorer les méthodes permettant de s'attaquer au problème et promouvoir des conduites adaptées pour faire face à la situation.
- » Les informer de l'existence des groupes de soutien et les aider à y avoir accès (par exemple groupes d'entraide pour les familles et les aidants) ainsi qu'à d'autres aides sociales.

Consommation de drogues et troubles liés à la consommation de drogues



Détail des interventions

Interventions psychosociales

2.6 Stratégies de réduction des risques

- » Faire connaître les risques de la consommation de drogue par voie intraveineuse.
- » Donner des informations sur des techniques d'injection moins risquées et souligner l'importance d'utiliser du matériel d'injection stérile.
- » Donner des informations sur la façon d'accéder aux programmes d'échange de seringues et d'aiguilles lorsqu'ils existent, ou à d'autres sources de matériel d'injection stérile.
- » Encourager et offrir des tests de recherche de maladies virales à transmission hématogène chaque fois que possible.
- » Offrir un traitement pour les complications de la toxicomanie et autres problèmes médicaux et psychiatriques, ainsi qu'un soutien psychosocial, même si la personne ne souhaite pas arrêter sa consommation de drogue pour le moment.
- » Avec le temps, lorsqu'un lien a été établi, intensifier les efforts afin d'encourager les consommateurs de drogues injectables à recevoir un traitement pour les troubles liés à la toxicomanie qu'ils présentent.

2.7 Femmes – grossesse et allaitement

- » S'enquérir auprès d'elles de leur cycle menstruel et les informer que la toxicomanie peut interférer avec ce dernier, en créant parfois une fausse impression d'impossibilité d'une grossesse.
- » Conseiller aux femmes enceintes d'arrêter toute consommation de substances psychoactives. Il faut en général conseiller aux femmes enceintes dépendantes des opioïdes de prendre un agoniste opioïde de substitution tel que la méthadone.
- » Dépister chez les nouveau-nés de mères qui souffrent de troubles liés à la consommation de drogues des symptômes de sevrage (également connus sous le nom de syndrome de sevrage néonatal). Cet état qui est dû à la consommation d'opioïdes de la mère doit être traité au moyen de faibles doses d'opioïdes (comme la morphine) ou de barbituriques.
- » Conseiller aux mères qui allaitent leur enfant de ne pas utiliser de substances psychoactives et les y aider.
- » Conseiller aux mères qui souffrent de troubles liés à la consommation de substances psychoactives de pratiquer l'allaitement au sein exclusif pendant les 6 premiers mois au moins et les y aider, sauf si un spécialiste déconseille l'allaitement au sein.
- » Les mères qui présentent une consommation de substances nocives et leurs jeunes enfants doivent se voir offrir les services de soutien social disponibles au cours des visites médicales, notamment des visites postnatales supplémentaires et une formation aux soins à donner aux nourrissons et aux enfants.

Détail des interventions



Pharmacothérapie

3.1 Prise en charge du sevrage aux opioïdes

❗ Il convient d'être prudent avant de se lancer dans un sevrage aux opioïdes, surtout s'il y a eu consommation de produits injectables. Le sevrage entraîne une tolérance moins bonne aux opioïdes et, si jamais le sujet reprend sa consommation, il risque la surdose. Il vaut mieux entreprendre un sevrage lorsqu'il y a un plan d'admission dans un programme de réadaptation en milieu spécialisé. Autrement, la personne peut être mise sous un traitement d'entretien par les agonistes opioïdes, qu'il s'agisse de la méthadone ou de la buprénorphine. Lorsque l'on prend la décision de commencer un sevrage, informer la personne des symptômes qui peuvent apparaître et de la durée du processus de sevrage et choisir l'un des produits suivants :

- » **La buprénorphine.** Elle est administrée par voie sublinguale à la dose de 4 à 16 mg par jour pendant 3 à 14 jours. Avant d'initier le traitement, il est important d'attendre jusqu'à ce que les symptômes et signes de sevrage soient devenus manifestes (c'est-à-dire au moins 8 heures après la dernière dose d'héroïne et au moins 24 à 48 heures après la dernière dose de méthadone) parce qu'il y a un risque que le traitement précipite un syndrome de sevrage. La prudence est de rigueur si d'autres sédatifs ont été prescrits à la personne.
- » **La méthadone** est administrée par voie orale à la dose initiale de 15 à 20 mg, en augmentant si nécessaire jusqu'à 30 mg par jour, puis en diminuant progressivement en 3 à 10 jours. La prudence est de rigueur si d'autres sédatifs ont été prescrits à la personne.
- » **La clonidine ou la lofexidine** est administrée à raison de 0,1 à 0,15 mg 3 fois par jour (en fonction du poids corporel). Il peut en résulter une sensation ébrieuse et une sédation. On administrera un traitement symptomatique, à savoir qu'on traitera les nausées par des antiémétiques, la douleur par des analgésiques simples et l'insomnie par des sédatifs légers. Surveiller de près la tension artérielle.

3.2 Prise en charge d'un sevrage aux benzodiazépines

Un sevrage programmé aux benzodiazépines se fait en diminuant progressivement les doses sur 8 à 12 semaines et en passant à des benzodiazépines d'action prolongée ; le tout associé à un soutien psychosocial.

Si un syndrome de sevrage grave non contrôlé apparaît (ou survient de manière imprévue à l'arrêt brutal de ces médicaments) : **CONSULTER UN SPÉCIALISTE** 🚑 ou toute autre personne qualifiée disponible concernant la mise en route d'un schéma de sédation par de fortes doses de benzodiazépines et d'une hospitalisation.

❗ *Éviter la prescription de benzodiazépines à des patients inconnus venus consulter en ambulatoire.*

3.3 Autres sevrages médicamenteux (amphétamines, cannabis, cocaïne)

- » Prendre en charge les symptômes de sevrage au fur et à mesure qu'ils apparaissent, c'est-à-dire traiter la nausée par des antiémétiques, la douleur par des analgésiques simples et l'insomnie par des sédatifs légers.
- » Maintenir une bonne hydratation.
- » Éviter toute contention.
- » Permettre à la personne de quitter l'établissement de traitement s'il le souhaite.

- » Des symptômes de dépression peuvent apparaître à la suite du sevrage ou au cours de celui-ci et il se peut que la personne souffre d'une dépression préexistante. Être attentif au risque de suicide.

3.4 Poursuite du traitement et du soutien après la désintoxication

Offrir à tous les patients la poursuite du traitement, du soutien et un suivi après une cure de désintoxication réussie, quel que soit l'endroit dans lequel elle a été effectuée.

3.5 Traitement d'entretien par les agonistes opioïdes (également connu sous le nom de traitement de substitution des opioïdes)

Un traitement d'entretien par les agonistes opioïdes exige la présence d'un cadre établi et réglementé (ces médicaments ne doivent pas être prescrits en l'absence d'un tel cadre). Il se caractérise par la prescription d'opioïdes d'action prolongée comme la méthadone ou la buprénorphine, en général sur la base d'une supervision journalière. Tout porte à croire que le traitement d'entretien par la méthadone ou la buprénorphine réduit effectivement l'usage illicite de substances, la mortalité, la propagation du VIH et la criminalité et améliore la santé physique et mentale et le fonctionnement social des patients.

Suivi : Les médicaments utilisés dans un tel traitement peuvent faire l'objet d'un détournement d'usage ou d'un mésusage ; c'est pourquoi les programmes utilisent diverses méthodes pour limiter les risques de détournement, notamment la consommation sous supervision.

Le suicide est l'acte qui consiste à se tuer délibérément. La conduite autoagressive est un terme plus général qui fait référence à un empoisonnement ou à une blessure que l'on s'inflige délibérément dans l'intention ou non de se tuer et qui se solde ou non par la mort. Toute personne âgée de plus de 10 ans qui présente l'une des affections suivantes doit se voir demander s'il a eu des pensées ou fait des plans en vue d'un acte autoagressif au cours du mois écoulé et s'il a agi en ce sens au cours de l'année écoulée :

- » l'une quelconque des autres affections prioritaires (voir le tableau principal du Guide) ;
- » une douleur chronique ;
- » un trouble émotionnel aigu.

Analyser les pensées, les plans et les actes autoagressifs de la personne au cours de l'évaluation initiale, puis périodiquement par la suite en fonction des besoins. Soigner l'état mental et le trouble émotionnel de la personne.



Le fait de poser la question de l'autoagressivité NE provoque PAS des actes de ce type. Cela permet souvent de réduire l'anxiété associée à des pensées ou à des actes autoagressifs et aide la personne à se sentir comprise. Toutefois, il faut essayer d'établir un lien avec la personne avant de poser des questions de ce type. Lui demander ensuite d'expliquer les raisons qu'elle a de se faire ainsi du mal.

Conduites autoagressives / suicidaires

SUI 1

Guide d'évaluation et de prise en charge

1. La personne a-t-elle tenté un acte autoagressif grave sur le plan médical ?

Observer les signes de conduites autoagressives

Rechercher :

- » des signes d'empoisonnement ou d'intoxication
- » Des signes / symptômes nécessitant un traitement médical urgent tels que :
 - un saignement dû à une blessure auto-infligée
 - une perte de conscience
 - une léthargie extrême

S'enquérir :

- » D'un empoisonnement récent ou d'une autre forme d'autoagressivité

OUI

Si la personne nécessite un traitement médical urgent pour un acte autoagressif

- » Traiter médicalement une blessure ou un empoisonnement. 🏥
- » S'il s'agit d'une **intoxication aiguë par les pesticides**, suivre les directives de prise en charge d'une intoxication par les pesticides. » SUI 2.3
- » Si une hospitalisation est nécessaire, continuer de surveiller la personne de près pour prévenir un suicide.

NON

Si NON, l'évaluer à la recherche d'un risque imminent de conduite autoagressive / suicidaire

Dans TOUS les cas :

Mettre la personne dans un environnement protecteur et réconfortant dans l'établissement de santé (ne pas la laisser seule).

- » Soigner la personne. » SUI 2.1
- » Offrir et déclencher un soutien psychosocial. » SUI 2.2
- » Consulter un spécialiste de la santé mentale s'il y en a un. 🧠
- » Maintenir un contact et un suivi réguliers. » SUI 2.4

Conduites autoagressives / suicidaires

SUI 1

Guide d'évaluation et de prise en charge

2. Y a-t-il un risque imminent de conduite autoagressive / suicidaire ?

Interroger la personne et l'aider sur :

- » Des idées ou un plan qu'elle aurait actuellement en vue d'un suicide ou d'une conduite autoagressive
- » Des notions d'idées ou de plan de ce type au cours du mois précédent ou de passage à l'acte au cours de l'année écoulée
- » L'accès qu'elle a aux moyens d'autoagression

Rechercher :

- » Un trouble émotionnel grave
- » Un désespoir
- » Une agitation extrême
- » De la violence
- » Une conduite de non-communication
- » Un isolement social

OUI

S'il y a :

- » des idées ou un plan actuels visant à commettre un suicide / un acte autoagressif
OU
- » une notion d'idées ou de plan de ce type au cours du mois précédent ou des actes en ce sens au cours de l'année écoulée chez une personne qui est maintenant extrêmement **agitée, violente, en grande souffrance ou non communicante**

Il y a un **risque imminent de conduite autoagressive / suicidaire**

» Prendre les précautions suivantes : !

- Retirer tout ce qui pourrait servir à une conduite autoagressive.
 - Créer un environnement protecteur et réconfortant ; si possible offrir une pièce séparée, au calme où la personne puisse attendre.
 - Ne pas la laisser seule.
 - Superviser et désigner un membre du personnel ou de la famille chargé d'assurer sa sécurité.
 - Soigner l'état mental de la personne et son trouble émotionnel.
- » Offrir et déclencher un soutien psychosocial. » SUI 2.2
 - » Consulter un spécialiste de la santé mentale s'il y en a un. 🚑
 - » Maintenir un contact et un suivi réguliers. » SUI 2.4

NON

S'il n'y a pas de risque imminent de conduite autoagressive / suicidaire, **mais qu'il y a une notion de pensées ou de plan en vue d'un acte autoagressif au cours du mois précédent et des actes en ce sens au cours de l'année écoulée**

- » Offrir et déclencher un soutien psychosocial. » SUI 2.2
- » Consulter un spécialiste de la santé mentale s'il y en a un. 🚑
- » Maintenir un contact et un suivi réguliers. » SUI 2.4

3. La personne présente-t-elle un trouble mental, neurologique ou une toxicomanie concomitant(e) prioritaire ?
(Voir tableau principal du Guide)

- » Dépression
- » Troubles liés à la consommation d'alcool ou de drogues
- » Troubles bipolaires
- » Psychose
- » Épilepsie
- » Troubles du comportement

OUI

S'il y a des affections prioritaires concomitantes

Prendre en charge les affections concomitantes (voir les modules correspondants) en conjonction avec les mesures ci-dessus.

4. La personne souffre-t-elle de douleurs chroniques ?

OUI

Si une douleur chronique est présente

Prendre en charge la douleur et traiter toute affection médicale présente.

5. La personne présente-t-elle des symptômes émotionnels suffisamment graves pour justifier une prise en charge clinique ?

OUI

Si OUI,
une prise en charge clinique supplémentaire des symptômes est justifiée

Voir le module sur **Autres plaintes émotionnelles importantes ou médicalement inexpliquées.** »AUT

- » Difficulté à mener ses activités professionnelles, scolaires, domestiques ou sociales habituelles
- » Trouble marqué ou recherche répétée d'une aide
- » Automédication répétée contre un trouble émotionnel ou des symptômes somatiques inexpliqués

Conduites autoagressives / suicidaires



SUI 2

Détail des interventions

Conseil et traitement

2.1 Soins à prodiguer en cas de conduite autoagressive

Mettre la personne dans un environnement protecteur et réconfortant au centre de santé (ne pas le laisser seul). Si une personne qui a eu une telle conduite doit attendre pour recevoir un traitement, lui offrir un environnement dans lequel sa souffrance est réduite au minimum, si possible dans une pièce séparée, au calme, sous la supervision et avec un contact régulier avec un membre du personnel ou de la famille désigné et chargé de sa sécurité.

- » Retirer tout ce qui pourrait servir à une autoagression.
- » Consulter un spécialiste de la santé mentale s'il y en a un.
- » S'il n'y en a pas, mobiliser la famille, les amis et autres personnes concernées, ou les ressources communautaires disponibles afin de suivre et de soutenir la personne pendant la période de risque imminent. **» SUI 2.2**
- » Traiter les personnes qui ont eu une conduite autoagressive avec le même soin, le même respect et la même confidentialité que ceux accordés aux autres personnes et être sensible à la probable détresse émotionnelle associée à leur geste.
- » Permettre à l'aidant d'être présent lors de l'évaluation et du traitement si la personne le désire, même si l'évaluation psychosociale prévoit en général un entretien en tête à tête entre la personne et l'agent de santé pour pouvoir aborder les préoccupations et problèmes d'ordre privé.
- » Offrir un soutien psychologique aux parents / aidants s'ils en ont besoin.
- » Veiller à la continuité des soins.

» Il n'est pas recommandé d'hospitaliser ces personnes dans des services non psychiatriques d'hôpitaux généraux afin de prévenir des gestes d'autoagressivité. Si l'hospitalisation dans un hôpital général (non psychiatrique) est nécessaire pour la prise en charge des conséquences médicales d'un acte autoagressif, surveiller la personne de près afin de prévenir une récurrence à l'hôpital.

- » **Si l'on prescrit des médicaments:**
- utiliser les médicaments les moins dangereux en cas de surdose;
 - délivrer des ordonnances de courte durée (par exemple pour une semaine à la fois).

2.2 Offrir un soutien psychosocial et le mettre en œuvre

Offrir un soutien psychosocial

- » Offrir un soutien à la personne.
- » Analyser avec elle les raisons et les façons de rester en vie.
- » Se concentrer sur les points forts et positifs de la personne en la faisant parler de la façon dont ses problèmes antérieurs ont été résolus.
- » Envisager une thérapie par résolution de problème pour traiter les sujets qui ont eu des gestes autoagressifs au cours de l'année écoulée, si l'on dispose de suffisamment de ressources humaines. **» INT**

Mettre en œuvre le soutien psychosocial


- » Mobiliser la famille, les amis, les personnes concernées et autres ressources disponibles afin de veiller à ce qu'il y ait un suivi étroit du sujet aussi longtemps que le risque persiste.
- » Conseiller à la personne et à ceux qui s'en occupent de limiter tout accès à des moyens de s'en prendre à soi-même (par exemple pesticides et autres substances toxiques, médicaments, armes à feu) aussi longtemps qu'elle a des idées, des plans ou des actes autoagressifs.
- » Optimiser le soutien social provenant des ressources communautaires disponibles. Il peut s'agir de ressources informelles telles que les parents, les amis, les connaissances, les collègues et les chefs religieux, ou de ressources officielles si elles existent, par exemple des centres de crise ou des centres de santé mentale locaux.
- » Informer les aidants et autres membres de la famille de ce que le fait de poser des questions sur le suicide permet souvent de réduire l'anxiété; la personne peut ainsi se sentir soulagée et mieux comprise.
- » Les aidants de personnes qui présentent un risque pour eux-mêmes sont souvent soumis à un stress important. Fournir un soutien psychologique aux parents / aidants s'ils en ont besoin.
- » Informer les aidants que même s'ils peuvent se sentir frustrés avec la personne, il leur est suggéré d'éviter toute hostilité ou critique sévère envers elle.

Détail des interventions

Conseil et traitement

2.3 Prise en charge d'une intoxication par les pesticides

- » Si l'établissement de soins dispose d'un éventail minimum de compétences et de ressources, traiter alors la personne à l'aide du document de l'OMS sur la prise en charge clinique de l'intoxication aiguë par les pesticides (http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/pesticides_intoxication.pdf).

Autrement, transférer immédiatement la personne vers un établissement disposant des moyens suivants : 

- compétences et connaissances de la réanimation et de l'évaluation des caractéristiques cliniques de l'intoxication par les pesticides ;
 - compétences et connaissances de la manière de dégager les voies aériennes, en particulier de l'intubation et de l'assistance respiratoire jusqu'à ce qu'on puisse fixer un respirateur ;
 - d'atropine et des moyens de l'administrer par voie intraveineuse si des signes d'intoxication cholinergique apparaissent ;
 - de diazépam et des moyens de l'administrer par voie intraveineuse si la personne présente des crises convulsives.
- » Envisager d'administrer du charbon activé si la personne est consciente, donne son consentement éclairé et se présente dans l'heure suivant l'empoisonnement.
- » Il n'est pas recommandé d'induire des vomissements.
- » Ne pas administrer de liquide par voie orale.

2.4 Maintenir un contact et un suivi réguliers

- » Maintenir un contact régulier (par téléphone, des visites à domiciles, des lettres ou des cartes), **plus fréquemment au début** (une fois par semaine pendant les 2 premiers mois), puis en l'espaçant au fur et à mesure que l'état de la personne s'améliore (une fois toutes les 2 à 4 semaines par la suite). Envisager de maintenir un contact plus proche ou pendant plus longtemps si nécessaire.
- » Assurer un suivi aussi longtemps que le risque de suicide persiste. Lors de chaque contact, évaluer systématiquement les idées et plans suicidaires. Si le risque est imminent, passer à la sous-section Risque imminent d'autoagression / suicide de la section Evaluation et prise en charge de ce module. **» SUI 1**

2.5 Prévention du suicide

Au-delà de l'évaluation et de la prise en charge clinique des affections prioritaires, les responsables de la santé du district et les prestataires de soins de santé doivent prendre les mesures de prévention du suicide suivantes :

- » **Restreindre l'accès aux moyens d'autoagression (par exemple pesticides, armes à feu et endroits situés en hauteur).**
 - Impliquer activement la communauté de manière à trouver les moyens de mettre en œuvre des interventions localement faisables au niveau de la population pour réduire l'accès aux moyens permettant de se suicider.
 - Établir une collaboration entre le secteur de la santé et les autres secteurs concernés.
- » **Élaborer des politiques visant à réduire la consommation nocive d'alcool en tant que composante de la prévention du suicide**, en particulier dans les populations ayant une forte prévalence de consommation d'alcool.
- » **Assister et encourager les médias à appliquer des pratiques responsables de notification du suicide.**
 - Éviter tout langage qui dramatise ou normalise le suicide ou le présente comme une solution à un problème.
 - Éviter les photos et toute description explicite de la méthode employée.
 - Fournir des informations sur l'endroit où rechercher une aide.

Les personnes appartenant à la catégorie « Autres plaintes émotionnelles importantes ou médicalement inexplicées » de ce Guide sont caractérisées par des symptômes d'anxiété, de dépression ou des symptômes somatiques inexplicés sur le plan médical. Elles ne présentent aucune des affections traitées ailleurs dans ce document (sauf peut-être pour l'autoagression). Les personnes appartenant à cette catégorie peuvent présenter une détresse « normale » ou un trouble mental non couvert dans le tableau principal de ce Guide (par exemple un trouble somatoforme, une dépression bénigne, une dysthymie, un trouble de panique, une anxiété généralisée, un état de stress post-traumatique, une réaction de stress aiguë, un trouble de l'adaptation).

La prise en charge de ces « Autres plaintes émotionnelles importantes ou médicalement inexplicées » par des praticiens formés aux interventions de ce Guide exclut toute médication par des psychotropes. Néanmoins, une sous-série de sujets appartenant à cette catégorie peuvent tirer profit d'une médication prescrite par un praticien qualifié formé au diagnostic et au traitement d'affections non couvertes dans ce Guide d'intervention et reposant sur des bases factuelles.

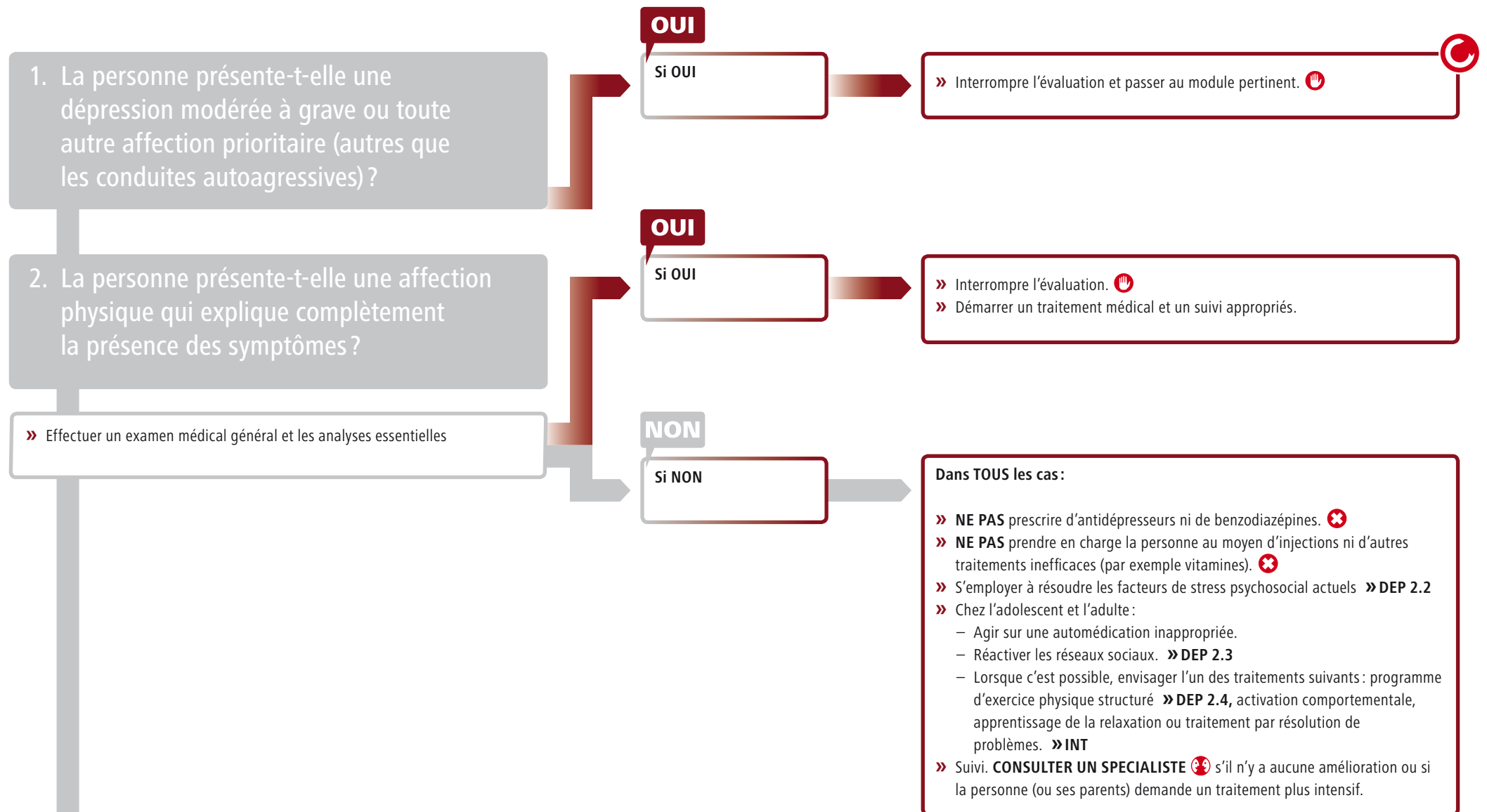


- » Ce module ne doit pas être appliqué aux personnes qui satisfont aux critères de l'une quelconque des affections prioritaires du Programme d'action générale en santé mentale (à l'exception des conduites autoagressives).
- » Ce module ne doit être utilisé qu'après avoir écarté de manière explicite une dépression modérée à grave (» **DEP**).

Autres plaintes émotionnelles importantes ou médicalement inexpliquées

AUT 1

Guide d'évaluation et de prise en charge



Autres plaintes émotionnelles importantes ou médicalement inexpliquées

AUT 1

Guide d'évaluation et de prise en charge

3. Y a-t-il des symptômes somatiques marqués et médicalement inexpliqués ?

OUI

Si OUI

Suivre les conseils ci-dessus (applicables à TOUS les cas) plus :

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

4. La personne a-t-elle été récemment exposée à des facteurs de stress extrêmes (pertes, événements traumatiques ?

OUI

Si OUI

Suivre les conseils ci-dessus (applicables à TOUS les cas) plus :

- » En cas de deuil : soutenir une démarche de deuil en accord avec la culture/adapter et réactiver les réseaux sociaux. » DEP 2.3
- » En cas de détresse aiguë à la suite d'événements traumatiques récents : offrir un soutien psychologique de base (premiers secours psychologiques) c'est-à-dire écouter sans presser la personne de parler ; évaluer les besoins et les préoccupations ; veiller à ce que les besoins physiques fondamentaux soient satisfaits ; fournir ou mobiliser un soutien social et protéger la personne de toute nouvelle atteinte.
- » **NE PAS** offrir une séance de compte-rendu (c'est-à-dire : ne pas faire ventiler une personne ni lui demander, même brièvement, de raconter systématiquement les perceptions, les pensées et les réactions émotionnelles qu'elle a eues au cours d'un événement stressant récent). ❌

5. Ya-t-il eu a) des idées ou plans suicidaires / autoagressifs au cours du dernier mois ou b) des gestes autoagressifs au cours de l'année écoulée ?

OUI

Si OUI

- » Prendre en charge aussi bien les plaintes émotionnelles importantes et médicalement inexpliquées (voir ci-dessus) que le risque de conduite autoagressive. » SUI 1

Interventions psychosociales avancées

INT

Pour les besoins du Programme d'action Combler les lacunes en santé mentale (mhGAP-IG), le terme « interventions psychosociales avancées » fait référence à une intervention que le dispensateur de soins de santé va mettre plus de quelques heures à apprendre et en général plus de quelques heures à mettre en œuvre. Ces interventions peuvent être appliquées dans des lieux de soins non spécialisés, mais seulement si l'on dégager suffisamment de temps pour le personnel.

Les interventions exposées dans cette section couvrent aussi bien des interventions psychologiques que sociales nécessitant beaucoup de temps pour être mises en œuvre. Un certain nombre des interventions exposées sont connues en tant que psychothérapies ou traitements psychologiques. Partout dans le monde, ces traitements ont tendance à être prodigués par des spécialistes spécifiquement entraînés à cela. Néanmoins, ils peuvent être offerts par des agents de santé non spécialisés formés à cela et supervisés. Ces traitements psychologiques sont habituellement prodigués à un rythme hebdomadaire pendant un certain nombre de mois, de manière individuelle ou en groupe.

Certaines de ces interventions, comme la thérapie cognitivo-comportementale et la psychothérapie interpersonnelle, ont été mises en œuvre avec succès par des agents de santé communautaires dans des pays à faible revenu dans le cadre de programmes de recherche qui veillaient à ce que les agents de santé communautaires aient le temps d'apprendre, puis de mettre en œuvre ces interventions sous supervision. Ces exemples montrent que ces interventions peuvent être mises à disposition par des personnels non spécialisés, ouvrant ainsi des possibilités d'extension.

Une telle extension des soins exige un investissement. Les administrateurs des systèmes de santé doivent viser à allouer suffisamment de ressources humaines pour soigner les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives de façon à assurer que les interventions traitées dans cette section sont largement disponibles.

Le reste de la section fournit des descriptions résumées de chacune des interventions (par ordre alphabétique). Dans les modules, ces interventions sont marquées par l'abréviation **»INT**, indiquant qu'elles nécessitent un recours relativement plus intensif aux ressources humaines. Il faut élaborer des protocoles et des manuels de formation spécifiques pour leur mise en œuvre dans des lieux de soins de santé non spécialisés.

Activation comportementale

L'activation comportementale qui est également une composante de la thérapie cognitivo-comportementale en cas de dépression est un traitement psychologique axé sur un calendrier d'activités visant à encourager la personne à ne plus éviter des activités gratifiantes. Le GI-mhGAP la recommande comme option thérapeutique en cas de dépression (y compris la dépression bipolaire) et autres plaintes émotionnelles importantes ou médicalement inexpliquées

Thérapie cognitivo-comportementale (TCC)

La thérapie cognitivo-comportementale est basée sur l'idée que les sentiments sont modifiables par la pensée et le comportement. Les personnes atteintes de troubles mentaux ont tendance à avoir une idée déformée de la réalité qui, si elle n'est pas canalisée, peut conduire à des comportements inadaptés. Cette TCC a en général une composante cognitive (aider la personne à développer sa capacité à identifier et à s'opposer à des idées négatives non réalistes) et une composante comportementale. La thérapie sera différente pour les différents problèmes de santé mentale. Le GI-mhGAP la recommande comme option thérapeutique en cas de dépression (y compris la dépression bipolaire), de troubles du comportement, de troubles liés à la consommation d'alcool ou à l'utilisation de substances psychoactives, et aussi pour le traitement des psychoses juste après la phase aiguë.

Thérapie d'organisation des contingences

La thérapie d'organisation des contingences est une méthode structurée dans laquelle on récompense certains comportements souhaités, par exemple le fait de venir se faire traiter, de se comporter de la manière appropriée au cours du traitement et d'éviter d'utiliser des substances nocives. Les récompenses accordées pour les comportements souhaités sont réduites au cours du temps, au fur et à mesure que les récompenses

naturelles s'installent. Le GI-mhGAP la recommande pour le traitement des sujets présentant des troubles liés à la consommation d'alcool ou à l'utilisation de substances psychoactives.

Counselling ou thérapie familiale

Le counselling ou la thérapie familiale doivent impliquer la personne si cela est faisable. Cette intervention suppose de multiples séances (en général plus de six) planifiées sur plusieurs mois qui peuvent être offertes à des familles individuelles ou à des groupes de familles. L'intervention a une fonction de soutien et d'information ou de traitement. Il/Elle comprend souvent des exercices de résolution de problèmes ou de gestion de crise. Le GI-mhGAP la recommande pour le traitement des sujets atteints de psychose, d'alcoolisme ou de toxicomanie.

Psychothérapie interpersonnelle (PTI)

La psychothérapie interpersonnelle (PTI) est un traitement psychologique visant à aider une personne à recenser les problèmes qu'elle a dans ses relations avec sa famille, ses amis, ses partenaires et autres personnes et à y faire face. Le GI-mhGAP la recommande pour le traitement de la dépression, y compris la dépression bipolaire.

Thérapie de renforcement de la motivation

La thérapie de renforcement de la motivation est une thérapie structurée, qui nécessite en général quatre séances au plus et qui vise à aider les personnes dépendantes de substances. Elle suppose une approche visant à motiver le changement au moyen de techniques d'entretien de motivation décrites dans la section sur les interventions brèves. **»ALC 2.2** Le GI-mhGAP la recommande pour les personnes atteintes d'alcoolisme et de toxicomanie.

Interventions psychosociales avancées



Formation à la parentalité pour les parents d'enfants et d'adolescents présentant des troubles du comportement

La formation à l'exercice des responsabilités parentales destinée aux parents d'enfants présentant des troubles du comportement suppose une formation axée sur des interactions parent enfant et une communication affective positives, un enseignement de l'importance pour les parents d'avoir une attitude cohérente, en décourageant les punitions sévères et en demandant à ces derniers de mettre en pratique ce nouveau savoir-faire avec leurs enfants au cours de la formation. Si le contenu doit être culturellement adapté, il ne doit pas permettre une violation des droits fondamentaux de l'enfant, conformément aux principes approuvés au plan international. Assurer une formation des parents exige des prestataires de soins de santé qu'ils soient eux mêmes formés.

Formation à la parentalité pour les parents d'enfants et d'adolescents présentant des troubles du développement

Cette formation suppose d'utiliser des matériels de formation culturellement adaptés et applicables au problème de manière à améliorer le développement, le fonctionnement et la participation de l'enfant au sein de la famille et de la communauté. Elle suppose des techniques particulières d'enseignement, des compétences sociales, de la communication et des conduites faisant appel à des principes comportementaux (par exemple enseigner de nouvelles conduites en les récompensant ou faire face à des problèmes comportementaux en analysant soigneusement leurs facteurs déclenchants) afin de modifier les facteurs environnementaux favorisants. Les parents doivent être aidés lors de l'application de la formation. Les parents d'enfants présentant différents degrés d'incapacité intellectuelle et des comportements problématiques spécifiques doivent acquérir des compétences supplémentaires adaptées aux besoins de leurs enfants. Les dispensateurs de soins de santé ont besoin d'une formation complémentaire pour être en mesure d'offrir cette formation aux parents.

Counselling ou thérapie par résolution de problèmes

Le counselling ou la thérapie par résolution de problèmes est un traitement psychologique faisant intervenir une offre de soutien direct et pratique. Le thérapeute et la personne s'efforcent de déterminer et d'isoler les principaux éléments pouvant favoriser les problèmes de santé mentale de la personne, afin de les décomposer en tâches précises et gérables et de résoudre les problèmes tout en développant des stratégies permettant de faire face à certains d'entre eux. Le GI-mhGAP les recommande en tant que possibilité thérapeutique supplémentaire pour la dépression (y compris la dépression bipolaire) et en tant qu'option thérapeutique pour les troubles liés à la consommation d'alcool ou à l'utilisation de substances psychoactives. Ils sont également recommandés pour les sujets qui retournent leur agressivité contre eux-mêmes, en cas d'autres plaintes émotionnelles importantes ou médicalement inexplicables ou encore pour les parents d'enfants et d'adolescents ayant des troubles du comportement.

Apprentissage de la relaxation

Cette intervention suppose de former la personne à des techniques telles que des exercices de respiration et de relaxation progressive afin de susciter une détente. La relaxation progressive enseigne comment identifier et relâcher des groupes musculaires spécifiques. En général, le traitement consiste en des exercices quotidiens de relaxation pendant 1 à 2 mois. Le GI-mhGAP le recommande pour le traitement d'appoint de la dépression (y compris la dépression bipolaire), les troubles anxieux et le traitement d'autres plaintes émotionnelles importantes ou médicalement inexplicables.

Entraînement aux compétences sociales

L'entraînement aux compétences sociales aide à restaurer des compétences et à faire face à des situations sociales de manière à soulager la souffrance quotidienne. Il fait appel aux jeux de rôle, à des tâches sociales, à l'encouragement et au renforcement social positif pour améliorer l'aptitude à la communication et aux interactions sociales. Cette formation peut être effectuée avec des patients, des familles et des groupes. En général, le traitement consiste en séances de 45 à 90 minutes une ou deux fois par semaine pendant une période initiale de 3 mois, puis une fois par semaine par la suite. Le GI-mhGAP le recommande pour le traitement des sujets atteints de psychose ou de troubles du comportement.

« Le Guide d'intervention du Programme d'action Combler les lacunes en santé mentale constitue une percée dans le domaine de la santé mentale et offre un espoir aux personnes atteintes de maladies mentales. Il fournit des instructions claires et simples à utiliser pour le diagnostic et le traitement des maladies mentales. Je ne peux imaginer un meilleur guide pour les pays. »

Thomas Bornemann » *The Carter Center, États-Unis d'Amérique*

« Un excellent manuel pratique destiné aux dispensateurs de santé non spécialistes prenant en charge des troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives aux niveaux primaire et secondaire des soins de santé, dans des systèmes publics ou non. »

Allen Foster » *Président, CBM*

« Le Guide d'intervention du Programme d'action Combler les lacunes en santé mentale de l'OMS va ouvrir le champ des possibilités de prise en charge des troubles qui sont source de souffrances chez les personnes et leurs familles partout dans le monde. Ces algorithmes nuancés reconnaissent qu'il n'existe pas d'interventions applicables à tous; il faut plutôt que les traitements reposant sur des bases factuelles et administrés par des non-spécialistes puissent et doivent être adaptés aux besoins de chaque personne et aux environnements culturels. »

Thomas Insel » *Directeur, National Institute of Mental Health, États-Unis d'Amérique*

« Un instrument complet et très utile qui contribuera grandement à l'intégration de la santé mentale dans les soins de santé primaires de plusieurs pays à revenu faible et intermédiaire. »

Mario Maj » *Président, World Psychiatric Association*

« Le Guide d'intervention de l'OMS, qui repose essentiellement sur des bases factuelles, va nous aider à étendre les soins à l'ensemble des personnes présentant des maladies mentales par le biais du Programme national et districale de santé mentale du pays. »

K. Sujatha Rao » *Secrétaire, Health & Family Welfare, Gouvernement de l'Inde*

Pour en savoir plus, veuillez contacter :

Département Santé mentale et abus
de substances psychoactives
Organisation mondiale de la Santé
20 Avenue Appia
CH-1211 Genève 27
Suisse
Courriel : mhgap-info@who.int
Site Web : [www.who.int/mental_](http://www.who.int/mental_health/mhgap)
[health/mhgap](http://www.who.int/mental_health/mhgap)

ISBN 978 92 4 254806 8

