

Guide d'intervention mhGAP

pour la prise en charge des troubles mentaux, neurologiques
et liés à l'utilisation de substances psychoactives dans les
structures de soins non spécialisées

Version 2.0



Organisation
mondiale de la Santé



Programme d'action Combler les
lacunes en santé mentale

Guide d'intervention mhGAP pour la prise en charge des troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives dans les structures de soins non spécialisées - Version 2.0 [mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings: mental health Gap Action Programme (mhGAP) – version 2.0]

ISBN 978-92-4-254979-9

© Organisation mondiale de la Santé 2018

Certains droits réservés. La présente publication est disponible sous la licence Creative Commons Attribution – Pas d'utilisation commerciale – Partage dans les mêmes conditions 3.0 IGO (CC BY NC-SA 3.0 IGO ; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

Aux termes de cette licence, vous pouvez copier, distribuer et adapter l'œuvre à des fins non commerciales, pour autant que l'œuvre soit citée de manière appropriée, comme il est indiqué ci-dessous. Dans l'utilisation qui sera faite de l'œuvre, quelle qu'elle soit, il ne devra pas être suggéré que l'OMS approuve une organisation, des produits ou des services particuliers. L'utilisation de l'emblème de l'OMS est interdite. Si vous adaptez cette œuvre, vous êtes tenu de diffuser toute nouvelle œuvre sous la même licence Creative Commons ou sous une licence équivalente. Si vous traduisez cette œuvre, il vous est demandé d'ajouter la clause de non responsabilité suivante à la citation suggérée : « La présente traduction n'a pas été établie par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). L'OMS ne saurait être tenue pour responsable du contenu ou de l'exactitude de la présente traduction. L'édition originale anglaise est l'édition authentique qui fait foi ».

Toute médiation relative à un différend survenu dans le cadre de la licence sera menée conformément au Règlement de médiation de l'Organisation mondiale de la propriété intellectuelle.

Citation suggérée. Guide d'intervention mhGAP pour la prise en charge des troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives dans les structures de soins non spécialisées - Version 2.0 [mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings: mental health Gap Action Programme (mhGAP) – version 2.0]. Genève: Organisation mondiale de la Santé ; 2018. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Catalogage à la source. Disponible à l'adresse <http://apps.who.int/iris>.

Ventes, droits et licences. Pour acheter les publications de l'OMS, voir <http://apps.who.int/bookorders>. Pour soumettre une demande en vue d'un usage commercial ou une demande concernant les droits et licences, voir <http://www.who.int/about/licensing>.

Matériel attribué à des tiers. Si vous souhaitez réutiliser du matériel figurant dans la présente œuvre qui est attribué à un tiers, tel que des tableaux, figures ou images, il vous appartient de déterminer si une permission doit être obtenue pour un tel usage et d'obtenir cette permission du titulaire du droit d'auteur. L'utilisateur s'expose seul au risque de plaintes résultant d'une infraction au droit d'auteur dont est titulaire un tiers sur un élément de la présente œuvre.

Clause générale de non responsabilité. Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'OMS 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 traits discontinus formés d'une succession de points ou de tirets 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'OMS, 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'OMS ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Guide d'Intervention mhGAP

pour la prise en charge des troubles mentaux,
neurologiques et liés à l'utilisation de substances
psychoactives dans les structures de soins non spécialisées

Version 2.0

mhGAP-GI 2.0 » Sommaire

Préface	iii	» BSP Notions de base du soin et de la pratique clinique	5
Remerciements	iv	» MO Matrice d'orientation	16
Introduction	1	» DEP Dépression	19
Comment utiliser mhGAP-GI Version 2.0	3	» PSY Psychoses	33
		» EPI Épilepsie	51
		» SME Troubles mentaux et du comportement de l'enfant et de l'adolescent	69
		» DEM Démence	93
		» SUB Troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives	105
		» SUI Conduites auto-agressives/suicidaires	131
		» AUT Autres plaintes psychologiques envahissantes	141
		Implémentation du mhGAP-GI	151
		Glossaire	159

mhGAP-GI 2.0 » Préface

Les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives (MNS) sont très fréquents et constituent une part importante de la charge mondiale de morbidité et d'invalidité. Un décalage considérable persiste entre les capacités et les ressources des systèmes de santé en place d'une part, les besoins urgents et les ressources disponibles pour faire face au problème d'autre part. Près d'une personne sur 10 présente un trouble mental, mais seulement 1% du personnel de santé à l'échelle mondiale fournit des soins de santé mentale. Ces troubles MNS entravent considérablement les capacités d'apprentissage chez les enfants, et la capacité des adultes à fonctionner en famille, au travail et dans la société.

Reconnaissant l'impératif de fournir des soins aux personnes présentant des troubles MNS et à leurs aidants ainsi que de combler l'écart entre les ressources disponibles et les besoins immenses de soins, le Département de Santé Mentale et Abus de Substances Psychoactives de l'OMS a lancé en 2008 le Programme d'action Comblent les lacunes en santé mentale (mhGAP). Les principaux objectifs du mhGAP sont de renforcer l'engagement des gouvernements, des organisations internationales et des autres acteurs à augmenter les ressources financières et humaines allouées aux soins des troubles MNS, et d'atteindre une meilleure couverture de soins avec des interventions-clés dans des pays à revenus faibles ou intermédiaires. Sur la base de ces objectifs, le mhGAP fournit des conseils et des outils fondés sur des preuves pour progresser vers la réalisation des objectifs du Plan d'Action en Santé Mentale 2013-2020.

En 2010, le Guide d'Intervention mhGAP (mhGAP-GI) pour les troubles MNS dans des structures de soins non-spécialisées a été développé pour aider la mise en œuvre du mhGAP. Le mhGAP-GI est un outil technique simple basé sur les lignes directrices du mhGAP. Il présente une prise en charge intégrée des troubles MNS classés en tant que conditions prioritaires utilisant des protocoles de prise de décision clinique. Il y a une notion répandue mais fautive selon laquelle toutes les interventions en santé mentale sont complexes et ne peuvent être implémentées que par des professionnels hautement spécialisés. Des études récentes ont démontré qu'il est possible de délivrer des interventions pharmacologiques et psycho-sociales dans les structures de soins non-

spécialisées. Depuis sa sortie en 2010, le mhGAP-GI a été largement utilisé par de nombreux acteurs, y compris des ministères de la santé, des instituts de recherche, des organisations non gouvernementales (ONG) et d'autres organismes et chercheurs afin d'augmenter les services de santé mentale. Le mhGAP-GI Version 1.0 est utilisé dans plus de 90 pays dans toutes les régions où l'OMS est présente, et les supports du mhGAP-GI ont été traduits dans plus de 20 langues, parmi lesquelles les six langues officielles des Nations Unies.

Cinq ans après le lancement de ce guide, une mise à jour des lignes directrices mhGAP, basée sur la littérature récente, a été effectuée, et les lignes directrices mhGAP révisées ont été publiées en 2015. Nous avons maintenant le plaisir de présenter le guide mhGAP-GI Version 2.0, qui non seulement reflète cette mise à jour, mais intègre également les retours reçus du terrain afin d'améliorer le guide en termes de clarté et d'utilisation.

Nous espérons que ce guide continuera d'être un outil technique clé pour délivrer des soins aux personnes souffrant de troubles MNS à travers le monde et qu'il nous rapprochera de l'objectif d'une couverture de soins universelle.

Dr Shekhar Saxena

Directeur du Département de Santé Mentale et Abus de Substances Psychoactives,
Organisation Mondiale de la Santé



mhGAP-IG 2.0 » Remerciements

Vision et Conceptualisation

Dr Shekhar Saxena, Directeur du Département de Santé Mentale et Abus de Substances Psychoactives, Organisation mondiale de la Santé OMS.

Coordination du Projet et Edition

Tarun Dua, Nicolas Clark, Neerja Chowdhary, Alexandra Fleischmann, Fahmy Hanna, Chiara Servili, Mark van Ommeren.

Contributions

D'importantes contributions, ont été reçues de la part des membres du personnel technique du siège de l'OMS, des bureaux régionaux et nationaux de l'OMS, et de la part de nombreux experts internationaux. Ces contributions ont été essentielles pour la mise à jour des lignes directrices du mhGAP et/ou pour le développement du mhGAP-GI Version 2.0.

OMS Genève

Valentina Baltag, John Beard, Alexander Butchart, Dan Chisholm, Nathalie Drew, Jane Ferguson, Berit Kieselbach, Nicola Magrini, Chris Mikton, Eyerusalem Kebede Negussie, Alana Officer, Anne Margriet Pot, Vladimir Poznyak, Geoffrey Reed, Dag Rekve, David Ross, Jotheeswaran Amuthavalli Thiyagarajan, Wilson Were.

Bureaux régionaux de l'OMS

Nazneen Anwar, Bureau régional OMS de l'Asie du Sud-Est; Florence Baingana, OMS Sierra Leone; Andrea Bruni, Bureau régional OMS des Amériques; Anderson Chimusoro, OMS Zimbabwe ; Manuel de Lara, OMS Turquie ; Bahtygul Karriyeva, OMS Turkménistan; R Kesavan, OMS Liberia; Devora Kestel, Bureau régional OMS des Amériques; Lars Foddgard Moller, Bureau régional OMS de l'Europe; Maristela Goldnadel Monteiro, Bureau régional OMS des Amériques; Matthijs Muijen, Bureau régional OMS de l'Europe ; Julius Muron, OMS Liberia; Sebastiana Da Gama Nkomo, Bureau régional OMS de l'Afrique; Jorge Jacinto Rodriguez, Bureau régional OMS des Amériques; Khalid Saeed, Bureau régional OMS de la Méditerranée orientale; Caroline Saye, OMS Liberia; Yutaro Setoya, OMS Fiji; Xiao Sobel, Bureau régional OMS du Pacifique occidental; Saydah Taylor, OMS Liberia; Salma Tlili, OMS Guinée; Xiangdong Wang, Bureau régional OMS du Pacifique occidental; Eyad Yanes, OMS Syrie.

Experts Internationaux

Lindsey America-Simms, Kenneth Carswell, Elizabeth Centeno-Tablante, Melissa Harper, Sutapa Howlader, Kavitha Kolappa, Laura Pacione, Archana A. Patel, Allie Sharma, Marieke van Regteren Altena.

Soutien Administratif

Adeline Loo, Cecilia Ophelia Riano.

Personnel stagiaire

Farnoosh Ali, Lakshmi Chandrasekaran, Paul Christiansen, Anais Collin, Aislinne Freeman, Anna Fruehauf, Ali Haidar, Huw Jarvis, Steven Ma, Emma Mew, Elise Paul, Charlotte Phillips, Pooja Pradeeb, Matthew Schreiber.

Experts reviseurs

Des contributions et retours ont été reçus de la part des experts internationaux suivants concernant le développement des mises à jour des lignes directrices mhGAP et/ou du mhGAP-GI Version 2.0.

Albert Akpalu, College of Health Sciences, University of Ghana and Epilepsy Society of Ghana, Ghana; Sophia Achab*, WHO Collaborating Centre, University of Geneva/Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), Genève, Suisse; Emiliano Albanese*, WHO Collaborating Centre, University of Geneva/HUG, Genève, Suisse; Robert Ali*, Drug and Alcohol Services South Australia (DASSA), WHO Collaborating Centre for the Treatment of Drug and Alcohol Problems, University of Adelaide, Australie; Fredrick Altice, Yale University School of Medicine and School of Public Health, New Haven, Etats-Unis; José Ayuso-Mateos, Universidad Autonoma de Madrid and CIBER, Espagne; Corrado Barbui*, WHO Collaborating Centre for Research and Training in Mental Health and Service Evaluation, University of Verona, Italie; Gretchen Birbeck, Michigan State University, Michigan, Etats-Unis; Anja Busse, United Nations Office on Drugs and Crime, Vienne, Autriche; Vladimir Carli*, National Centre for Suicide Research and Prevention of Mental Ill-Health (NASP), Karolinska Institute, Stockholm, Suède; Sudipto Chatterjee*, Parivartan Trust and Sangath, Inde; Dixon Chibanda, University of Zimbabwe, Friendship Bench Project, Harare, Zimbabwe; Janice Cooper, Carter Center, Liberia; Wihelmus (Pim) Cuijpers*, Vrije University, Amsterdam, Pays-Bas; Gauri Divan, Sangath, Goa, Inde; Christopher Dowrick*, Institute of Psychology, Health and Society, University of Liverpool, Liverpool, RU; Joshua Duncan, Building Back better Project, CBM, Sierra Leone; Julian Eaton*, CBM International, Togo and Londres School of Hygiene and Tropical Medicine, RU; Rabih El Chammay, Ministry of Health,

Beyrouth, Liban; Peter Hughes, Royal College of Psychiatrists, RU; Asma Humayun*, Meditrina Health Care, Islamabad, Pakistan; Gabriel Ivbijaro*, Wood Street Medical Centre, Londres, RU; Nathalie Jette*, Hotchkiss Brain Institute and O'Brien Institute for Public Health, University of Calgary, Canada; Lynne Jones, National Health Service, RU; Marc Laporta, Department of Psychiatry, McGill Montreal, WHO PAHO Collaborating Center for Research and Douglas Mental Health University Institute, Montreal, Canada; Anita Marini, Cittadinanza NGO, Rimini, Italy; Farrah Mateen, Massachusetts General Hospital, Harvard Medical School, ETATS-UNIS; Zhao Min, Shanghai* Drug Abuse Treatment Centre, Shanghai Jiaotong University School of Medicine, Shanghai, Chine; Charles Newton*, Kenya Medical Research Institute, Kilifi, Kenya; Olayinka Omigbodun*, Centre for Child and Adolescent Mental Health (CCAMH), University College Hospital, Ibadan, Nigeria; Akwasi Osei*, Ministry of Health, Accra, Ghana; Amrita Parekh, Dasra, Mumbai, Inde; Alfredo Pemjean*, Departamento de Salud Mental, Ministerio de Salud, Santiago, Chile; Hemamali Perera, Faculty of Medicine, University of Colombo, Sri Lanka; Michael Phillips, Suicide Research and Prevention Center and Research Methods Consulting Center, Shanghai Mental Health Center, Shanghai Jiaotong University School of Medicine and WHO Collaborating Center for Research and Training in Suicide Prevention, Beijing Huilongguan Hospital, Beijing, Chine; Martin Prince*, Institute of Psychiatry, Psychology and Neuroscience, King's College, Londres, RU; Atif Rahman*, Institute of Psychology, Health & Society, University of Liverpool, Liverpool, RU; Richard Rawson*, University of California at Los Angeles Integrated Substance Abuse Programs, California, ETATS-UNIS; Tahilia Rebello, Columbia University, ETATS-UNIS; Rajesh Sagar, All Inde institute of Medical Sciences, New Delhi, Inde; Ley Sander, UCL Institute of Neurology, Londres, RU; Alison Schafer, World Vision, Nairobi, Kenya; KunnRUattil S Shaji, Government Medical College, Thrissur, Inde; Pratap Sharan*, All Inde Institute of Medical Sciences, New Delhi, Inde; Vandad Sharifi

Senejani, Téhéran University of Medical Sciences, Téhéran, Islamic Republic of Iran; Kolou Simliwa Dassa*, Ministry of Health, Lome, Togo; Leslie Snider, Peace in Practice, Amsterdam, Netherlands; Chhit Sophal, Ministry of Health, Cambodia; Jessica Maria-Violanda Spagnolo, School of Public Health, University of Montreal, Montreal, Canada; Emmanuel Streel, Public Mental Health and Substance Use Consultant, Belgium; Scott Stroup, Columbia University College of Physicians and Surgeons, New York State Psychiatric Institute, New York, ETATS-UNIS; Athula Sumathipala, Keele University, RU; Kiran Thakur, Johns Hopkins Hospital, Baltimore, ETATS-UNIS; Rangaswamy Thara, Schizophrenia Research Foundation, Inde; Graham Thornicroft* Institute of Psychiatry, Psychology and Neuroscience, King's College Londres, RU; Mark Tomlinson, Stellenbosch University, Afrique du Sud; Nyan Tun, Yangon General Hospital, Myanmar; Carmen Valle, CBM, Freetown, Sierra Leone; Pieter Ventevogel, United Nations High Commissioner for Refugees, Genève, Suisse; Inka Weissbecker*, International Medical Corps, Washington, ETATS-UNIS; Mohammad Taghi Yasamy, Genève, Suisse; Lakshmi Vijayakumar*, SNEHA, Suicide Prevention Centre, Chennai, Inde; Abe Wassie, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine Addis Ababa University and Amanuel Hospital, Ethiopie.

* Membres du groupe de développement de la mise à jour des lignes directrices du mhGAP.

Des commentaires additionnels ont été apportés par les évaluateurs suivants à travers de leur contribution au test pilote, aux retours du terrain ou aux groupes de discussion.

Helal Uddin Ahmed, Bangladesh; Suzan Akwii Otto, Ouganda; Robinah Alambuya, Ouganda; Latifa Saleh Al Harbi, Saudi Arabia; Alaa Iddin Al Masri, Jordanie; Laila Alnawaz, Turquie; Ebtisam Al Rowdhan, Saudi Arabia; Roseline Aposu, Nigeria; Manar Awwad,

Jordanie; Raul Ayala, Mexique; Namsenmoh Aymar, Central African Republic; Madhur Basnet, Nepal; Gertrude Bayona, Ouganda; Rose Beaugrand, Sierra Leone; Tadu Bezu, Ethiopie; Gaurav Bhattarai, Nepal; Jihane Bou Sleiman, Liban; Brian Byekwaso, Ouganda; Jules Claude Casumba, Soudan du Sud; Alice Clement, Nigeria; Gretel Acevedo de Pinzon, Panama; Barkon Dwah, Liberia; Mufumba Emmanuel, Ouganda; Olivia Gabula, Ouganda; Kamal Gautam, Nepal; Renee Gerritzen, Nepal; Shree Ram Ghimire, Nepal; Sudip Ghimre, Nepal; Ijeh Ter Godwin, Nigeria; Kebeh Selma Gorpudolo, Liberia; Teen K. Grace, Nigeria; Georgina Grundy-Campbell, RU and Turquie; Esubalew Haile, Soudan du Sud; Tayseer Hassoon, Syrie; Mahmoud Hegazy, Turquie; Zeinab Hijazi, Liban; Fred Kangawo, Ouganda; Sylvester Katontoka, Zambie; Fred Kiyuba, Ouganda; Humphrey Kofie, Ghana; Moussa Kolie, Guinée; Samer Laila, Turquie; Richard LuvalRUa, Ouganda; Paul Lwevola, Ouganda; Scovia Makoma, Ouganda; João Marçal-Grilo, RU; Soo Cecilia Mbaidoo, Nigeria; Colette McInerney, Laos; Saeed Nadia, RU; Ruth Nakachwa, Ouganda; Juliet Namuganza, Ouganda; Emily Namulondo, Ouganda; Margaret Namusobya, Ouganda; Amada N. Ndorbor, Liberia; Sheila Ndyanabangi, Ouganda; Joel Ngbede, Nigeria; Fred Nkotami, Ouganda; Zacharia Nongo, Nigeria; Emeka Nwefoh, Nigeria; Philip Ode, Nigeria; Mary Ogezi, Nigeria; Martha Okpoto, Nigeria; Sagun Ballav Pant, Nepal; Monica Peverga, Nigeria; Mapa H Puloka, Kingdom of Tonga; Muhannad Ramadan, Jordanie; Nick Rose, RU; Brigid Ryan, Australie; Joseph s. Quoi, Liberia; Nidhal Saadoon, Turquie; Latifa Saleh, Kingdom of Saudi Arabia; Dawda Samba, Gambie; Nseizere Mitala Shem, Ouganda; Michel Soufia, Liban; Shadrach J. Suborzu II, Liberia; Wafika Tafran, Syrie; Angie Tarr Nyankoon, Liberia; Lilas Taqi, Turquie; Yanibo Terhemen C., Nigeria; Nongo Terseer, Nigeria; Samnieng Thammavong, Laos; Manivone Thikeyo, Laos; Joshua Tusaba, Ouganda; Chanthala Vinthasai, Laos; Anna Walder, Sierra Leone; Abdulwas Yusufi, Ethiopie.

Les experts suivants ont contribué à l'examen de la mise à jour des lignes directrices du mhGAP en tant qu'évaluateurs externes :

Atalay Alem, Addis Ababa University, Ethiopie; Laura Amato, Cochrane Collaborative Drugs and Alcohol Review Group, Italie; Satinder Aneja, Lady Hardinge Medical College, Inde; Pierre Bastin, Clinique Beaulieu, Suisse; Gayle Bell, Institute of Neurology, University College Londres, RU; Donna Bergen, Rush University Medical Centre, Illinois, ETATS-UNIS; José Bertolote, Botucatu Medical School, Brazil; Irene Bighelli, Verona University, Italy; Stephanie Burrows, Centre hospitalier de l'université de Montréal, Canada; Erico Castro-Costa, FIOCRUZ (Oswaldo Cruz Foundation), Brazil; Tony Charman, Institute of Psychiatry Psychology and Neuroscience King's College, RU; Marek Chawarski, Yale School of Medicine, ETATS-UNIS; Vera da Ros, Rede Brasileira de Redução de Danos e Direitos Humanos, Brazil; Carlos Felipe D'Oliveira, National Association for Suicide Prevention, Brazil; Kieren Egan, WHO Collaborating Centre for Mental Health, HUG, Suisse; Eric Emerson, Centre for Disability Research and Policy, University of Sydney, Australie; Saeed Farooq, Department of Psychiatry, Lady Reading Hospital, Pakistan; Melissa Gladstone, University of Liverpool, RU; Charlotte Hanlon, Addis Ababa University, Ethiopie; Angelina Kakooza, Makerere University, Ouganda; Rajesh Kalaria, University of Newcastle, RU; Eirini Karyotaki, Vrije

University, Netherlands; Mark Keezer, University College Londres, RU; Nicole Lee, Turning Point, Australie; Valentina Lemmi, Londres School of Economics, RU; Harriet MacMillan, McMaster University, Canada; Carlos Martinez, Ministry of Health, Argentina; Daniel Maggin, University of Illinois, ETATS-UNIS; Silvia Minozzi, Cochrane Collaborative Drugs and Alcohol Review Group, Italy; Zuzana Mitrova, Cochrane Collaborative Drugs and Alcohol Review Group, Italy; James Mugisha, National Association for Suicide Prevention, Ouganda; Adesola Ogunniy, University College Hospital, Nigeria; Denis Padruchny, Information and Training Centre of Psychiatry and Narcology, Belarus; Amrita Parekh, Public Health Foundation of Inde; Khara Sauro, University of Calgary, Canada; Shoba Raja, Basic Needs, Inde; Brian Reichow, Child Study Centre, Yale School of Medicine, ETATS-UNIS; Maria Luisa Scattoni, Istituto Superiore di Sanità, Italy; Suvasini Sharma, Lady Hardinge Medical College and associated Kalawati Saran Children's Hospital, Inde; Pratibha Singhi, Post Graduate Institute of Medical Education and Research, Inde; Lorenzo Tarsitani, Policlinico Umberto Sapienza University of Rome, Italy; Wietse Tol, Peter Alderman Foundation, Ouganda; Sarah Skeen, Stellenbosch University, Afrique du Sud; Manjari Tripathi, All Inde Institute of Medical Sciences, Inde; Ambros Uchtenhagen, University of Zurich, Suisse; Chris Underhill, Basic Needs, RU; Anna Williams, Institute of Psychiatry, Psychology and Neuroscience King's College, RU.

Equipe de Publication

Mise en page et graphisme : Erica Lefstad

Coordination de l'Édition : Pascale Broisin, Frédérique Claudie Rodin, OMS, Genève.

Soutien Financier

Les organismes suivants ont contribué financièrement à l'élaboration et à la production du mhGAP-GI :

Autism Speaks, ETATS-UNIS ; CBM ; Fountain House Inc.; Government of Japan ; Government of the Republic of Korea ; Government of Suisse ; National Institute of Mental Health, ETATS-UNIS; Syngenta.

INTRODUCTION

Programme d'action Comblar les lacunes en santé mentale (mhGAP) – Contexte

Selon l'Atlas de la Santé Mentale 2014 de l'OMS, plus de 45% de la population mondiale réside dans un pays où on compte moins d'un psychiatre pour 100 000 habitants, et moins encore de neurologues. Il est clair qu'en ne comptant que sur les spécialistes pour offrir des soins aux personnes souffrant de troubles mentaux, neurologiques ou liés à l'utilisation de substances psychoactives (troubles MNS), des millions de personnes resteront sans accès aux soins dont ils ont besoin. Même lorsque ces services existent, les interventions ne se basent pas toujours sur des preuves et ne sont pas toujours de bonne qualité. Le Programme d'action Comblar les lacunes en santé mentale mhGAP a ainsi été élaboré avec l'objectif d'accroître la prise en charge des troubles MNS.

L'approche mhGAP se compose d'interventions de prévention et de prise en charge de troubles MNS prioritaires. Ces interventions ont été identifiées sur la base de l'évidence de leur efficacité et de la faisabilité de leur implémentation dans des pays à revenu faible ou moyen. Les troubles prioritaires ont été identifiés selon les critères qu'ils représentent un fardeau important (en termes de mortalité, morbidité, handicap) ; qu'ils génèrent des coûts économiques importants ou qu'ils sont associés à des violations des droits de l'homme. Ces troubles prioritaires incluent la dépression, les psychoses, les conduites auto-agressives/suicidaires, l'épilepsie, la démence, les troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives et les troubles mentaux et du comportement de l'enfant et l'adolescent. Le Guide d'Intervention (mhGAP-GI) est un outil visant à faciliter la mise en œuvre des lignes directrices basées sur les preuves mhGAP dans les structures de soins non spécialisées.

L'adoption du mhGAP-GI Version 1.0 par les Etats Membres de l'OMS et par les autres parties prenantes a été remarquable et montre clairement le besoin qu'un tel outil existe. Le mhGAP-GI Version 1.0 a été utilisé au niveau des pays selon des méthodes variées : le plus souvent, comme un outil clé d'une approche

par phases pour accroître l'implémentation des services de santé mentale au niveau régional, national et infranational ; comme un outil de renforcement des capacités de différentes catégories de professionnels de santé et para-professionnels; et comme guide de référence pour élaborer et réviser les cursus universitaires des professionnels de santé.

Elaboration du Guide d'Intervention mhGAP – Version 2.0

La révision des lignes directrices mhGAP ainsi que les retours et l'évaluation des utilisateurs du mhGAP-GI 1.0 ont façonné la révision et le développement de la mise à jour du mhGAP-GI. Une mise à jour complète des lignes directrices mhGAP a été effectuée et publiée en 2015. Cette mise à jour a suivi la méthodologie de l'OMS, qui comprend la revue des preuves scientifiques, la synthèse et l'élaboration de recommandations au travers de la participation d'un panel international d'experts constitué d'individus et d'institutions ayant l'expérience appropriée : cliniciens, chercheurs, gestionnaire de programme, décideurs politiques et utilisateurs des services de soins. La méthode détaillée ainsi que les recommandations révisées sont consultables sur le site : http://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/en/.

Des experts, issus de toutes les régions de l'OMS, qui ont utilisé le kit mhGAP-GI au cours des trois dernières années pour former des professionnels de santé non-spécialisés et pour offrir des soins MNS dans plusieurs sites, ont donné des retours sur son utilisation. Une première version du mhGAP-GI 2.0., basée sur les contributions des experts et les retours du terrain, a ensuite été diffusée à un nombre important d'examineurs à travers le monde, permettant une diversité d'opinions dans le processus intense de révision. Le processus a également intégré les retours d'un éventail d'utilisateurs, dont des professionnels de santé non-spécialisés et des personnes présentant des troubles MNS dans toutes les régions de l'OMS. Les retours des utilisateurs ont

été recueillis par le biais d'un questionnaire et de groupes de discussion qui ont été organisés au niveau local par l'intermédiaire de l'OMS. Les réponses collectées au travers du processus ont été incorporées dans le mhGAP-GI Version 2.0.

De plus, plusieurs utilisateurs du mhGAP-GI 1.0 ont souligné la limite que représentait le fait de ne disposer que d'un format papier et ont suggéré que des versions interactives électroniques (internet ou mobile) seraient utiles pour améliorer l'utilisation, l'ajout de fonctionnalités et la réduction des coûts. Le mhGAP-GI 2.0 a donc été conceptualisé pour pouvoir être accessible sur différents supports (papier, électronique et mobile), sachant que la version électronique du mhGAP (e-mhGAP) est actuellement en cours de développement et sera bientôt disponible.

Prenant en compte les retours élargis, la mise à jour des lignes directrices du mhGAP en 2015 ainsi que les nouvelles possibilités qu'offrent l'e-mhGAP, la présente version du mhGAP-GI 2.0 comprend les éléments de modification suivants :

- » Revue du contenu de différentes sections sur la base de nouvelles preuves scientifiques, du retour et des recommandations des utilisateurs mhGAP.
- » Utilisation d'un modèle algorithmique vertical permettant une évaluation clinique fluide et simplifiée.
- » Ajout d'un nouvel algorithme dans tous les modules pour le suivi des personnes présentant des troubles MNS.
- » Ajout de deux nouveaux modules : notions de base du soin et de la pratique clinique (qui est une mise à jour du chapitre Principes Généraux du Soins dans la version 1.0), et un module d'implémentation.
- » Un module révisé pour les psychoses (qui intègre à la fois les psychoses et le trouble bipolaire), pour les troubles mentaux et du comportement chez l'enfant et l'adolescent et pour les troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives (alcool et drogue).

Utilisation du mhGAP-GI Version 2.0

Le mhGAP-GI est un guide générique. Il est donc essentiel de l'adapter à chaque contexte local ou national. Les utilisateurs peuvent sélectionner un sous-ensemble de troubles prioritaires ou d'interventions pour adapter ou implémenter, en fonction des différences contextuelles liées à la prévalence et à la disponibilité des ressources. L'adaptation est nécessaire afin de s'assurer que les troubles contribuant le plus à la charge des maladies dans un pays sont pris en compte. L'adaptation est également nécessaire afin d'assurer que le mhGAP-GI 2.0 est adapté aux conditions locales qui ont une influence sur le traitement des personnes présentant des troubles MNS dans les centres de soins. Le processus d'adaptation devrait être utilisé comme une opportunité de trouver un consensus sur des problématiques techniques qui peuvent exister parmi les différents troubles - ce qui demande une implication des parties prenantes nationales. L'adaptation inclura la traduction linguistique et de s'assurer que les interventions sont acceptables dans leur contexte socio-culturel et appropriées au système de santé local.

Le groupe d'utilisateurs cible par le mhGAP-GI est constitué des professionnels de santé non-spécialisés qui travaillent dans les structures de santé primaires ou secondaires. Sont visés les médecins de santé primaire, les infirmiers et les autres personnels de santé. Bien que le mhGAP-GI 2.0 cible en priorité les non-spécialistes, les spécialistes en santé mentale peuvent également le trouver utile dans leur travail. De plus, les spécialistes ont un rôle essentiel et conséquent à jouer dans la formation, le soutien et la supervision. Le mhGAP-GI 2.0 indique dans quel cas le recours à un spécialiste pour une consultation ou une référence médicale est nécessaire dans le but d'optimiser l'utilisation des ressources dispersées. Les spécialistes pourraient également tirer profit de formations sur les aspects de santé publique de la gestion de programme et sur l'organisation des services. L'implémentation du mhGAP-GI nécessite idéalement une action coordonnée par des experts et des gestionnaires de santé publique ainsi que par des spécialistes avec une expérience dans le domaine de la santé publique. Ainsi, la formation sur l'utilisation du mhGAP-GI est plus pertinente lorsqu'elle est menée dans une approche visant le système de santé,

impliquant les planificateurs, les gestionnaires et les responsables politiques de santé, de sorte que les interventions proposées soient soutenues par suffisamment d'infrastructures et de ressources, par exemple, la disponibilité de médicaments essentiels. La formation mhGAP-GI doit aussi se dérouler de manière continue, avec des mécanismes en place pour assurer le soutien, la supervision et la formation de perfectionnement des prestataires de soins.

Comment utiliser le mhGAP-GI Version 2.0

Le mhGAP-GI est un guide générique. Il est donc essentiel de l'adapter au contexte local ou national. Les utilisateurs peuvent sélectionner un sous-ensemble de troubles prioritaires ou d'interventions à adapter ou implémenter, en fonction du contexte.

- » Le mhGAP-GI 2.0 commence avec "Notions de Base du Soins et de la Pratique Clinique" qui présente un ensemble de bonnes pratiques cliniques et de recommandations générales pour les échanges entre soignants et personnes en demande de soins de santé mentale. Tous les utilisateurs du mhGAP-GI doivent se familiariser avec ces principes et les respecter autant que possible.
- » Le mhGAP-GI comprend une "Matrice d'Orientation" qui donne des informations sur les manifestations courantes des troubles prioritaires. Il guide le clinicien vers les modules adéquats. Les troubles les plus sérieux sont à prendre en charge en premier. Un nouvel élément a été ajouté dans cette Matrice d'Orientation du mhGAP-GI 2.0 – Manifestations d'Urgence des Troubles MNS Prioritaires. Cette section a été ajoutée afin de permettre d'identifier les situations d'urgence et d'orienter les recommandations de prise en charge.
- » Les modules, organisés par troubles prioritaires, sont des outils de prise de décision et de prise en charge clinique. Chaque module a une couleur différente afin de les

différencier facilement. Chaque module commence par une introduction qui explique le trouble abordé et donne un aperçu des principales étapes d'évaluation et de prise en charge.

» Chaque module comporte trois sections :

 **Evaluation**

 **Prise en charge**

 **Suivi**

 **La section Evaluation** se présente sous forme d'organigramme avec de multiples points d'évaluation clinique. Chaque module commence par les manifestations courantes du trouble suspecté, avec une série de questions cliniques auxquelles il faut répondre par oui ou non. L'utilisateur est orienté vers d'autres instructions pour finaliser l'évaluation clinique. Il est important que l'utilisateur commence en haut et parcoure tous les points de décision afin d'obtenir une évaluation et un plan de prise en charge complet.

 **La section Prise en charge** détaille des interventions en donnant des informations sur la manière de prendre en charge les troubles évalués. Cela inclut des interventions psycho-sociales et pharmacologiques plus techniques lorsque cela est approprié.

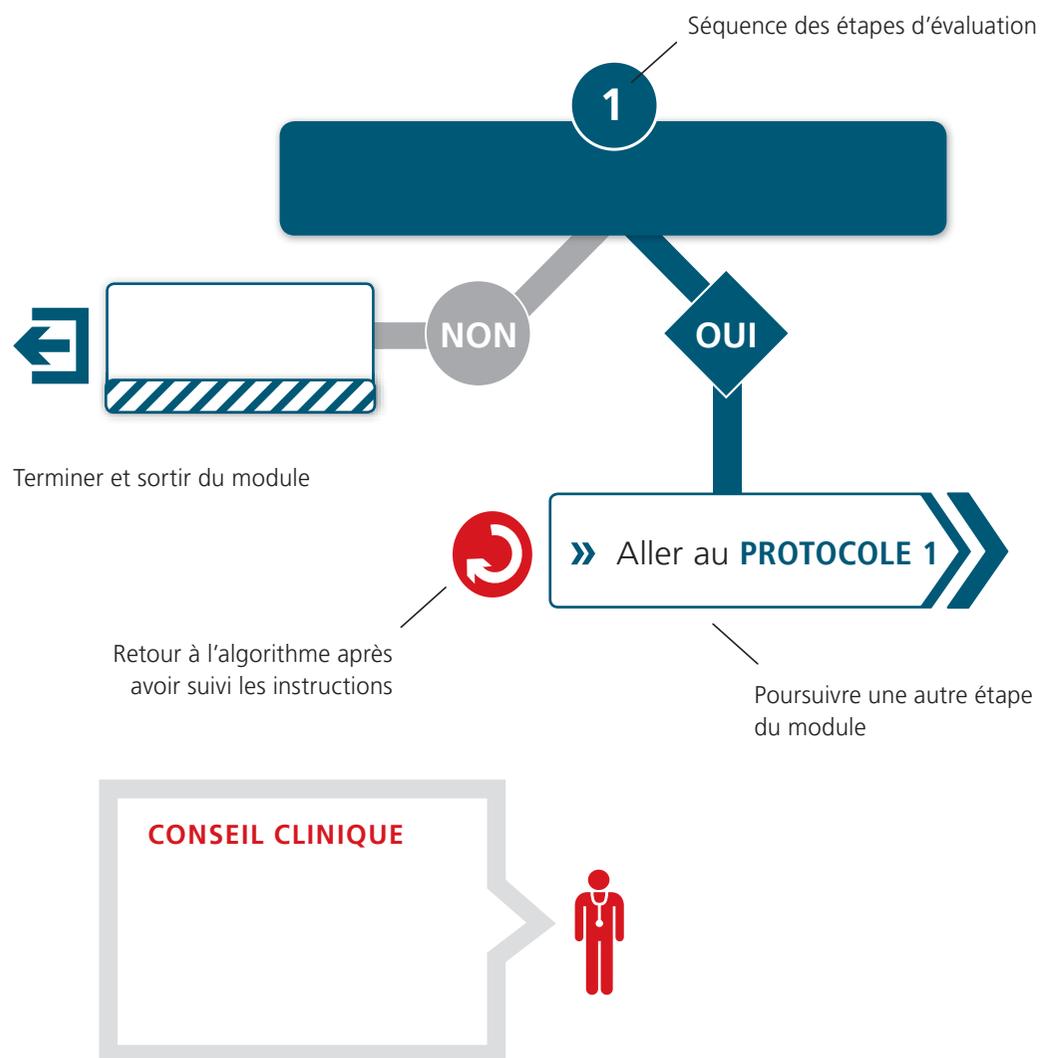
 **La section Suivi** donne des informations détaillées sur la relation clinique et la prise en charge du suivi.

» Le mhGAP-GI 2.0 utilise une série de symboles pour signaler différents aspects des modules. Une liste de ces symboles et leur interprétation figure à la page suivante. Tout au long des modules, des points importants sont également signalés comme des conseils cliniques clés.

» Il est aussi inclus un module sur l'Implémentation du mhGAP-GI, qui comporte un résumé des étapes relatives à la mise en oeuvre du mhGAP-GI.

» A la fin de ce guide figure un glossaire des termes utilisés dans le mhGAP-GI 2.0.

Éléments visuels et symboles



Evaluation



Enfants / adolescents



Prise en charge



Femmes en âge de procréer, enceintes ou allaitantes



Adultes



Suivi



Personnes âgées



ATTENTION



Transférer à l'hôpital



A ne pas faire



Médicaments



Informations supplémentaires



Intervention psycho-sociale



Consulter un spécialiste

NOTIONS DE BASE DU SOIN ET DE LA PRATIQUE CLINIQUE

Ce module résume les principes de base de soins à utiliser auprès de toute personne en demande de soins, y compris celles présentant un trouble MNS ainsi que leurs aidants. La première partie de ce module traite des principes de base de la prise en charge clinique et cherche à promouvoir le respect de la vie privée des personnes en demande de soins pour un trouble MNS, à favoriser de bonnes relations entre le personnel de santé, les utilisateurs des services et leurs aidants et à s'assurer que la prise charge est offerte sans jugement, sans stigmatisation et en apportant un soutien. La deuxième section présente les éléments de base de la pratique clinique en santé mentale. Elle se donne pour objectif de fournir aux personnels de santé un aperçu de l'évaluation et de la prise en charge des troubles MNS dans des contextes de soins non-spécialisés.

A. PRINCIPES GENERAUX

- Utiliser des techniques de communication efficaces
- Promouvoir le respect et la dignité

B. ELEMENTS DE BASE DE LA PRATIQUE CLINIQUE EN SANTE MENTALE

- Evaluer la santé physique
- Mener une évaluation MNS
- Prendre en charge des troubles MNS

A. PRINCIPES GENERAUX

I. Utiliser des Techniques de Communication Efficaces

L'utilisation de techniques de communication efficaces permet aux personnels de santé d'assurer des soins de qualité aux adultes, adolescents et enfants présentant des troubles mentaux, neurologiques ou liés à l'utilisation de substances psychoactives (MNS). Tenez compte des techniques de communication et conseils clefs suivants :

CONSEIL DE COMMUNICATION #1

Créer un environnement favorisant une communication ouverte

- » Rencontrer la personne dans un endroit confidentiel, si possible.
- » Être accueillant et mener les présentations de manière appropriée culturellement.
- » Maintenir un contact visuel, adopter un langage corporel et des expressions faciales favorisant la mise en confiance.
- » Expliquer que les informations échangées pendant la visite resteront confidentielles et qu'elles ne pourront être partagées sans autorisation préalable.
- » Si un aidant est présent, suggérer de vous entretenir seul/e avec la personne (sauf dans le cas de jeunes enfants) et obtenir l'autorisation de partager des informations cliniques.
- » Lors d'un entretien avec une jeune femme, envisager qu'un membre du personnel ou un aidant féminin soit présent.

CONSEIL DE COMMUNICATION #2

Impliquer la personne

- » Impliquer la personne (et avec son consentement, ses aidants et sa famille) dans tous les aspects de l'évaluation et de la prise en charge, autant que possible. Ceci inclut les enfants, les adolescents et les personnes âgées.

CONSEIL DE COMMUNICATION #3

Commencer par écouter

- » Ecouter activement. Être empathique et sensible.
- » Laisser la personne s'exprimer sans interruption.
- » Si le récit n'est pas clair, être patient et demander des précisions.
- » Avec les enfants, utiliser un langage qu'ils peuvent comprendre en leur demandant par exemple leurs centres d'intérêts (jeux, camarades, école, etc.).
- » Avec les adolescents, faire savoir que vous comprenez leurs sentiments et leur situation.

CONSEIL DE COMMUNICATION #4

Être toujours amical, respectueux et sans jugement

- » Être toujours respectueux.

- » Ne pas juger les personnes selon leurs comportements ou leur apparence.

- » Rester calme et patient.

CONSEIL DE COMMUNICATION #5

Utiliser de bonnes techniques de communication verbale

- » Utiliser un langage simple. Être clair et concis.
- » Utiliser des questions ouvertes, résumant et clarifiant les propos.
- » Résumer et répéter les points clés.
- » Permettre à la personne de poser des questions sur les informations fournies.

CONSEIL DE COMMUNICATION #6

Faire preuve de sensibilité lorsque la personne fait état d'expériences difficiles (ex : agression sexuelle, violence, conduite auto-agressive)

- » Faire preuve de tact avec les sujets difficiles.
- » Rappeler à la personne que ce dont elle vous parle est confidentiel.
- » Reconnaître qu'il a pu être difficile pour la personne de révéler ces informations.

II. Promouvoir le respect et la dignité

Les personnes présentant un trouble MNS doivent être traitées avec respect et dignité, d'une manière culturellement appropriée. En tant que professionnel de santé, vous êtes responsable de faire tout votre possible pour respecter et valoriser la volonté ainsi que les préférences des personnes présentant un trouble MNS. Soutenez-les et impliquez-les, tout comme leurs aidants, de la manière la plus inclusive possible. Les personnes présentant un trouble MNS sont souvent plus vulnérables aux violations des droits de l'homme. Il est donc essentiel que, dans le cadre des soins, le personnel favorise les droits des personnes présentant un trouble MNS, conformément aux exigences des normes internationales en matière de droits de l'homme, dont la Convention des Nations Unies relative aux Droits des Personnes Handicapées (CNUDPH)*.

*Pour plus d'informations sur la CNUDPH : <http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-f.pdf>

A FAIRE

- » Traiter les personnes présentant un trouble MNS avec respect et dignité.
- » Protéger la confidentialité des personnes présentant un trouble MNS.
- » Protéger la vie privée des personnes présentant un trouble MNS.
- » Toujours fournir l'accès aux informations et expliquer les risques et les bénéfices des traitements, si possible par écrit.
- » S'assurer d'avoir le consentement de la personne pour le traitement.
- » Privilégier l'autonomie et un mode de vie indépendant dans la communauté.
- » Fournir aux personnes présentant un trouble MNS l'accès à des options les aidant à décider pour eux-mêmes.

A NE PAS FAIRE

- » Ne pas discriminer les personnes présentant un trouble MNS.
- » Ne pas ignorer les priorités ou les souhaits des personnes présentant un trouble MNS.
- » Ne pas prendre de décisions pour, au nom de ou à la place de la personne présentant un trouble MNS.
- » Ne pas utiliser un langage trop technique pour expliquer le traitement proposé.

B. ÉLÉMENTS DE BASE DE LA PRATIQUE CLINIQUE EN SANTÉ MENTALE

I. Evaluer la Santé Physique

Les personnes présentant un trouble MNS sont plus à risque que les autres de mourir précocément d'une maladie que l'on pourrait prévenir, et, de ce fait, doivent toujours bénéficier d'une évaluation physique dans le cadre d'un examen complet. Il est important de recueillir les antécédents de la personne, tant dans le domaine de la santé physique que dans celui de la santé mentale, puis de pratiquer un examen physique afin d'identifier toute comorbidité et de sensibiliser la personne sur les mesures préventives. Ces différentes actions doivent toujours être réalisées avec le consentement éclairé de la personne.

Evaluation de la Santé Physique

- » **Noter les antécédents en détail et interroger sur les facteurs de risques.** Manque d'activité physique, alimentation inappropriée, tabagisme, utilisation nocive d'alcool et/ou de substances psychoactives, comportements à risque et maladies chroniques.
- » **Réaliser un examen physique.**
- » **Réaliser un diagnostic différentiel.** Eliminer les éventuelles causes physiques et sous-jacentes des manifestations MNS par la recherche d'antécédents, l'examen physique et des examens de laboratoire de base, s'ils sont nécessaires et disponibles.
- » **Identifier les comorbidités.** Souvent, une personne peut présenter plusieurs troubles MNS en même temps. Il est important de les évaluer et de les prendre en charge le cas échéant.

CONSEIL CLINIQUE :

Les personnes présentant un trouble mental sévère ont 2 à 3 fois plus de risque que celles qui n'en présentent pas de mourir d'une maladie que l'on pourrait prévenir, comme des infections ou des maladies cardiovasculaires. Focalisez-vous sur la réduction des risques à travers la sensibilisation et le suivi.



Prise en Charge de la Santé Physique

- » Traiter les comorbidités en même temps que le trouble MNS. Faire une orientation/consulter des spécialistes si besoin.
- » Sensibiliser sur les facteurs de risque modifiables pour prévenir les maladies et encourager une vie saine.
- » Pour promouvoir la santé physique des personnes présentant des troubles MNS, les soignants doivent :
 - Porter conseils sur l'importance d'avoir une vie saine et une alimentation équilibrée.
 - sensibiliser sur l'utilisation nocive de l'alcool.
 - encourager l'arrêt de la consommation de tabac et de substances psychoactives.
 - sensibiliser sur les autres comportements à risque (ex : rapports sexuels non protégés).
 - réaliser régulièrement des examens physiques et un contrôle de vaccination.
 - préparer les personnes aux changements de vie liés au développement biologique (ex : puberté, ménopause) et assurer le soutien nécessaire.
 - discuter des projets de grossesse et des méthodes de contraception avec les femmes en âge de procréer.

II. Mener une évaluation MNS

Mener une évaluation pour un trouble MNS implique les étapes ci-dessous. Premièrement, explorer la plainte présentée. Ensuite, recueillir l'historique médical, y compris les antécédents MNS, les problèmes de santé générale, les antécédents MNS familiaux et l'historique psychosocial. Examiner la personne (examen de santé mentale), établir un diagnostic différentiel et identifier le trouble MNS. Dans le cadre de l'évaluation, pratiquer un examen physique et des examens de laboratoire de base si nécessaire. L'évaluation est menée avec le consentement éclairé de la personne.



RECUEIL DE L'HISTORIQUE MEDICAL

1 La Plainte Présentée

Symptôme principal ou raison pour laquelle la personne demande des soins.

- » Demander quand, pourquoi et comment cela a commencé.
- » A ce stade, il est important de recueillir autant d'informations que possible concernant les symptômes et la situation de la personne.

2 Antécédents MNS

- » Interroger sur des problèmes similaires dans le passé, des hospitalisations en psychiatrie ou des médicaments prescrits pour des troubles MNS et sur d'éventuelles tentatives de suicide.
- » Explorer la consommation de tabac, d'alcool et de substances psychoactives.

3 Antécédents de Santé Générale

- » Interroger sur les problèmes de santé physique et la prise de médicaments.
- » Obtenir une liste des médicaments pris actuellement.
- » Interroger sur toutes allergies aux médicaments.

4 Antécédents Familiaux de Troubles MNS

- » Explorer tout antécédent familial de troubles MNS et demander si quelqu'un dans la famille a eu des symptômes similaires ou a reçu un traitement pour un trouble MNS.

5 Antécédents Psychosociaux

- » Interroger sur des sources de stress actuelles, les stratégies pour y faire face et le soutien social.
- » Interroger sur le fonctionnement socio-occupationnel (la façon dont la personne fonctionne à la maison, au travail et dans ses relations).
- » Recueillir des informations de base – y compris où la personne vit, le niveau d'éducation, l'historique professionnel, l'état civil, le nombre d'enfants et leur âge, les revenus financiers, la structure du foyer et les conditions de vie.

Pour les enfants et adolescents, demander s'ils ont un adulte qui prend soin d'eux et interroger les sur la nature et la qualité de cette relation.

**Suspecter un troubles MNS
prioritaire et passer au(x) module(s)
approprié(s) pour l'évaluation**



EVALUATION DES TROUBLES MNS

1 Examen Physique

» Réaliser un examen physique ciblé sur la base des observations faites au cours de l'évaluation des troubles MNS.

2 Examen de l'Etat Mental (MSE)*

» Interroger et observer le comportement et l'apparence de la personne, son humeur et son état affectif, le contenu de ses pensées, ainsi que toutes perturbation(s) de sa perception ou cognition.

3 Diagnostic Différentiel

» Tenir compte du diagnostic différentiel et éliminer les autres troubles ayant des symptômes similaires.

Examens de Laboratoire de Base

4

» Demander des examens de laboratoire si cela est indiqué et possible, en particulier pour éliminer les causes physiques.

Identifier le Trouble MNS

5

» Identifier le troubles MNS en utilisant le(s) module(s) approprié(s).

» Evaluer les autres symptômes MNS et troubles prioritaires (voir Matrice d'Orientation)

» Suivre les algorithmes de prise en charge et de traitement appropriés.



CONSEIL CLINIQUE :

Dès qu'un trouble MNS est suspecté, évaluer systématiquement le risque de conduites auto-agressives/suicidaires (» SUI)

*La version adaptée du Mental Status Examination pour les non-spécialistes inclut : Comportement et Apparence = signes et symptômes ayant trait à l'apparence et aux comportements de la personne ; Humeur et Etat affectif = signes et symptômes ayant trait à la régulation et à l'expression des émotions ou des états émotionnels ; Contenu des Pensées = signes et symptômes ayant trait au contenu des pensées comme les délires, la paranoïa, la suspicion et les idées suicidaires ; Perturbation(s) de la Perception = perceptions sensorielles intervenant en l'absence de stimulus pertinent (extérieur) (ex : hallucinations visuelles ou auditives). La personne peut avoir conscience ou non du caractère non réel de la perception ; Perturbation(s) des Cognitions = Signes, symptômes et observations cliniques indiquant une perturbation des capacités mentales et des processus liés à l'attention, à la mémoire, au jugement, au raisonnement, à la résolution de problèmes, à la prise de décision, à la compréhension et à l'intégration de ces fonctions.

III. Prendre en charge les troubles MNS

Une fois l'évaluation réalisée, suivre l'algorithme de prise en charge du mhGAP-GI pour prendre en charge le trouble MNS. Les étapes clés de la prise en charge se trouvent dans l'encadré ci-dessous.



ETAPES DE LA PRISE EN CHARGE DES TROUBLES MNS

De nombreux troubles MNS sont chroniques et nécessitent une surveillance et un suivi sur le long terme. La prise en charge au long court comporte les étapes suivantes.

1 **Elaborer un plan de traitement en collaboration avec la personne et ses aidants.**



CONSEIL CLINIQUE :

Le plan de traitement écrit doit comprendre

- Interventions pharmacologiques (si nécessaire)
- Interventions psychosociales
- Référence médicale (référence et contre-référence)
- Plan de suivi
- Prise en charge des comorbidités physiques et/ou des autres troubles MNS

2 Proposer toujours des **interventions psychosociales** à la personne et à ses aidants.

3 Traiter le trouble MNS à l'aide **d'interventions pharmacologiques** si cela est indiqué.

4 **Orienter** vers des spécialistes ou l'hôpital si une telle mesure est indiquée et applicable.

5 S'assurer qu'un **plan de suivi** est en place.

6 **Travailler main dans la main avec les aidants et la famille** pour soutenir la personne souffrant d'un trouble MNS.

7 Favoriser des **liens étroits** avec le monde du travail, le monde de l'éducation, les services sociaux (y compris pour le logement) et tous les autres secteurs pertinents.

8 Adapter le plan de traitement aux **populations spécifiques**.

1 Planification du Traitement

- » Discuter et déterminer les objectifs du traitement tout en respectant la volonté et les préférences de soins.
- » Impliquer les aidants après avoir obtenu l'accord de la personne.
- » Encourager l'auto-surveillance des symptômes et expliquer quand solliciter des soins en urgence.

2 Interventions Psychosociales

A. Psychoéducation

Informer la personne sur les troubles MNS, en incluant:

- » la nature du trouble et son évolution prévisible.
- » les traitements disponibles pour le trouble et les bénéfices attendus.
- » la durée du traitement.
- » l'importance de suivre correctement le traitement, y compris ce que la personne peut faire (ex : prise de médicaments, interventions psychologiques pertinentes comme la relaxation) et ce que peuvent faire les aidants pour que la personne suive correctement son traitement.
- » les effets secondaires éventuels (à court et long termes) de tout médicament prescrit que la personne (et ses aidants) doit surveiller.
- » l'implication éventuelle de travailleurs sociaux, gestionnaires de cas, travailleurs de santé communautaires ou d'autres membres de confiance dans la communauté.
- » se référer à la section prise en charge du ou des module(s) pertinent(s) pour obtenir des informations spécifiques sur le(s) trouble(s) MNS.

B. Réduire le Stress et Renforcer les Soutiens Sociaux

Rechercher des solutions aux facteurs de stress psychosociaux présents:

- » Identifier et discuter des problématiques psychosociales qui exercent un stress sur la personne et/ou qui impactent sa vie. Cela inclut, sans se limiter à, problèmes familiaux et relationnels, difficultés liées au travail/activité/revenus, logement, finances, sécurité de base, accès aux services minimum, stigmatisation, discrimination, etc.
- » Aider la personne à gérer son stress en discutant des méthodes comme les techniques de résolution de problèmes.
- » Evaluer et prendre en charge toutes situations de maltraitance, d'agression (ex : violences domestiques) ou de négligence (ex : d'enfants ou de personnes âgées). Discuter avec la personne d'un éventuel référencement vers un organisme officiel de protection ou vers un réseau informel de protection. Contacter les instances légales et communautaires appropriées.
- » Identifier les membres de la famille pouvant apporter leur soutien et les impliquer autant que possible si cela est souhaitable.
- » Renforcer les soutiens sociaux et essayer de réactiver les réseaux sociaux de la personne.
- » Identifier les activités sociales passées qui, si réactivées, pourraient constituer un soutien psychosocial direct ou indirect (ex : réunions de famille, visites des voisins, activités communautaires ou religieuses, etc.).
- » Enseigner des techniques de gestion du stress telles que les techniques de relaxation.

C. Encourager la Participation Active à des Activités Quotidiennes

- » Apporter un soutien à la personne pour qu'elle poursuive des activités sociales, éducatives et professionnelles régulières autant que possible.
- » Faciliter son intégration dans des activités économiques.
- » Offrir une formation aux compétences de vie et/ou compétences sociales si besoin.

D. Interventions Psychologiques

Les traitements psychologiques sont des interventions qui nécessitent une consécration de temps important. Ils sont généralement assurés par des spécialistes formés. Cependant, ces traitements peuvent être effectués efficacement par des professionnels non-spécialisés formés, supervisés et guidés par le biais d'auto-formations (ex : avec l'utilisation de programmes électroniques en santé mentale, ou de livres de développement personnel).

Les interventions indiquées ci-dessous sont décrites brièvement dans le glossaire.

<u>Exemples d'Interventions</u>	<u>Recommandée pour</u>
Activation Comportementale	DEP
Relaxation	DEP
Thérapie de Résolution de Problèmes	DEP
Thérapie Comportementale et Cognitive (TCC)	DEP, CMH, SUB, PSY
Gestion des Contingences	SUB
Thérapie ou Assistance Psychologique Familiale	PSY, SUB
Thérapie Interpersonnelle (TIP)	DEP
Thérapie Motivationnelle	SUB
Formation aux Compétences Parentales	CMH

3 Interventions Pharmacologiques

- » Suivre les lignes directrices sur la psychopharmacologie pour chaque module.
- » Recourir aux interventions pharmacologiques lorsqu'elles sont disponibles et indiquées dans l'algorithme de prise en charge et le tableau joint.
- » En sélectionnant le médicament approprié, prendre en compte son profil d'effets secondaires (à court et long termes), l'efficacité des traitements antérieurs, les interactions médicamenteuses et les interactions médicament-maladie.
- » Consulter le Formulaire national ou le Formulaire de l'OMS si besoin.
- » Sensibiliser la personne sur les risques et bénéfices du traitement, les effets secondaires éventuels, la durée du traitement et l'importance de suivre correctement son traitement.
- » Être prudent quand vous prescrivez des médicaments à des groupes spécifiques tels les personnes âgées, les personnes atteintes d'une maladie chronique, les femmes enceintes ou allaitantes et les enfants/adolescents. Consulter un spécialiste si besoin.

4 Orienter vers un Spécialiste/ Hôpital si Besoin

- » Rester vigilant envers des situations qui peuvent nécessiter une orientation vers un spécialiste/hôpital, en cas par exemple de non-réponse au traitement, d'effets secondaires sévères des interventions pharmacologiques, de comorbidité physique et/ou de troubles MNS, de risque de conduites auto-agressives/suicidaires.

5 Suivi

- » Organiser une visite de suivi à la suite de la première évaluation.
- » Après chaque visite, organiser un rendez-vous de suivi et encourager la présence assidue de la personne. Planifier le rendez-vous à un moment qui convienne aux deux parties.
- » **Planifier les premières visites de suivi de manière rapprochée jusqu'à ce que les symptômes commencent à répondre au traitement.** Une fois que les symptômes commencent à s'améliorer, planifier des rendez-vous moins fréquents mais néanmoins réguliers.
- » **A chaque visite de suivi, évaluer:**
 - la réponse au traitement, les effets secondaires des médicaments, l'observance du traitement et les interventions psychosociales.
 - l'état de santé général (assurez-vous de surveiller la santé physique régulièrement).
 - les soins personnels (ex : alimentation, hygiène, vêtements) et le fonctionnement dans l'environnement de la personne.
 - les problématiques psychosociales et/ou tout changement dans les conditions de vie pouvant affecter la prise en charge.
 - la compréhension et les attentes de la personne et des aidants sur le traitement. Corriger toutes mauvaises compréhensions.
- » **Tout au long de la période du suivi :**
 - Reconnaître tous les progrès allant dans le sens des objectifs du traitement et renforcer l'adhésion.
 - maintenir un contact régulier avec la personne (et si approprié, avec ses aidants). Si disponible, affecter un

travailleur communautaire ou une personne de confiance dans la communauté (tel qu'un membre de la famille).

- expliquer que la personne peut revenir au centre de soins à tout moment entre les visites si besoin (ex : pour les effets secondaires des médicaments, etc.).
- établir un plan d'action en cas d'absence de la personne aux rendez-vous.
- utiliser les ressources familiales et communautaires pour contacter les personnes qui ne seraient pas revenues pour leur suivi régulier.
- contacter un spécialiste si l'état de la personne ne s'améliore pas ou s'aggrave.
- documenter les aspects clés des interactions avec la personne et la famille dans le dossier du patient.

- » **Se référer à la section prise en charge du ou des module(s) pertinent(s) pour obtenir des informations spécifiques sur le suivi de(s) trouble(s) MNS.**

6 Impliquer les Aidants

- » Quand cela est approprié et avec le consentement de la personne concernée, impliquer les aidants ou des membres de la famille dans les soins de la personne.
- » Reconnaître qu'il peut être difficile de s'occuper de personnes présentant des troubles MNS.
- » Expliquer aux aidants l'importance de respecter la dignité et les droits d'une personne présentant un trouble MNS.
- » Repérer l'impact psychosocial sur les aidants.
- » Evaluer les besoins des aidants afin d'assurer que le soutien et les ressources nécessaires sont disponibles pour la vie de famille, le travail, les activités sociales et la santé.
- » Encourager la participation à des groupes de soutien mutuel et familiaux, là où ils existent.
- » Avec le consentement de la personne, informer les aidants de l'état de santé de la personne sur toutes problématiques liées à l'évaluation, au traitement, au suivi et aux effets secondaires éventuels.

7 Liens Avec les Autres Secteurs

- » Enfin d'assurer une prise en charge globale et en fonction de l'évaluation initiale, mettre la personne en lien avec les services de l'emploi, de l'éducation et sociaux (dont le logement) et tout autre secteur pertinent..

8 Populations Spécifiques

ENFANTS/ADOLESCENTS

- » Explorer l'exposition à des facteurs défavorables tels que la violence et la négligence qui peuvent affecter la santé mentale et le bien-être
- » Evaluer les besoins des aidants.
- » Traiter les adolescents qui se présentent seuls, même s'ils ne sont pas accompagnés par un parent ou un tuteur. Obtenir le consentement éclairé de l'adolescent.
- » Offrir la possibilité à l'enfant/adolescent d'exprimer ses préoccupations en privé.
- » Adapter votre langage au niveau de compréhension de l'enfant/l'adolescent.
- » Explorer les ressources disponibles dans la famille, à l'école et dans la communauté.

FEMMES ENCEINTES OU ALLAITANTES

- » Si une femme est en âge de procréer, demander :
 - si elle allaite un enfant.
 - si elle pourrait être/est enceinte.
 - si elle est enceinte, la date de ses dernières règles.
- » Se mettre en lien avec un spécialiste de la santé maternelle pour organiser les soins.
- » Envisager une consultation avec un spécialiste en santé mentale si disponible.
- » Etre prudent concernant les interventions pharmacologiques : vérifier la toxicité pour le fœtus, le passage dans le lait maternel. Consulter un spécialiste si besoin.

PERSONNES AGEES

- » Rechercher des solutions aux facteurs de stress psychosociaux qui sont particulièrement préoccupants pour la personne, tout en respectant leur besoin d'autonomie.
- » Identifier et traiter les problèmes de comorbidités physiques et prendre en charge les déficits sensoriels (tels qu'une mauvaise vue ou audition) à l'aide du matériel approprié (ex : loupe grossissante, aides auditives).
- » Utiliser des doses plus faibles de médicaments.
- » Anticiper le risque accru d'interactions médicamenteuses.
- » Traiter les besoins des aidants.

MATRICE D'ORIENTATION



APERÇU DES **TROUBLES** MNS **PRIORITAIRES**

1. La présence des manifestations courantes ci-dessous indique la nécessité de mener une évaluation.
2. Si une personne présente des éléments communs à plusieurs troubles, chacun d'entre eux doit être évalué.
3. Sauf indication contraire, les troubles décrits peuvent être présents à tous âges.
4.  Pour les manifestations d'urgence, voir tableau page 18.

MANIFESTATIONS COURANTES

TROUBLE PRIORITAIRE

- » Multiples symptômes physiques persistants sans cause apparente
- » Faible énergie, fatigue, problèmes de sommeil
- » Tristesse ou humeur dépressive persistante, anxiété
- » Perte d'intérêt ou de plaisir pour les activités habituellement agréables

DEPRESSION (DEP)

- » Changements marqués de comportement, avec une négligence des responsabilités habituelles liées au travail, à l'école, aux activités domestiques ou sociales
- » Agitation, comportement agressif, augmentation ou diminution de l'activité
- » Croyances erronées inébranlables, non partagées par d'autres dans la culture de l'individu
- » Perception de voix ou vision de choses qui n'existent pas
- » Absence de conscience de la présence d'un trouble mental

PSYCHOSES (PSY)

- » Mouvements convulsifs ou crise d'épilepsie
- » Au cours des convulsions: perte ou altération de la 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 d'un côté du corps

EPILEPSIE (EPI)

Enfant/adolescent examiné dans le cadre de plaintes physiques ou d'un bilan de santé et qui présente :

- » Des difficultés développementales, émotionnelles ou comportementales (par ex. inattention, hyperactivité ou comportements répétés provocateurs, désobéissants et agressifs)
- » Des facteurs de risque tels que: malnutrition, maltraitance et/ou négligence, maladies fréquentes, maladies chroniques (par ex. VIH/SIDA ou historique de naissance difficile)

La personne qui prend soin de l'enfant/adolescent est préoccupée par :

- » Les difficultés de l'enfant/adolescent à progresser au même rythme que ses pairs ou à réaliser les activités du quotidien considérées comme normales pour son âge

- » Les comportements de l'enfant/adolescent (par ex. trop actif, agressif, a des accès de colère fréquents et/ou extrêmes, veut être seul trop souvent, refuse de faire des activités ordinaires ou d'aller à l'école)

Un professeur de l'enfant/adolescent est préoccupé par :

- » Par ex. par le fait que l'enfant/adolescent est facilement distrait, perturbe la classe, s'attire souvent des ennuis, a des difficultés à accomplir son travail scolaire

Agent de santé communautaire ou travailleur social préoccupé par un enfant/adolescent qui :

- » Par ex. commet des infractions aux règles ou à la loi, des agressions physiques au domicile ou dans la communauté

TROUBLES MENTAUX ET DU COMPORTEMENT DE L'ENFANT ET L'ADOLESCENT (SME)



Les manifestations de troubles émotionnels, du comportement et du développement varient suivant l'âge des enfants et des adolescents.

- » Déclin ou problèmes de mémoire (perte de mémoire sévère) et d'orientation (conscience du temps, des lieux et des personnes)
- » Troubles de l'humeur ou du comportement tels que l'apathie (perte d'intérêt apparente) ou l'irritabilité
- » Perte du contrôle émotionnel (facilement contrarié, irritable ou au bord des larmes)
- » Difficultés dans la réalisation des activités professionnelles, domestiques ou sociales habituelles

DEMENCE (DEM)



- » Semble sous l'effet de l'alcool ou d'une autre substance (par ex. odeur d'alcool, difficultés d'élocution, sédation, comportement erratique)
- » Signes et symptômes d'intoxication aiguë au niveau du comportement, caractéristiques de sevrage ou effets d'un usage prolongé
- » Dégradation du fonctionnement social (c'est-à-dire difficultés dans le milieu professionnel ou familial, apparence négligée)
- » Signes d'atteinte hépatique chronique (enzymes hépatiques anormales), peau et yeux jaunes (ictère), contour hépatique sensible et palpable (en cas de maladie hépatique précoce), ascite (abdomen distendu rempli de liquide), angiome stellaire (vaisseaux sanguins ramifiés en forme d'étoile et visibles à la surface de la peau) et altération de l'état mental (encéphalopathie hépatique)

- » Altération de l'équilibre, de la marche, de la coordination des mouvements et nystagmus
- » Découvertes fortuites : anémie macrocytaire, faible numération plaquettaire, volume globulaire moyen (VGM) élevé
- » Situation d'urgence liée au sevrage, à une overdose ou à une intoxication par une substance psychoactive. L'individu peut sembler sédaté, surexcité, agité, anxieux ou confus.
- » Les individus ayant des troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives peuvent ne pas déclarer avoir de problèmes avec celles-ci. Repérez :
 - Des demandes répétées de médicaments psychoactifs, y compris des analgésiques.
 - Des blessures
 - Des infections associées à la consommation de drogues injectables (VIH/SIDA, hépatite C)

TROUBLES LIÉS A L'UTILISATION DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES (SUB)

Toutes les personnes se présentant dans un centre de soins doivent être interrogées sur leur consommation de tabac et d'alcool.

- » Extrême désespoir ou détresse
- » Présence d'idées, d'un plan ou d'un acte auto-agressif/suicidaire, ou antécédents en la matière
- » Présence d'un autre trouble prioritaire, de douleurs chroniques ou d'une détresse émotionnelle extrême

CONDUITES AUTO-AGRESSIVES / SUICIDAIRES (SUI)

! Manifestations d'URGENCE des Troubles MNS Prioritaires

PRESENTATION D'URGENCE	TROUBLE A CONSIDERER	ALLER A
<ul style="list-style-type: none"> » Acte auto-agressif avec signes d'empoisonnement ou d'intoxication, saignement dû à une blessure auto-infligée, perte de connaissance et/ou extrême léthargie » Présence de pensées, de projets ou d'acte(s) auto-agressif ou suicidaire ou antécédents de pensées, de projets ou d'acte(s) auto-agressif ou suicidaire chez une personne très agitée, violente, en détresse ou qui ne communique pas 	<p>ACTE AUTO-AGRESSIF SERIEUX SUR LE PLAN MEDICAL</p> <p>RISQUE IMMINENT D'AUTO-AGRESSION/SUICIDE</p>	SUI
<ul style="list-style-type: none"> » Convulsion sévère avec perte de connaissance ou conscience altérée » Convulsions continues 	<p>EPILEPSIE</p> <p>ETAT DE MAL EPILEPTIQUE</p> <p>SEVRAGE D'ALCOOL OU AUTRE SEDATIF</p>	EPI, SUB
<ul style="list-style-type: none"> » Comportements agités et/ou agressifs 		DEM, PSY, SUB
<ul style="list-style-type: none"> » Haleine sentant l'alcool, trouble de l'élocution, comportement désinhibé, perturbations de la conscience, des cognitions, de la perception, des affects ou du comportement » Tremblement des mains, sudation, vomissements, pouls et tension élevés, agitation, céphalée, nausée, anxiété ; convulsion et confusion dans les cas sévères » Perte de conscience ou altération de l'état de conscience, niveau de respiration lente, pupilles contractées » Pupilles dilatées, pensées rapides, accélérées, désorganisées, comportements bizarres, consommation récente de cocaïne ou autre stimulant(s), pouls et tension élevés, comportement agressif, désordonné ou violent 	<p>INTOXICATION AIGUË A L'ALCOOL</p> <p>SEVRAGE ALCOOLIQUE</p> <p>DELIRE LIE AU SEVRAGE ALCOOLIQUE</p> <p>INTOXICATION A, OU OVERDOSE DE, SEDATIF(S)</p> <p>INTOXICATION AIGUË OU OVERDOSE DE STIMULANT(S)</p>	SUB

DEPRESSION

Les personnes qui souffrent de dépression présentent une série de symptômes dont une humeur dépressive persistante ou une perte d'intérêt ou de plaisir pendant au moins 2 semaines.

Tel que décrit dans ce module, les personnes souffrant de dépression ont de grandes difficultés à fonctionner au quotidien au niveau personnel, familial, social, professionnel ou autres.

Beaucoup de personnes souffrant de dépression présentent également des symptômes d'anxiété et des symptômes somatiques inexplicables sur le plan médical.

La dépression est souvent accompagnée d'autres troubles MNS et somatiques/physiques.

La prise en charge de symptômes ne correspondant pas exactement aux critères de la dépression est abordée dans le module Autres Plaintes Psychologiques Envahissantes. Aller à » AUT.

DEP » Aperçu rapide



EVALUATION

- » La personne souffre-t-elle de dépression ?
- » Y a-t-il d'autres explications à ces symptômes ?
 - Eliminer les troubles somatiques/physiques
 - Eliminer un antécédent d'épisode maniaque
 - Eliminer toutes réactions normales liées à une perte récente
- » Evaluer les autres troubles MNS prioritaires



PRISE EN CHARGE

- » Protocoles de prise en charge
 1. Dépression
 2. Episode dépressif dans le cadre d'un trouble bipolaire
 3. Populations spécifiques
- »  Interventions psychosociales
- »  Interventions pharmacologiques



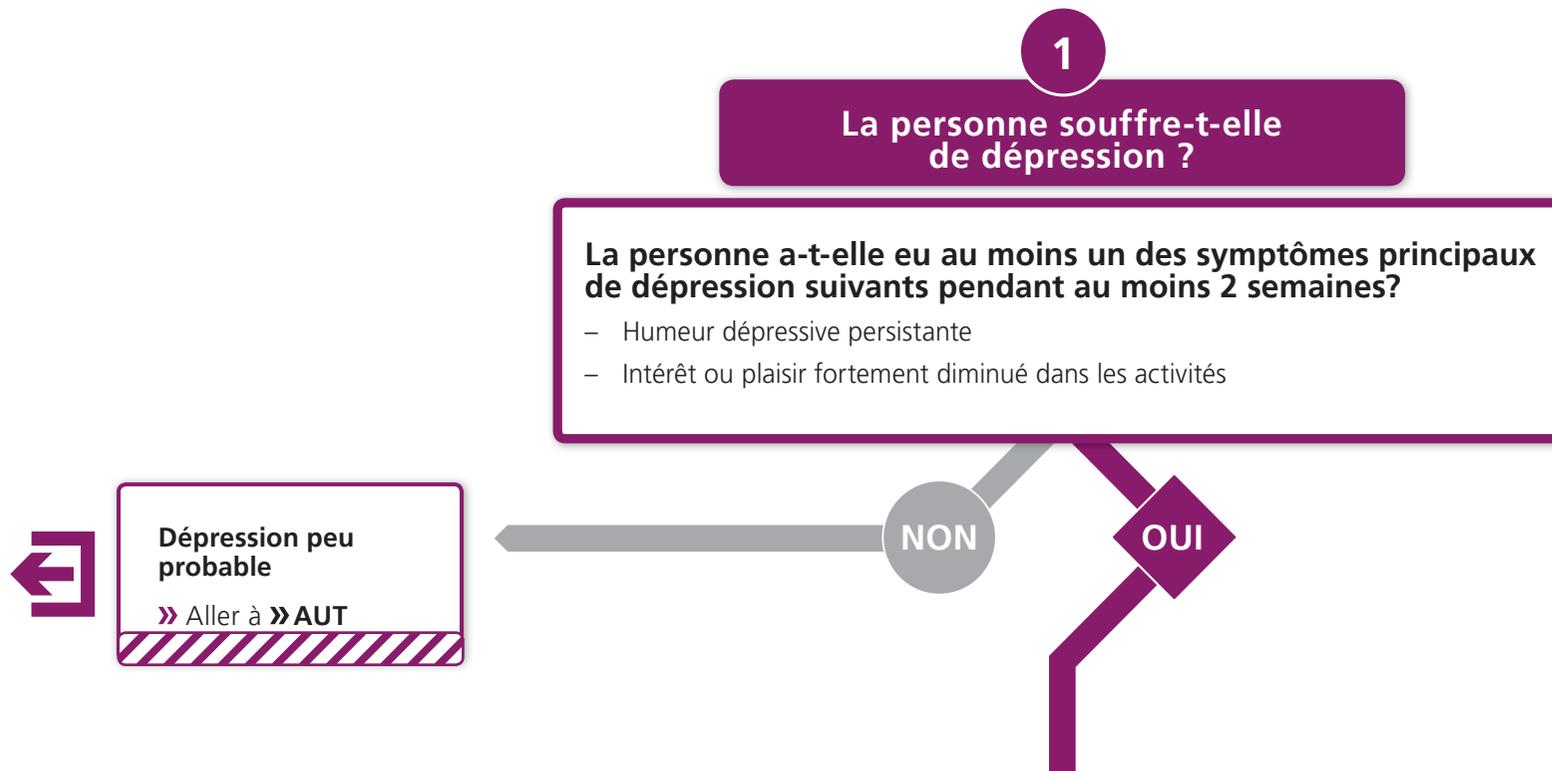
SUIVI



DEP 1 » Evaluation

MANIFESTATIONS COURANTES DE LA DÉPRESSION

- *Multiplés symptômes physiques persistants sans cause apparente*
- *Faible énergie, fatigue, problèmes de sommeil*
- *Tristesse ou humeur dépressive persistante, anxiété*
- *Perte d'intérêt ou de plaisir pour les activités habituellement agréables*



La personne présente-t-elle plusieurs des symptômes additionnels suivants depuis au moins 2 semaines:

- Sommeil perturbé ou dort trop
- Changement important de l'appétit ou du poids (augmentation ou diminution)
- Sentiment d'inutilité ou de culpabilité excessive
- Fatigue ou perte d'énergie
- Concentration réduite
- Indécision
- Agitation ou nervosité physique observable
- Parle ou bouge plus lentement que d'habitude
- Désespoir
- Pensées ou actes suicidaires

NON

OUI

Dépression peu probable

» Aller à »AUT

La personne rencontre-t-elle des difficultés importantes à fonctionner au quotidien dans sa vie personnelle, familiale, scolaire, professionnelle ou autre?

NON

OUI

Dépression peu probable

» Aller à »AUT

Envisager une DEPRESSION

CONSEILS CLINIQUES :

Une personne souffrant de dépression peut avoir des symptômes psychotiques tels que des délires ou des hallucinations. Si c'est le cas, il est nécessaire d'adapter le traitement. **CONSULTER UN SPECIALISTE.**



2

Y a-t-il d'autres explications possibles à ces symptômes?

EST-CE UN TROUBLE PHYSIQUE QUI RESSEMBLE A, OU EXACERBE, LA DEPRESSION?
Existe-t-il des signes ou symptômes qui suggèrent une anémie, une malnutrition, une hypothyroïdie, des changements d'humeur liés à l'utilisation de substances psychoactives et/ou des effets secondaires des médicaments (ex : changements d'humeur liés à la prise de stéroïdes) ?

» PRENDRE EN CHARGE LE TROUBLE PHYSIQUE

OUI

NON

Les symptômes dépressifs persistent-ils après le traitement ?

NON

OUI

Traitement non nécessaire.

EXISTE-T-IL UN ANTÉCÉDENT D'ÉPISODE MANIAQUE ?

Est-ce que plusieurs des symptômes suivants ont été présents simultanément, pendant au moins une semaine, et ont été tellement sévères qu'ils ont interféré de manière significative avec le travail et les activités sociales ou ont nécessité une hospitalisation libre ou sous contrainte ?

- Mauvaise humeur et/ou irritabilité
- Réduction du besoin de sommeil
- Augmentation de l'activité, sentiment d'énergie décuplée, parole abondante, accélérée, sans fin

- Comportements impulsifs ou imprudents tels que des dépenses excessives, prise de décisions importantes sans planification et désinhibition sexuelle
- Perte d'inhibitions sociales conduisant à des comportements inappropriés
- Personne facilement distraite
- Estime de soi démesurée de manière irréaliste

NON

OUI

Probable EPISODE DEPRESSIF DANS LE CADRE D'UN TROUBLE BIPOLAIRE



CONSEILS CLINIQUES :

Les personnes ayant un épisode dépressif dans le cadre d'un trouble bipolaire sont à risque d'épisodes maniaques. Le traitement est différent de celui de la dépression. **Appliquer le Protocole 2.**

» Aller à l'étape 3 puis au **PROTOCOLE 2**

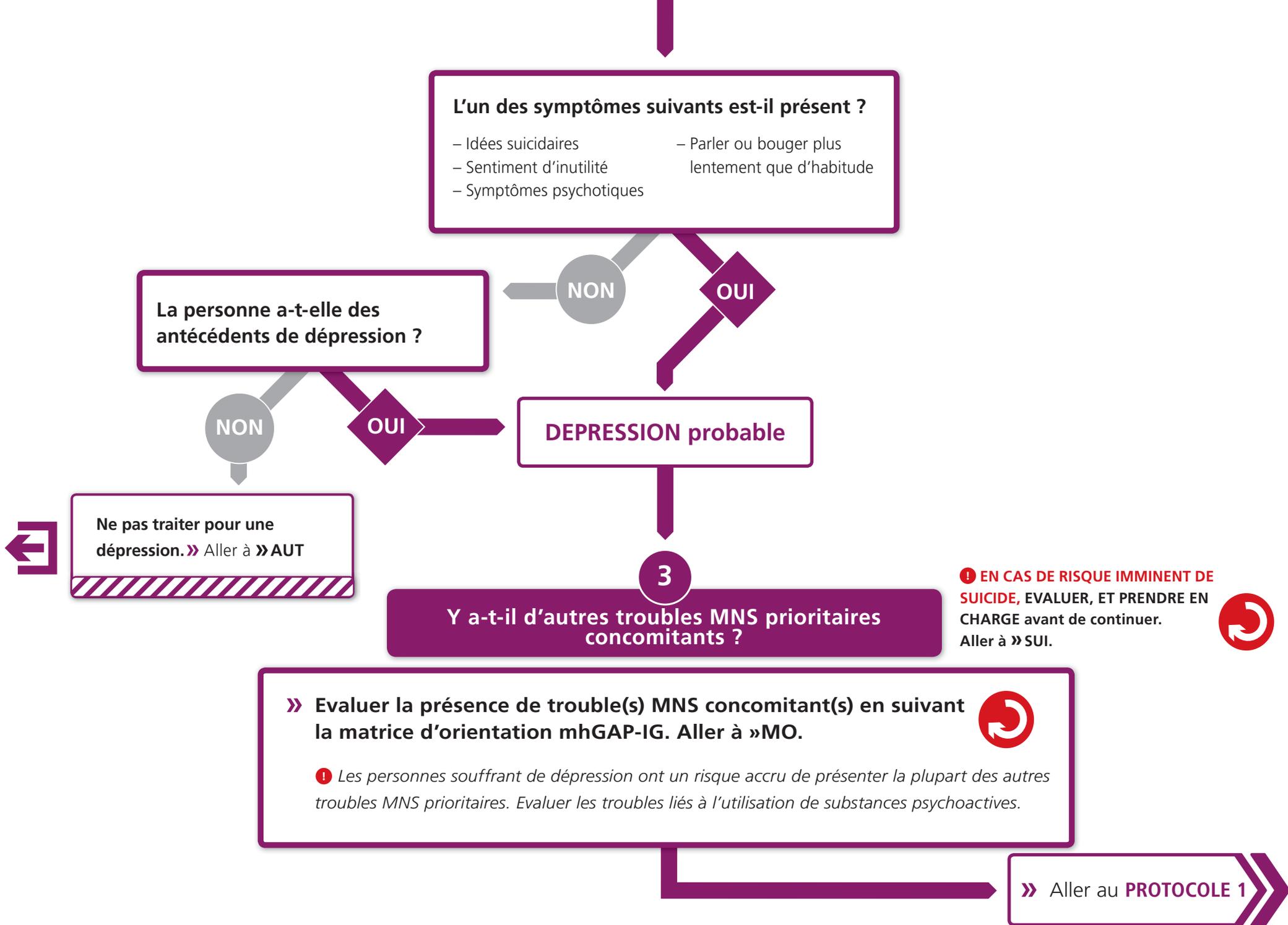
Y A-T-IL EU UNE PERTE MAJEURE (EX : DEUIL) AU COURS DES 6 DERNIERS MOIS ?

OUI

NON

DEPRESSION probable

» Aller à l'étape 3 puis au **PROTOCOLE 1**



DEP 2 » Prise en charge

PROTOCOLE

1

Dépression

- » Assurer la psychoéducation de la personne et de ses aidants. (2.1) 
- » Réduire le stress et renforcer le soutien social. (2.2)
- » Encourager la réalisation d'activités quotidiennes et la participation à la vie de la communauté. (2.3)
- » Envisager la prescription d'antidépresseurs. (2.5) 
- » Si disponible, envisager une orientation vers l'une des interventions psychologiques brèves suivantes: thérapie interpersonnelle (TIP), thérapie comportementale et cognitive (TCC), activation comportementale et techniques centrées sur la résolution de problèmes. (2.4)
- »  **NE PAS** prendre en charge les symptômes avec des traitements inefficaces, ex : injections de vitamines.
- » Prévoir un suivi régulier. 

PROTOCOLE

2

Dépression dans le cadre d'un Trouble Bipolaire

- » Consulter un spécialiste. 
- » Si un spécialiste n'est pas disponible tout de suite, suivre le traitement pour la dépression, (**PROTOCOLE 1**). Cependant, NE JAMAIS PRESCRIRE des antidépresseurs seuls sans stabilisateur de l'humeur tel que le lithium, la carbamazépine ou le valproate, car les antidépresseurs peuvent entraîner un épisode maniaque chez les personnes présentant un trouble bipolaire (Aller à **»PSY**).
- » Indiquer à la personne et à ses aidants que si les symptômes d'un épisode maniaque apparaissent, il faut immédiatement arrêter les antidépresseurs et consulter à nouveau.

Populations spécifiques

Veillez noter que les interventions peuvent être différentes pour ces personnes



ENFANT/ADOLESCENT

- » Pour la prise en charge de la dépression chez les enfants/adolescents, aller à **»SME**.



FEMMES ENCEINTES OU ALLAITANTES

- » Suivre le traitement pour la dépression (**PROTOCOLE 1**) mais EVITER si possible les antidépresseurs, surtout au cours du premier trimestre.
- » En l'absence de réponse au traitement psychologique, envisager avec précaution la prescription d'antidépresseurs à la dose minimale efficace.
- » En cas d'allaitement, éviter les médicaments à action prolongée comme la fluoxétine.
- » **CONSULTER UN SPECIALISTE**, si disponible. 

INTERVENTIONS PSYCHOSOCIALES

2.1 Psychoéducation : messages-clés pour les personnes et les aidants

- » La dépression est un trouble très fréquent qui peut arriver à n'importe qui.
- » L'apparition de la dépression ne signifie pas que la personne est faible ou paresseuse.
- » Les attitudes négatives d'autrui (ex : « il faut être plus fort », « il faut te ressaisir ») peuvent s'expliquer par le fait que la dépression n'est pas un trouble "visible", comme une fracture ou une plaie. C'est aussi une idée fausse de penser que les personnes qui présentent une dépression peuvent facilement contrôler leurs symptômes avec leur simple volonté.
- » Les personnes souffrant de dépression ont tendance à avoir une opinion exagérément négative d'elles-mêmes, de leur vie et de leur avenir. Leur situation peut être très difficile, d'autant plus que la dépression peut entraîner des pensées de désespoir et d'inutilité injustifiées. Ces idées devraient s'atténuer avec l'amélioration de la dépression.
- » Les **pensées auto-agressives ou suicidaires** sont fréquentes. Si la personne souffrant de dépression les observe, il faut insister sur le fait de ne pas passer à l'acte et avertir immédiatement une personne de confiance et revenir pour demander de l'aide.

2.2 Réduire le stress et renforcer le soutien social

- » Explorer et tenter de réduire les facteurs de stress. (Aller à » **BSP**)
- » Réactiver le réseau social de la personne. Identifier les activités passées qui, une fois reprises, pourraient apporter un soutien psychosocial direct ou indirect, ex : réunions de famille, visites de voisins et activités communautaires.

2.3 Encourager la réalisation d'activités quotidiennes et la participation à la vie de la communauté

- » Même si cela est difficile, encourager la personne à essayer de faire autant que possible les activités suivantes :
 - Essayer de recommencer (ou poursuivre) les activités qui étaient sources de plaisir auparavant.
 - Essayer de maintenir des heures régulières de coucher et de réveil.
 - Essayer d'être aussi physiquement actif que possible.
 - Essayer de manger régulièrement, malgré des changements d'appétit.

- Essayer de passer du temps avec des amis de confiance ou en famille.
- Essayer de participer le plus possible à des activités communautaires ou sociales.
- » Expliquer à la personne et à ses aidants que ces activités peuvent améliorer son humeur.

2.4 Interventions psychologiques brèves pour la dépression

- » Ce guide ne fournit pas de protocoles spécifiques pour la mise en œuvre des interventions psychologiques brèves. L'OMS, comme d'autres agences, a développé des manuels qui décrivent leur application pour la dépression. Par exemple : « Problem Management Plus » (http://www.who.int/mental_health/emergencies/problem_management_plus/en/), qui décrit l'utilisation de l'activation comportementale, la relaxation, les techniques de résolution de problèmes et le renforcement du soutien social. Par ailleurs, le manuel Group Interpersonal Therapy (IPT) for Depression décrit les traitements de groupe pour la dépression (http://www.who.int/mental_health/mhgap/interpersonal_therapy/en). Thinking Healthy, (http://www.who.int/mental_health/maternal-child/thinking_healthy/en), décrit l'utilisation de la thérapie comportementale et cognitive dans la dépression périnatale.

INTERVENTIONS PHARMACOLOGIQUES

2.5 Envisager la prescription d'antidépresseurs

- » Discuter avec la personne et décider ensemble de la nécessité de prescrire des antidépresseurs. Expliquer que :
 - Les antidépresseurs ne créent pas d'accoutumance.
 - Il est très important de prendre ces médicaments tous les jours, selon la prescription.
 - Certains effets secondaires peuvent être ressentis les premiers jours, mais disparaissent en général.
 - Il faut généralement compter plusieurs semaines avant d'observer une amélioration de l'humeur, un retour de l'intérêt ou un regain d'énergie.
- » Prendre en compte l'âge de la personne, les troubles médicaux concomitants et les effets secondaires du médicament.
- » Démarrer avec un seul médicament à la dose la plus faible.
- » En général, le traitement par antidépresseurs doit être poursuivi pendant au moins 9 à 12 mois après la disparition des symptômes.
- » Le traitement ne doit jamais être interrompu uniquement parce que la personne constate une amélioration. Il faut informer la personne sur la durée recommandée du traitement.

ATTENTION

- » Si la personne développe un épisode maniaque, arrêter immédiatement le traitement par antidépresseurs ; ce genre de traitement peut déclencher un épisode maniaque dans le cadre d'un trouble bipolaire non traité.
- » Ne pas associer d'autres antidépresseurs qui pourraient provoquer un syndrome sérotoninergique.
- » Les antidépresseurs peuvent augmenter les idées suicidaires, particulièrement chez les adolescents et jeunes adultes.

Les antidépresseurs dans des populations spécifiques

ADOLESCENTS DE 12 ANS ET PLUS

- » Si les symptômes persistent ou s'aggravent malgré les interventions psychosociales, envisager la fluoxétine (mais pas d'autres inhibiteurs sélectifs de la recapture de sérotonine (ISRS) ni d'antidépresseurs tricycliques (ATC))
- » Si la fluoxétine est prescrite, demander à l'adolescent de revenir chaque semaine, pendant 4 semaines, pour surveiller les pensées et projets suicidaires. 

FEMMES ENCEINTES OU ALLAITANTES

- » Si possible, éviter les antidépresseurs.
- » En l'absence de réponse aux interventions psychosociales, envisager les antidépresseurs à la dose minimale efficace.

- » Si la femme allaite, éviter les antidépresseurs à action prolongée comme la fluoxétine.

- » Consulter si possible un spécialiste. 

PERSONNES AGEES

- » Eviter si possible l'amitriptyline.

PERSONNES AYANT UNE MALADIE CARDIOVASCULAIRE

- »  NE PAS prescrire d'amitriptyline.

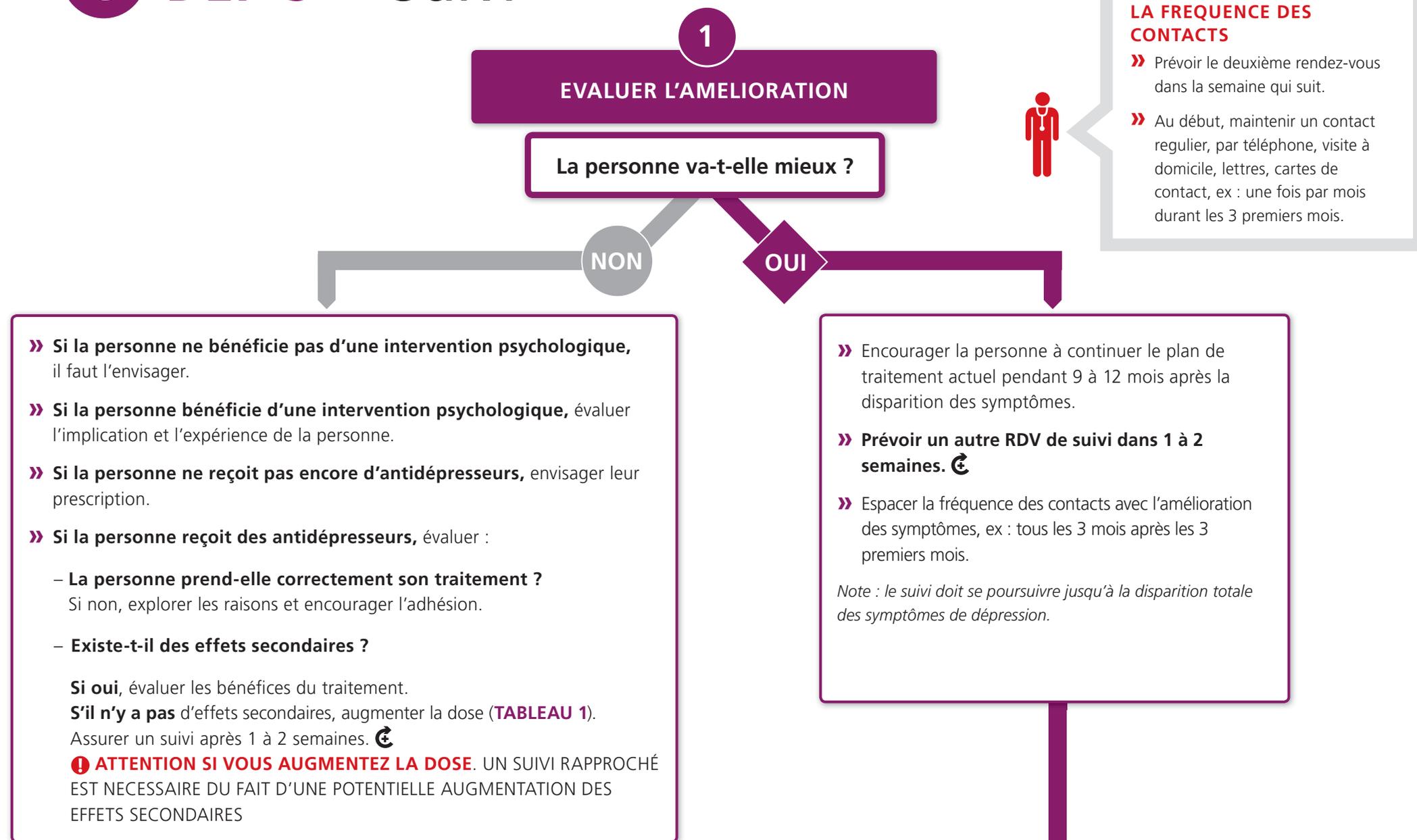
ADULTES AYANT DES IDEES OU PROJETS DE SUICIDE

- » Les ISRS sont le premier choix. Les surdoses d'ATC, notamment d'amitriptyline peuvent être fatales et sont donc à éviter dans ce groupe.
- » S'il y a un risque imminent de passage à l'acte auto-agressif ou suicidaire (aller à » SUI), délivrer une petite quantité d'antidépresseurs (ex : une semaine de traitement à la fois).
- » Demander aux aidants de garder avec eux, de surveiller et de suivre de près la prise des médicaments pour empêcher les surdoses.

TABLEAU 1: LES ANTIDÉPRESSEURS

MEDICAMENT	DOSAGE	EFFETS SECONDAIRES	CONTRE-INDICATIONS / PRECAUTIONS
AMITRIPTYLINE (antidépresseur tricyclique – (ATC))	<p>Démarrer par 25 mg au coucher. Augmenter de 25-50 mg par semaine jusqu'à 100-150 mg par jour (maximum 300 mg). Note : la dose minimale efficace chez les adultes est de 75 mg. Une sédation peut être observée à des doses plus faibles. Personnes âgées/malades : démarrer par 25 mg au coucher jusqu'à 50-75 mg par jour (maximum 100 mg).</p> <p> Enfants/Adolescents: Ne pas utiliser.</p>	<p>Fréquents: Sédation, hypotension orthostatique (risque de chute), vision trouble, difficulté à uriner, nausées, gain de poids et dysfonction sexuelle.</p> <p>Graves: modifications ECG (ex : QTc prolongé), arythmie cardiaque, risque accru de convulsions.</p>	<p>A éviter chez les personnes ayant une maladie cardiaque, antécédents de convulsions, hyperthyroïdie, rétention urinaire, glaucome aigu par fermeture de l'angle et trouble bipolaire (peut provoquer un épisode maniaque chez les personnes présentant un trouble bipolaire non traité).</p> <p>Une surdose peut entraîner des convulsions, une arythmie cardiaque, l'hypotension, le coma ou la mort.</p> <p>Les niveaux d'amitriptyline peuvent être augmentés par la prise d'antipaludéens, dont la quinine.</p>
FLUOXETINE (inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine – (ISRS))	<p>Démarrer par 10 mg par jour pendant une semaine puis 20 mg par jour. En l'absence de réponse après 6 semaines, augmenter à 40 mg (maximum 80 mg).</p> <p>Personnes âgées/malades : choix de préférence. Démarrer par 10 mg par jour, puis augmenter à 20 mg (maximum 40 mg).</p> <p> Adolescents Démarrer par 10 mg par jour. En l'absence de réponse après 6 semaines, augmenter à 20 mg par jour (maximum 40 mg).</p>	<p>Fréquents : Sédation, insomnie, céphalées, vertiges, perturbations gastro-intestinales, changements d'appétit et dysfonction sexuelle.</p> <p>Graves : saignements anormaux chez les personnes qui utilisent l'aspirine ou d'autres anti-inflammatoires non-stéroïdiens, hyponatrémie.</p>	<p>Prudence chez les personnes avec un antécédent de convulsions.</p> <p>Interactions médicamenteuses : Évitez les associations avec la warfarine (peut augmenter le risque de saignements). Cela peut augmenter les concentrations d'ATC, des antipsychotiques et des bêtabloquants.</p> <p>Prudence pour les associations avec le tamoxifène, la codéïne et le tramadol (réduction de leurs effets).</p>

DEP 3 » Suivi



Existe-t-il des symptômes d'un épisode maniaque ?

OUI

NON

- » Arrêter les antidépresseurs.
- » Traiter l'épisode maniaque et consulter un spécialiste.  Aller à » PSY.

2
SURVEILLER LE TRAITEMENT

A chaque contact :

- » Assurer une psychoéducation, réduire le stress et renforcer le soutien social, encourager la réalisation d'activités quotidiennes et la participation à la vie de la communauté et, si besoin, revoir le traitement antidépresseur et les interventions psychologiques.
- » La personne présente-t-elle de nouveaux symptômes inquiétants? Reconsidérer les troubles MNS et somatiques/physiques concomitants.
- » La personne est-elle une femme en âge de procréer et envisage-t-elle une grossesse ? Si oui, CONSULTER UN SPECIALISTE. 
- ❗ Evaluer le RISQUE IMMINENT DE SUICIDE (Aller à » SUI).

3

REVOIR LE TRAITEMENT SELON LES BESOINS

La personne est-elle sans symptômes depuis 9 à 12 mois ?

NON

OUI

- » Poursuivre le traitement jusqu'à 9 à 12 mois après la disparition des symptômes

- » Discuter avec la personne des risques et bénéfices d'un arrêt du traitement.
- » Diminuer la dose de médicaments progressivement sur au moins 4 semaines. Surveiller le retour des symptômes.

PSYCHOSES

Le module psychoses traite de la prise en charge de deux troubles mentaux graves, la psychose et le trouble bipolaire. Les personnes souffrant de troubles psychotiques ou bipolaires sont exposées à un risque important de stigmatisation, de discrimination et de violation de leur droit à vivre dignement.

La psychose est caractérisée par des distorsions de la pensée et des perceptions ainsi que par des perturbations des émotions et des comportements. Le discours peut être incohérent ou hors-sujet. On observe aussi des symptômes comme des hallucinations (entendre des voix ou voir des choses qui ne sont pas réelles), des délires (croyances erronées et inébranlables), des anormalités sévères du comportement (comportement désorganisé, agitation, excitation, inactivité ou hyperactivité), des perturbations émotionnelles (apathie

prononcée, décalage entre l'émotion rapportée et l'affect observé, par exemple un décalage entre l'expression du visage et le langage corporel).

Le trouble bipolaire est caractérisé par la survenue d'épisodes au cours desquels l'humeur de la personne et son niveau d'activité sont considérablement perturbés. Cela se traduit à certains moments par un changement d'humeur, accompagné par une augmentation de l'énergie et de l'activité (phase maniaque). A l'inverse, dans d'autres cas, cela se traduit par une baisse de moral avec une diminution d'énergie et d'activité (épisode dépressif). Typiquement, le rétablissement est complet entre les épisodes. Les personnes qui présentent uniquement des épisodes maniaques sont également diagnostiquées comme ayant un trouble bipolaire.

PSY » Aperçu rapide



EVALUATION

- » Explorer les autres pistes possibles pouvant expliquer des symptômes
 - RECHERCHER D'AUTRES TROUBLES PHYSIQUES
Ex : éliminer un syndrome confusionnel, des troubles liés à la prise de médicaments et des troubles métaboliques
 - RECHERCHER D'AUTRES TROUBLES MNS POSSIBLES
- » Evaluer la présence d'un épisode maniaque aigu
- » Déterminer si la personne présente une psychose



PRISE EN CHARGE

- » Protocoles de prise en charge
 1. Trouble bipolaire – épisode maniaque
 2. Psychose
 3. Populations spécifiques : femmes enceintes ou allaitantes, adolescents, personnes âgées
- »  Interventions psychosociales
- »  Interventions pharmacologiques
 1. Psychose : administration initiale d'antipsychotiques
 2. Episode maniaque : administration initiale d'un stabilisateur de l'humeur ou d'un antipsychotique; éviter les antidépresseurs



SUIVI



PSY 1 » Evaluation

MANIFESTATIONS COURANTES DES PSYCHOSES

- *Changements marqués du comportement, avec une négligence des responsabilités habituelles liées au travail, à l'école, aux activités domestiques ou sociales.*
- *Agitation, comportement agressif, augmentation ou diminution de l'activité.*
- *Croyances erronées inébranlables, non partagées par d'autres dans la culture de l'individu.*
- *Entend des voix ou voit des choses qui ne sont pas réelles.*
- *Absence de prise de conscience de présenter des troubles mentaux.*

1

Y a-t-il d'autres pistes possibles pouvant expliquer les symptômes ?

» RECHERCHER D'AUTRES TROUBLES PHYSIQUES

Dans les antécédents, à l'examen clinique ou par les analyses de laboratoire, existe-t-il des signes et symptômes suggérant un **syndrome confusionnel** causé par un trouble somatique/physique, ex : infection, paludisme cérébral, déshydratation, anomalies métaboliques (telles qu'hypoglycémie ou hyponatrémie) ; ou **effets secondaires des médicaments**, notamment dus à la prise d'antipaludéens ou de stéroïdes ?

OUI

NON

» **Evaluer et prendre** en charge le trouble physique important **et orienter vers les urgences ou un spécialiste si besoin.**

» Si les symptômes persistent après la prise en charge, aller à **L'ÉTAPE 2**

» RECHERCHER UNE DEMENCE, UNE DEPRESSION, UNE INTOXICATION OU UN SEVRAGE A L'ALCOOL OU A LA DROGUE.

PRISE EN CHARGE D'UNE FORTE AGITATION ET/OU DE L'AGRESSIVITÉ

Si la personne est très agitée ou très agressive:

» Avant de poursuivre, aller à "Prise en charge des personnes ayant un comportement agité et/ou agressif" (**Tableau 5**) de ce module.

» Envisager une consultation avec un spécialiste pour la prise en charge de troubles concomitants. 

» Prendre en charge les troubles concomitants. Aller aux modules appropriés.



2

La personne a-t-elle un épisode maniaque aigu ?

Est-ce que plusieurs des symptômes suivants ont été présents simultanément, pendant au moins une semaine, et sont tellement sévères qu'ils ont interféré de manière significative avec le travail et les activités sociales ou ont nécessité une hospitalisation libre ou sous contrainte ?

- Mauvaise humeur et/ou irritabilité
- Réduction du besoin de sommeil
- Augmentation de l'activité, sensation d'énergie accrue, volubilité accrue, ou expression rapide
- Comportements impulsifs ou imprudents tels que dépenses excessives, prise de décisions importantes sans planification
- Perte des inhibitions sociales, conduisant notamment à des prises de risque/indiscrétions sur le plan sexuel
- Se laisser distraire facilement
- Estime de soi irréaliste



Envisager TROUBLE BIPOLAIRE, Épisode Maniaque



CONSEILS CLINIQUES Les personnes avec un trouble bipolaire peuvent avoir uniquement des épisodes maniaques, ou une alternance d'épisodes maniaques et dépressifs au cours de leur vie.

» Pour apprendre à prendre en charge un épisode dépressif survenant dans le cadre d'un trouble bipolaire, aller à » **DEP.**

! EN CAS DE RISQUE IMMINENT DE SUICIDE, EVALUER ET PRENDRE EN CHARGE avant de poursuivre.  Aller à » **SUI.**

» Aller au **PROTOCOLE 1**

3

La personne présente-t-elle une psychose?

La personne présente-t-elle au moins deux des manifestations suivantes :

- Délires, croyances erronées inébranlables et non partagées par d'autres dans la culture de l'individu
- Hallucinations, entend des voix ou voit des choses qui ne sont pas réelles
- Discours et/ou comportement désorganisé, ex : discours incohérent/hors-sujet, soliloques, rires sans justification, apparence étrange, signes de laisser-aller ou d'apparence négligée

NON

OUI

» Envisager une consultation avec un spécialiste pour considérer les autres causes possibles des psychoses. 

Envisager la PSYCHOSE

» Aller au **PROTOCOLE 2**

! EN CAS DE RISQUE IMMINENT DE SUICIDE, EVALUER ET PRENDRE EN CHARGE avant de poursuivre. Allez à » SUI.





PSY 2 » Prise en charge

PROTOCOLE

1

Episode Maniaque dans le cadre d'un Trouble Bipolaire

- » Assurer la **psychoéducation** de la personne et de ses aidants.  (2.1)
- » **Intervention pharmacologique.** (2.6) 
 - ! **Si la personne prend des antidépresseurs – les ARRETER** afin d'éviter l'aggravation du risque d'épisode maniaque.
 - **Démarrer le traitement** avec le lithium, le valproate, la carbamazépine ou avec des antipsychotiques. Envisager les benzodiazépines sur une courte durée (2 à 3 semaines maximum) pour les troubles du comportement ou l'agitation.
- » Encourager la réalisation d'activités quotidiennes. (2.3)
- » S'assurer de la sécurité de la personne et de l'entourage.
- » Assurer un suivi régulier. 
- » Favoriser la réintégration dans la communauté.
- » Réduire le stress et renforcer le soutien social. (2.2)

PROTOCOLE

2

Psychose

- » Assurer la **psychoéducation** de la personne et de ses aidants.  (2.1)
- » **Démarrer un traitement antipsychotique.** (2.5) 
 - Démarrer à une posologie faible dans la fourchette thérapeutique, puis augmenter graduellement pour atteindre la dose minimale efficace afin de limiter le risque d'effets secondaires.
- » Encourager la réalisation d'activités quotidiennes. (2.3)
- » S'assurer de la sécurité de la personne et de l'entourage.
- » Assurer un suivi régulier. 
- » Favoriser la réintégration dans la communauté.
- » Réduire le stress et renforcer le soutien social. (2.2)

Populations spécifiques

Noter que les interventions pour les PSYCHOSES peuvent être différentes pour ces populations



FEMMES ENCEINTES OU ALLAITANTES

- » Se mettre en lien avec un spécialiste de la santé maternelle pour organiser les soins.
- » Envisager une consultation avec un spécialiste en santé mentale si disponible.
- » Expliquer les risques de conséquences néfastes pour la mère et l'enfant, y compris des complications obstétriques et des rechutes psychotiques, en particulier en cas d'arrêt des médicaments.
- » Envisager une intervention pharmacologique si appropriée et si disponible. Voir ci-dessous.

Interventions Pharmacologiques

PSYCHOSE

- » Chez les femmes souffrant de psychoses qui envisagent une grossesse, qui sont enceintes ou qui allaitent, de faibles doses d'halopéridol ou de chlorpromazine peuvent être envisagées.
- » **NE PAS** prescrire d'anticholinergiques aux femmes enceintes en raison des effets secondaires extra-pyramidaux liés aux médicaments antipsychotiques, sauf en cas d'utilisation de courte durée.
- » Les antipsychotiques à action prolongée ne devraient pas être prescrits de manière routinière à des femmes envisageant une grossesse, enceintes ou allaitantes en raison du manque d'information quant à leur danger dans cette population.

EPISODE MANIAQUE DANS LE CADRE D'UN TROUBLE BIPOLAIRE

- » **EVITER** le **VALPROATE**, le **LITHIUM** et la **CARBAMAZEPINE** pendant la grossesse et l'allaitement en raison du risque de malformations congénitales.
- » Envisager avec prudence de faibles doses d'**halopéridol** en concertation avec un spécialiste, si disponible.
- » Evaluer le rapport risque-bénéfice des médicaments chez les femmes en âge de procréer.
- » Si une femme enceinte présente un épisode maniaque aigu sous stabilisateurs de l'humeur, envisager de passer à une faible dose d'halopéridol.



ADOLESCENTS

- » Envisager une consultation avec un spécialiste en santé mentale.
- » Chez les adolescents présentant une psychose ou un trouble bipolaire, la **rispéridone** peut être envisagée mais uniquement sous la supervision d'un spécialiste.
- » Si un traitement à la rispéridone n'est pas possible, envisager l'**halopéridol** ou la **chlorpromazine** mais uniquement sous la supervision d'un spécialiste



PERSONNES AGEES

- » Utiliser un dosage **plus faible** de médicaments.
- » Anticiper le risque accru d'interactions médicamenteuses.
- » **ATTENTION**
Les antipsychotiques impliquent un risque accru d'accidents neuro-vasculaires et de décès chez les personnes âgées atteintes de psychose en lien avec une démence.

INTERVENTIONS PSYCHOSOCIALES

2.1 La psychoéducation

Messages-clés pour les personnes et les aidants :

- » Expliquer que les symptômes résultent d'un trouble mental, que les troubles psychotiques et bipolaires peuvent être traités et que la personne peut se rétablir. Clarifier les idées reçues les plus courantes sur la psychose et le trouble bipolaire.
- »  Ne pas accuser la personne ou sa famille et ne pas les rendre responsables d'être à l'origine des symptômes.
- » Expliquer à la personne et sa famille qu'elle a besoin de prendre les médicaments prescrits et doit revenir régulièrement pour un suivi.
- » Expliquer qu'un retour ou une aggravation des symptômes sont fréquents et qu'il est important de les repérer rapidement afin de se rendre au centre de soins dès que possible.
- » Planifier un emploi du temps régulier au travail ou à l'école afin **d'éviter le manque de sommeil et le stress** pour la personne comme pour les aidants. Encourager la personne à solliciter des conseils pour les décisions importantes, surtout concernant l'argent ou des engagements majeurs.

CONSEILS CLINIQUES

Construisez une vraie relation avec la personne.

La confiance mutuelle entre la personne et le soignant est essentielle pour assurer l'adhésion au traitement et un résultat favorable sur le long terme.



- » Conseiller à la personne **d'éviter l'alcool, le cannabis et d'autres médicaments non prescrits** car ils peuvent aggraver les symptômes psychotiques ou bipolaires.
- » Conseiller à la personne de maintenir un style de vie sain, par exemple : alimentation équilibrée, activité physique, sommeil régulier, bonne hygiène personnelle et évitement des sources de stress. Le stress peut aggraver les symptômes psychotiques. *Note : les nouvelles habitudes de vie doivent être poursuivies aussi longtemps que nécessaire, sans doute indéfiniment. Il faut penser et mettre en place ces changements dans une perspective de long terme.*

2.2 Réduire le stress et renforcer le soutien social

- » Collaborer avec les services de santé et sociaux existants pour satisfaire les besoins physiques, sociaux et de santé mentale de la famille.
- » Identifier les activités antérieures de la personne qui, une fois réactivées, pourraient apporter un soutien psychologique et social direct ou indirect, par exemple : réunions de famille, sorties avec des amis, visites de voisins, activités sociales sur le lieu de travail, activités sportives et activités communautaires.
- » Encourager la personne et les aidants à améliorer les réseaux de soutien sociaux.

CONSEILS CLINIQUES

S'assurer que la personne présentant une psychose est traitée avec respect et dignité. Pour plus de détails aller à **» ECP**.



2.3 Encourager la réalisation d'activités quotidiennes

- » Poursuivre autant que possible les activités sociales, éducatives et professionnelles. Il est préférable pour la personne qu'elle ait un emploi ou une autre activité qui a du sens pour elle.
- » Faciliter l'intégration dans des activités économiques, y compris dans un emploi aidé qui soit culturellement adapté.
- » Offrir une formation aux compétences de vie et/ou aux compétences sociales pour favoriser l'indépendance des personnes souffrant de troubles psychotiques ou bipolaires, ainsi que pour leurs aidants et/ou famille.
- » Favoriser, si disponible et nécessaire, l'accès à un cadre de vie indépendant/logement social ou protégé, culturellement et contextuellement adapté.

2.4 Conseils pour les aidants

- »  N'essayez pas de convaincre la personne que ses croyances ou expériences sont fausses ou irréelles. Essayez de rester neutre et d'apporter un soutien, même lorsque la personne a des comportements bizarres.
- »  Evitez d'exprimer des critiques ou une hostilité systématique envers la personne souffrant de psychose.
- » Laissez à la personne sa liberté de mouvement. Evitez de la contraindre, tout en vous assurant que sa sécurité et celle des autres est garantie.
- » En général, il est préférable pour la personne de vivre avec sa famille ou les membres de sa communauté dans un environnement apportant un soutien en dehors d'un cadre hospitalier. Les hospitalisations à long terme devraient être évitées.

INTERVENTIONS PHARMACOLOGIQUES

! **POUR LES POPULATIONS SPECIFIQUES**, (femmes enceintes ou allaitantes, enfants/adolescents et personnes âgées) : voir les recommandations détaillées.

2.5 Psychose

- » Des antipsychotiques devraient être prescrits régulièrement à une personne présentant une psychose.
- » **Démarrer immédiatement le traitement antipsychotique.** Voir **Tableau 1**.
- » Prescrire un seul antipsychotique à la fois.
- » Démarrez à la posologie la plus faible et augmenter progressivement la dose pour limiter le risque d'effets secondaires.
- » Poursuivre le traitement **à une dose habituellement efficace pendant au moins 4 à 6 semaines** avant de conclure à son inefficacité.
- » Effectuer un suivi aussi rapproché que possible à cette dose pendant au moins 4 à 6 semaines. S'il n'y a pas d'amélioration, voir **Suivi** et **Tableau 4**. 

! ATTENTION!

» Effets secondaires à surveiller :

- **Effets secondaires extrapyramidaux** : akathisie, réactions dystoniques aiguës, tremblements, mouvements saccadés, rigidité musculaire et dyskinésie tardive. Prescrire un traitement anticholinergique s'il est indiqué et disponible (voir **Tableau 2**).
- **Changements métaboliques** : prise de poids, tension artérielle élevée, taux de glycémie et de cholestérol élevés.
- **Changements à l'ECG (intervalle QT allongé)** : pratiquer un suivi ECG si possible.
- **Syndrome malin des neuroleptiques (SMN)** : un trouble rare, potentiellement fatal caractérisé par une rigidité musculaire, de la fièvre, et une tension artérielle élevée.

- » Si possible, surveiller le poids, la tension artérielle, la glycémie à jeun, le cholestérol et l'ECG pour les personnes sous antipsychotiques (voir ci-dessous).

2.6 Episode maniaque dans le cadre d'un trouble bipolaire

Si le patient est sous antidépresseurs :

- » **ARRETER LES ANTIDEPRESSEURS** pour éviter le risque d'épisode maniaque.
- » **Démarrer un traitement au lithium, au valproate, à la carbamazépine ou aux antipsychotiques** (voir **Tableau 3**).

Lithium: envisager le lithium en traitement de première intention du trouble bipolaire uniquement si l'on dispose des moyens d'un suivi clinique et de laboratoire ; le prescrire uniquement sous la supervision d'un spécialiste. Eviter le lithium et envisager le valproate ou la carbamazépine dans le cas où les examens de laboratoire ne sont pas disponibles ou faisables. Une mauvaise adhésion ou un arrêt brutal du lithium peut augmenter le risque de rechute. Ne pas prescrire de lithium si son approvisionnement risque d'être fréquemment interrompu. Pratiquer des analyses des fonctions rénale et thyroïdienne, numération sanguine, ECG et test de grossesse avant le début du traitement si possible.

Valproate et carbamazépine : envisager ces médicaments dans le cas où ni un suivi clinique ou de laboratoire ni un spécialiste ne sont disponibles pour surveiller la prescription de lithium.

Halopéridol et rispéridone : envisager l'halopéridol ou la rispéridone seulement en l'absence d'analyses de laboratoire

pour surveiller un traitement au lithium ou au valproate. La rispéridone peut être utilisée en remplacement de l'halopéridol chez des sujets souffrant d'un trouble bipolaire, si l'approvisionnement peut être assuré et si le coût ne constitue pas une contrainte.

! ATTENTION

 Pour les femmes enceintes ou allaitantes, éviter le valproate, le lithium et la carbamazépine. Il est recommandé d'utiliser prudemment **l'halopéridol et de manière faiblement dosé** sous contrôle d'un spécialiste, si disponible.

» Envisager un traitement court (2 à 4 semaines maximum) de benzodiazépines pour des troubles du comportement ou agitation :

- Les personnes présentant un épisode maniaque avec agitation peuvent bénéficier d'un traitement benzodiazépine de courte durée (2 à 4 semaines maximum) tel que le diazépam.
- Les benzodiazépines doivent être arrêtés progressivement dès que les symptômes s'améliorent puisqu'une accoutumance peut apparaître.

» Poursuivre le traitement d'entretien pendant au moins 2 ans à la suite d'un épisode bipolaire.

- Le lithium ou le valproate peuvent être utilisés en traitement d'entretien pour le trouble bipolaire. *Si un traitement avec l'une de ces molécules n'est pas envisageable, on peut utiliser l'halopéridol, la chlorpromazine ou la carbamazépine. Le traitement d'entretien dans le cadre des soins primaires nécessite la supervision d'un spécialiste.*

TABLEAU 1: Les antipsychotiques

MEDICAMENT	POSOLOGIE	EFFETS SECONDAIRES	CONTRE-INDICATIONS / PRECAUTIONS
HALOPERIDOL	Démarrer à 1.5 à 3 mg par jour. Augmenter selon les besoins (maximum 20 mg par jour). Administration : orale (p.o.) ou intramusculaire (i.m.).	Fréquents : sédation, vertiges, vision trouble, bouche sèche, rétention urinaire, constipation. Graves : hypotension orthostatique, effets secondaires extrapyramidaux, changements ECG (intervalle QT prolongé), prise de poids, galactorrhée, aménorrhée, syndrome malin des neuroleptiques (SMN).	Prudence chez les patients ayant : maladie rénale ou hépatique, maladie cardiaque, syndrome QT long, ou sous traitement pouvant allonger le QT. Suivi ECG si possible.
RISPERIDONE	Démarrer à 1 mg par jour. Augmenter > 2 à 6 mg par jour (maximum 10 mg). Administration : p.o.	Fréquents : sédation, vertiges, tachycardie. Graves : hypotension orthostatique, effets métaboliques (élévation des taux de lipides, résistance à l'insuline, prise de poids), effets secondaires extrapyramidaux, taux de prolactine élevé, dysfonction sexuelle, SMN.	Prudence chez les patients ayant une maladie cardiaque. Interactions médicamenteuses : la carbamazépine peut diminuer la concentration de rispéridone, alors que la fluoxétine peut l'augmenter.
CHLORPROMAZINE	Démarrer à 25 à 50 mg par jour Augmenter à 75 à 300 mg par jour (jusqu'à 1000 mg peuvent être nécessaires dans les cas graves). Administration : p.o.	Fréquents : sédation, vertiges, vision trouble, bouche sèche, rétention urinaire, constipation, tachycardie. Graves : hypotension orthostatique, syncope, effets secondaires extrapyramidaux, photosensibilité, prise de poids, galactorrhée, aménorrhée, dysfonction sexuelle, priapisme, SMN, agranulocytose, jaunisse.	Contre-indications : conscience altérée, myélotoxicité, phéochromocytome. Prudence chez les patients ayant : maladie respiratoire, rénale ou hépatique, glaucome, rétention urinaire, maladie cardiaque, syndrome QT long ou sous traitement allongeant le QT. Suivi ECG si possible. Interactions médicamenteuses : – Augmente l'effet des hypotenseurs. – Abaisse la tension artérielle si associée à l'épinéphrine. – Concentration sanguine peut être augmentée par les antipaludéens dont la quinine.
FLUPHENAZINE Retard/action prolongée	Démarrer à 12.5 mg. Utiliser 12.5 à 50 mg toutes les 2 à 4 semaines. Administration : i.m. dans la région glutéale.  Eviter chez les femmes enceintes ou allaitantes.  Ne pas utiliser chez les enfants/adolescents.	Fréquents : sédation, vertiges, vision trouble, bouche sèche, rétention urinaire, constipation, tachycardie. Graves : hypotension orthostatique, syncope, effets secondaires extrapyramidaux, photosensibilité, prise de poids, galactorrhée, aménorrhée, dysfonction sexuelle, priapisme, SMN, agranulocytose, jaunisse.	Contre-indications : conscience altérée, parkinsonisme. Prudence chez les patients ayant : maladie cardiaque, rénale, hépatique. A utiliser avec précaution chez les personnes âgées. Interactions médicamenteuses : – Augmente l'effet des hypotenseurs. – Abaisse la tension artérielle si associée à l'épinéphrine.

TABLEAU 2 : LES ANTICHOLINERGIQUES

(pour le traitement des effets secondaires extrapyramidaux)  **Eviter si possible chez les femmes enceintes ou allaitantes.**

MEDICAMENT	POSOLOGIE	EFFETS SECONDAIRES	CONTRE-INDICATIONS / PRECAUTIONS
BIPERIDEN	Démarrer à 1 mg 2 fois par jour. Augmenter à 3 à 12 mg par jour. Administration : p.o ou intraveineuse (i.v.).	Fréquents : sédation, confusion et troubles de la mémoire (surtout chez les personnes âgées), tachycardie, bouche sèche, rétention urinaire et constipation.	Prudence chez les patients avec : une maladie cardiaque, rénale ou hépatique.
TRIHÉXYPHENIDYL (Benzhexol)	Démarrer à 1 mg /jour. Augmenter à 4 à 12 mg /jour en 3 à 4 prises (maximum 20 mg /jour). Administration : p.o	Rares : glaucome à angle fermé, myasthénie grave et occlusion gastro-intestinale.	Interactions médicamenteuses : prudence lors des associations avec d'autres anticholinergiques.

TABLEAU 3 : STABILISATEURS DE L'HUMEUR

 **Eviter si possible chez les femmes enceintes et allaitantes.**

MEDICAMENT	POSOLOGIE	EFFETS SECONDAIRES	CONTRE-INDICATIONS / PRECAUTIONS
LITHIUM ! Utiliser seulement si un suivi clinique et un suivi de laboratoire sont disponibles	Démarrer à 300 mg par jour. Augmenter progressivement tous les 7 jours jusqu'à ce que le taux sanguin souhaité soit atteint (maximum 600 à 1200 mg par jour). Contrôler tous les 2 à 3 mois. Administration : p.o Taux sanguin cible : 0.6 à 1.0 mEq/litre – épisode maniaque aigu : 0.8 à 1.0 mEq/litre – traitement d'entretien : 0.6 à 0.8 mEq/litre. <i>Il faut 6 mois de traitement pour déterminer l'efficacité du traitement d'entretien.</i>	Fréquents : sédation, problèmes cognitifs, tremblements, coordination altérée, hypotension, leucocytose, polyurie, polydipsie, nausée, diarrhée, prise de poids, chute des cheveux, éruptions. Graves : diabète insipide, hypothyroïdie, modifications de l'ECG (arythmie, syndrome tachycardie-bradycardie, modifications de l'onde-T).	Contre-indiqué chez les patients avec : maladie cardiaque ou rénale sévère. La déshydratation peut augmenter les niveaux de lithium. Interactions médicamenteuses : les anti-inflammatoires non-stéroïdiens (AINS), les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IEC), les thiazides, le métronidazole, et la tétracycline peuvent augmenter les concentrations de lithium. L'intoxication au lithium peut provoquer convulsions, délires, un coma et le décès.
SODIUM VALPROATE	Démarrer à 500 mg par jour. Augmenter progressivement à 1000-2000 mg par jour (maximum 60 mg/kg/jour). Administration : p.o  A préférer chez les personnes vivant avec le VIH/ SIDA en raison des interactions médicamenteuses.	Fréquents : sédation, céphalées, tremblements, ataxie, nausée, vomissements, diarrhée, prise de poids, alopecie transitoire. Graves : fonction hépatique altérée, thrombocytopénie, leucopénie, somnolence/confusion, défaillance hépatique, pancréatite hémorragique.	Prudence chez les patients avec : maladie hépatique sous-jacente ou suspectée. Contrôler la fonction hépatique et le taux de plaquettes si possible. Interactions médicamenteuses : la concentration de valproate est abaissée par la carbamazépine et augmentée par l'aspirine.
CARBAMAZÉPINE	Démarrer à 200 mg par jour. Augmenter de 200 mg par semaine jusqu'à 400 à 600 mg par jour en deux prises (maximum 1200 mg par jour). Administration : p.o Note : il peut être nécessaire d'ajuster la dose après 2 semaines en raison de la production de son propre métabolisme.	Fréquents : sédation, confusion, vertiges, ataxie, vision double, nausée, diarrhée, leucopénie bénigne. Graves : hépato-toxicité, trouble de la conduction cardiaque, taux de sodium abaissé, éruptions sévères.	Contre-indiqué chez les patients ayant des antécédents de : anomalies sanguines, maladie rénale, hépatique ou cardiaque. Interactions médicamenteuses : – Peut réduire les effets des contraceptifs hormonaux, des immunosuppresseurs, des antiépileptiques, des antipsychotiques, de la méthadone et de certains antirétroviraux. – Les concentrations peuvent être augmentées par certains antifongiques et antibiotiques.

TABLEAU 4 : Evaluer l'adhésion au traitement, les effets secondaires et la posologie du traitement selon la situation/présentation clinique

SITUATION CLINIQUE	ACTION
La personne ne tolère pas le traitement antipsychotique, c'est-à-dire qu'elle présente des effets secondaires extrapyramidaux ou d'autres effets secondaires sévères	<ul style="list-style-type: none"> » Réduire la dose d'antipsychotiques. » Si les effets secondaires persistent, envisager de remplacer par un autre antipsychotique. » Si les stratégies précédentes échouent ou si les symptômes sont sévères, envisager l'ajout d'un traitement anticholinergique de courte durée pour traiter les effets secondaires extrapyramidaux (voir Tableau 2).
L'adhésion au traitement n'est pas satisfaisante	<ul style="list-style-type: none"> » Discuter des raisons du manque d'adhésion au traitement avec la personne et les aidants. » Informer sur l'importance de la prise des médicaments. » Envisager l'option d'un traitement antipsychotique injectable retard/à action prolongée après avoir discuté des effets secondaires possibles d'un traitement oral vs. traitement à action prolongée.
Malgré une bonne adhésion, la réponse au traitement est insuffisante (c'est-à-dire que les symptômes persistent ou s'aggravent)	<ul style="list-style-type: none"> » Vérifier que la personne reçoit une dose efficace de médicament. Si la dose est faible, l'augmenter progressivement pour atteindre la dose minimale efficace afin de limiter les risques d'effets secondaires. » Se renseigner sur la consommation d'alcool et de substances psychoactives et prendre des mesures pour la réduire. Aller à » SUB. » Se renseigner sur des sources de stress qui auraient pu aggraver l'état clinique et prendre des mesures pour réduire le stress. » Reconsidérer les symptômes pour éliminer tout autre trouble somatique/physique ou MNS. Aller à » PSY 1, étape 1 » Envisager la rispéridone en remplacement de l'halopéridol ou de la chlorpromazine si le coût et l'approvisionnement ne sont pas des contraintes. » Si la personne ne répond pas à plus d'un traitement antipsychotique, pris l'un après l'autre et à dose/durée adéquate, la combinaison de plusieurs antipsychotiques peut être envisagée, de préférence sous la supervision d'un spécialiste avec un suivi clinique rapproché. » Envisager une consultation avec un spécialiste pour démarrer un traitement à la clozapine pour les personnes ne montrant pas d'amélioration avec la prise d'autres antipsychotiques, malgré une dose/durée adéquate. En raison du risque vital lié à une agranulocytose, n'utiliser la clozapine que sous la surveillance d'un spécialiste et seulement si des examens de laboratoire de routine sont possibles.

TABLEAU 5: Prise en charge des Personnes avec des Comportements Agités et/ou Agressifs !

EVALUATION

- » Essayer de communiquer avec la personne.
- » Evaluer la cause sous-jacente :
 - **Contrôler la glycémie.** Si elle est faible, administrer du glucose.
 - **Contrôler les signes vitaux,** température, saturation en oxygène. Administrer de l'oxygène en cas de besoin.
 - **Éliminer un syndrome confusionnel et les causes médicales,** dont l'empoisonnement.
 - **Éliminer la consommation d'alcool ou de drogues.**
Envisager en particulier **une intoxication aux stimulants et/ou un sevrage d'alcool/sédatifs.** Aller à » SUB.
 - **Éliminer une agitation en lien avec un trouble psychotique ou un épisode maniaque dans le cadre d'un trouble bipolaire.** Aller à **Évaluation,** » PSY 1.

COMMUNICATION

- » La sécurité d'abord !
- » Rester calme et encourager la personne à parler de ses préoccupations.
- » Parler sur un ton apaisant et si possible rechercher des solutions pour résoudre les préoccupations.
- » Écouter attentivement. Passer du temps avec la personne.
- » Ne jamais se moquer de la personne.
- » Ne pas être agressif en retour.
- » Essayer de trouver la source du problème et les solutions.
- » Impliquer les aidants et les soignants.
- » Écarter de la situation toute personne qui pourrait déclencher l'agressivité.
- » Si toutes les possibilités ont été épuisées et que la personne reste agressive, il sera peut-être nécessaire de recourir à des médicaments (si disponible) pour éviter un accident.

SEDATION ET MEDICAMENTS

- » Administrer une sédation appropriée pour prévenir un accident.
- » En cas d'agitation liée à un trouble psychotique ou à un épisode maniaque, envisager l'halopéridol, 2 mg p.o/i.m toutes les heures et jusqu'à 5 prises (maximum 10 mg).
Attention : de fortes doses d'halopéridol peuvent provoquer des réactions dystoniques. Utiliser le bipéridène pour traiter les réactions sévères
- » Pour une agitation résultant d'une prise de substances, sevrage à l'alcool/sédatif ou intoxication aux stimulants, utiliser le diazépam, 10 à 20 mg p.o. et répéter si besoin. **Aller à » SUB.**

En cas de violence extrême

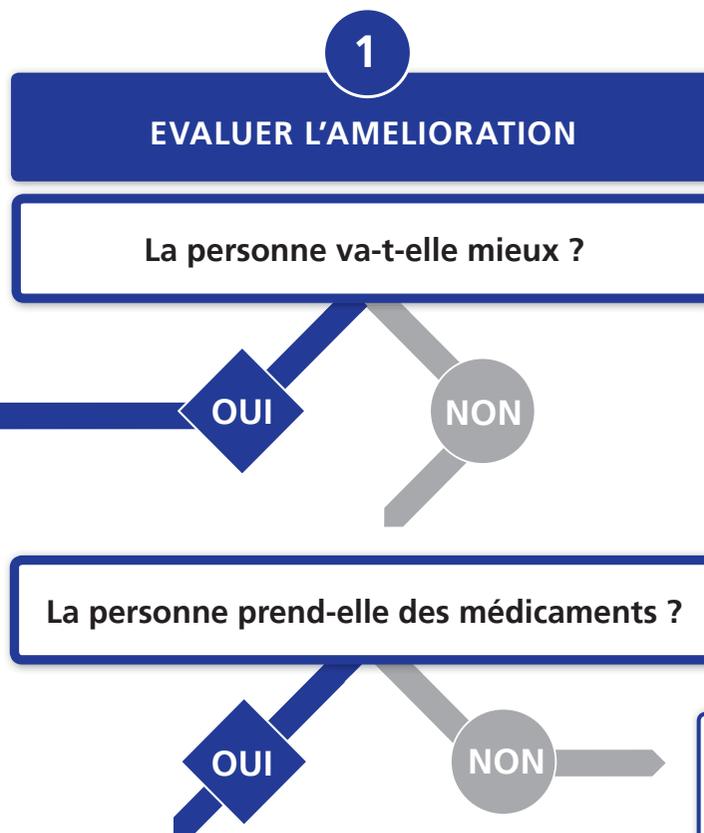
- Solliciter l'aide du personnel ou de la police.
- Utiliser l'halopéridol 5mg i.m, réadministrer après 15 à 30 minutes si nécessaire (maximum 15 mg)
- Consulter un spécialiste. 

- » **Si la personne est toujours agitée,** revérifier la saturation d'oxygène, les signes vitaux et la glycémie. Envisager la possibilité d'un état douloureux. Transférer à l'hôpital. 
- » **Une fois l'agitation apaisée, vous reporter à la matrice d'orientation (MO) et choisir les modules appropriés pour une évaluation.**

! Populations spécifiques :

- Consulter un spécialiste pour le traitement. 

PSY 3 » Suivi PSYCHOSE



- » Poursuivre le programme de traitement.
- » Diminuer la fréquence du suivi une fois que les symptômes se sont atténués.
- » Faire un suivi si besoin.

Passer à **L'ÉTAPE 2**

- » **S'assurer que la personne prend une dose efficace depuis au moins 4 à 6 semaines.**
- » Maintenir un suivi rapproché jusqu'à la régression des symptômes.
- » Impliquer la personne et les aidants dans les changements et prises de décision se rapportant au programme de traitement.

RECOMMANDATIONS CONCERNANT LA FREQUENCE DES CONTACTS

- » Au début, le suivi doit être aussi rapproché que possible, voire même quotidien, jusqu'à ce que les symptômes aigus soient réduits par le traitement.
- » Un suivi régulier est nécessaire. Lorsque les symptômes diminuent, un suivi mensuel ou trimestriel est recommandé (selon les besoins cliniques et les possibilités, tels que la disponibilité du personnel, la distance du centre de soins, etc.)



- » **DEMARRER LE TRAITEMENT ANTIPSYCHOTIQUE**
- (aller au **Tableau 1**).
- » Maintenir un suivi rapproché jusqu'à la régression des symptômes.
- » Impliquer la personne et les aidants dans les changements de traitement et les décisions.

2

ASSURER UN SUIVI REGULIER DU TRAITEMENT

- » Evaluer les interventions psychosociales.
- » Si la personne prend des médicaments, évaluer **l'adhésion, les effets secondaires et la posologie (Tableau 4)**. Mesurer le poids, la tension et la glycémie.
- » Si la personne commence à prendre d'autres médicaments et qu'il existe un risque d'interaction médicamenteuse, envisager de revoir la posologie.
- » Interroger sur le début des symptômes, les épisodes antérieurs et les détails de tout traitement passé ou en cours.

3

ARRÊTER LES MÉDICAMENTS

Personne présentant un premier épisode, une rechute ou une aggravation des symptômes du trouble psychotique :

- » Envisager l'arrêt des médicaments **12 MOIS après la disparition des symptômes.**

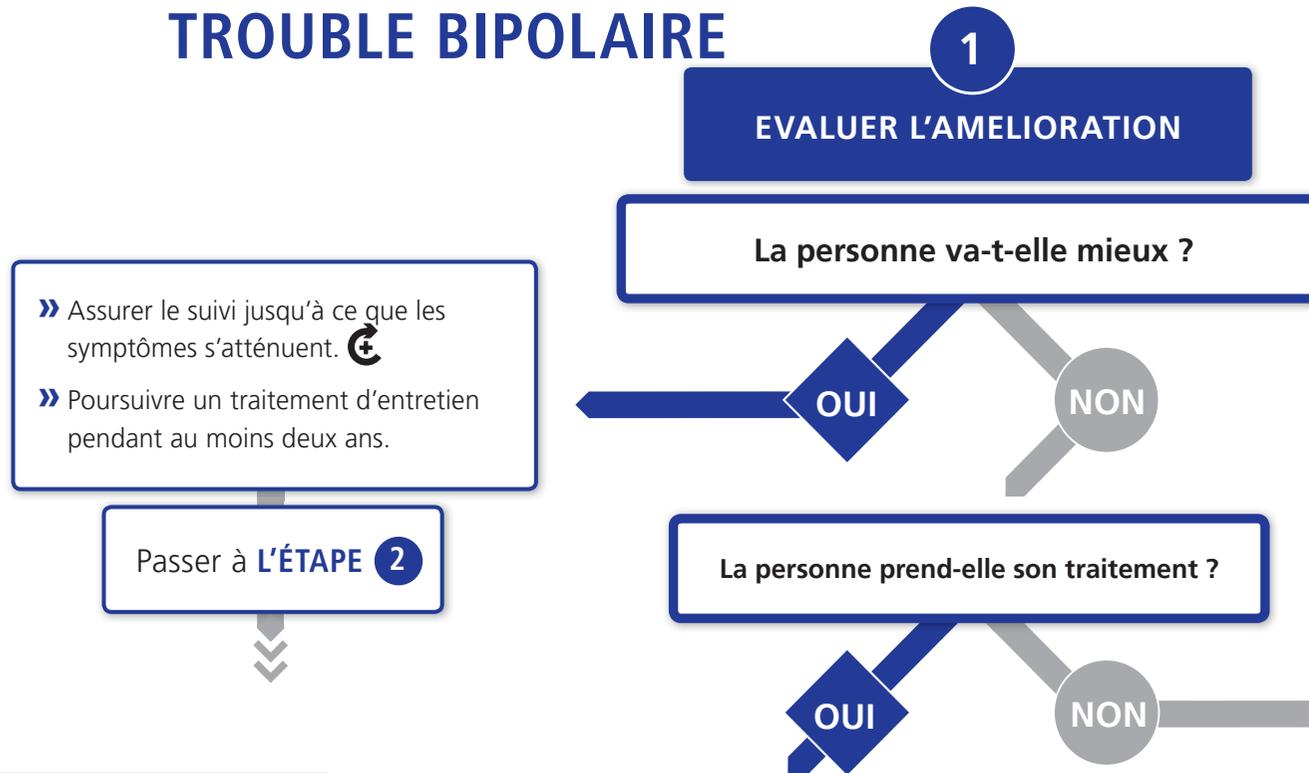
Personne présentant des symptômes psychotiques sur une durée de plus de 3 mois :

- » Envisager l'arrêt des médicaments si la personne est en **REMISSION COMPLETE, sur le plan des symptômes, depuis plusieurs années.**

- » Parler du risque de rechute en le comparant avec les effets secondaires des médicaments sur le long terme avec la personne et la famille.
- » Si possible, consulter un spécialiste. 
- » Réduire les doses de médicaments progressivement. Lorsque la personne ne prend plus de médicament, la personne et la famille doivent être averties et en mesure de détecter rapidement les premiers symptômes d'une rechute. Un suivi clinique rapproché est recommandé.

PSY 3 » Suivi

EPISODE MANIAQUE DANS LE CADRE D'UN TROUBLE BIPOLAIRE



» Assurer le suivi jusqu'à ce que les symptômes s'atténuent. ↻

» Poursuivre un traitement d'entretien pendant au moins deux ans.

RECOMMANDATIONS CONCERNANT LA FREQUENCE DES CONTACTS

» Episode maniaque : le suivi initial doit être aussi fréquent que possible, voire quotidien, jusqu'à ce que les symptômes aigus soient diminués par le traitement. Lorsque les symptômes diminuent, un suivi mensuel ou trimestriel est recommandé.

» Pour les personnes qui ne sont pas en phase maniaque ou dépressive, assurer un suivi au moins chaque trimestre. Envisager un suivi plus rapproché en cas de besoin. Surveiller la survenue d'une rechute.



CONSEILS CLINIQUES

En cas de changement de médicament, administrer le nouveau en même temps que l'ancien pendant 2 semaines, puis diminuer progressivement l'ancien.



» Vérifier la posologie et les effets secondaires. Aller au **Tableau 1** ou au **Tableau 3**.

» S'assurer que la personne prend une dose efficace depuis **au moins quatre à six semaines**.

» Si la personne prend une dose efficace depuis quatre à six semaines sans amélioration, envisager un changement de molécule. Voir **Tableau 3**. 🧑

» Si la réponse n'est toujours pas satisfaisante, consulter un spécialiste.

» Si approprié, démarrer un traitement médicamenteux. 📦

» Revoir les interventions psychosociales.

» Evaluer pour des problèmes médicaux.

2

ASSURER UN SUIVI REGULIER DU TRAITEMENT

- » Evaluer et mettre en place des interventions psychosociales.
- » Si la personne prend un traitement, évaluer **l'adhésion, les effets secondaires et la posologie**. Voir **Tableau 4**.
- » Si la personne débute une autre médication et qu'il existe un risque d'interaction médicamenteuse, envisager de revoir la posologie.

3

ARRETER LES MEDICAMENTS

La personne est-elle en rémission complète sur le plan de ses symptômes sans épisode bipolaire *depuis au moins 2 ans* ?

» Envisager l'arrêt des médicaments

- Discuter avec la personne/ses aidants des risques d'un arrêt.
- Consulter un spécialiste avant de prendre la décision d'arrêter un traitement d'entretien de 2 ans. 
- Réduire le traitement progressivement sur une période de plusieurs semaines ou plusieurs mois.

OUI

NON

» Suivi de routine et contrôle du traitement. 

EPILEPSIE

L'épilepsie est un trouble chronique non-transmissible du cerveau, caractérisé par des crises récurrentes non provoquées (absence de cause(s) sous-jacente(s)). L'épilepsie est l'un des troubles neurologiques les plus fréquents qui peut être bien contrôlé chez la majorité des gens avec un traitement adapté.

L'épilepsie a de nombreuses causes. Elles peuvent notamment être génétiques. L'épilepsie peut apparaître chez des personnes ayant subi un traumatisme périnatal, une lésion du cerveau (par exemple un traumatisme crânien ou un AVC) ou des infections cérébrales. Chez certaines personnes, il n'y a pas de cause identifiée.

Les crises sont causées par une activité électrique anormale du cerveau. Elles sont de deux types : crises convulsives et crises non-convulsives. Les crises non-convulsives sont caractérisées par des changements dans l'état mental alors que les crises convulsives comportent des éléments tels que des mouvements brusques anormaux, un raidissement ou des tremblements du corps. Le dernier type de crise est souvent associé à une plus forte stigmatisation, morbidité et mortalité. Ce module ne traite que des crises convulsives.

EPI » Aperçu rapide

Une crise d'épilepsie/des convulsions nécessitent une prise en charge d'urgence



EVALUATION

- » **URGENCE : Evaluation et prise en charge de convulsions aiguës**
- » **Déterminer si la personne fait des crises convulsives**
- » **Rechercher une cause aiguë (ex : infection cérébrale, traumatisme, etc.)**
- » **Déterminer si la personne souffre d'épilepsie, rechercher d'éventuelles causes sous-jacentes (par la recherche d'antécédents ou par examen)**
- » **Rechercher d'autres troubles MNS prioritaires concomitants**



PRISE EN CHARGE

- » **Protocole de prise en charge et populations spécifiques**
 1. Epilepsie
 2. Populations spécifiques (femmes en âge de procréer, enfants/adolescents, personnes vivant avec le VIH)
- » **Interventions psychosociales**
- » **Interventions pharmacologiques**



SUIVI

! EPI » URGENCE

LA PERSONNE CONVULSE OU EST INCONSCIENTE ET RAIDE

CONSEILS CLINIQUES :

L'évaluation et la prise en charge doivent avoir lieu simultanément.



1

Y a-t-il des signes de blessure à la tête ou au cou ?

NON

OUI

» IMMOBILISER LA TÊTE ET LE COU

2

- » Vérifier les voies **RESPIRATOIRES, LA RESPIRATION ET LES FONCTIONS CARDIAQUES**. S'assurer que les voies respiratoires ne sont pas obstruées, que la personne respire correctement et a un pouls stable.
- » Vérifier **LA TENSION, LA TEMPERATURE ET LA FREQUENCE RESPIRATOIRE**.
- » Si possible, noter la durée des convulsions.
- » S'assurer que la personne soit en lieu sûr et si possible l'allonger sur le côté pour faciliter la respiration. Desserrer tous

vêtements ou cravate autour du cou, retirer les lunettes et mettre un oreiller sous la tête (si possible)

- » Si possible poser une voie veineuse (i.v.) pour l'administration de médicaments/fluides
- » ✘ **NE PAS LAISSER LA PERSONNE SANS SURVEILLANCE**
- » ✘ **NE RIEN METTRE DANS SA BOUCHE** +
- » **EN CAS DE POSSIBLE BLESSURE A LA TÊTE, D'INFECTION CÉRÉBRALE (FIEVRE) OU DE DÉFICIT FOCAL, ADRESSER LA PERSONNE EN URGENCE A L'HOPITAL**



3

! POPULATION SPECIFIQUE : Grossesse/Post-partum

Est-ce une femme dans son deuxième trimestre de grossesse OU a-t-elle accouché depuis moins d'une semaine sans antécédent de crises épileptiques ?



OUI

NON

ENVISAGER UNE ECLAMPSIE

- » Administrer du **sulfate de magnésium** 10 g en intramusculaire (im)
- » Si pression artérielle **>110 mm Hg**, administrer lentement l'**hydralazine** 5 mg iv (3 à 4 min).
Recommencer toutes les 30 min jusqu'à ≤ 90 mm Hg ;
 Ne pas administrer plus de 20 mg au total
- » **ADRESSER LA PERSONNE EN URGENCE A L'HOPITAL**

4

» ADMINISTRER UN TRAITEMENT POUR ARRETER LES CONVULSIONS

SANS PERFUSION

PERFUSION EN PLACE

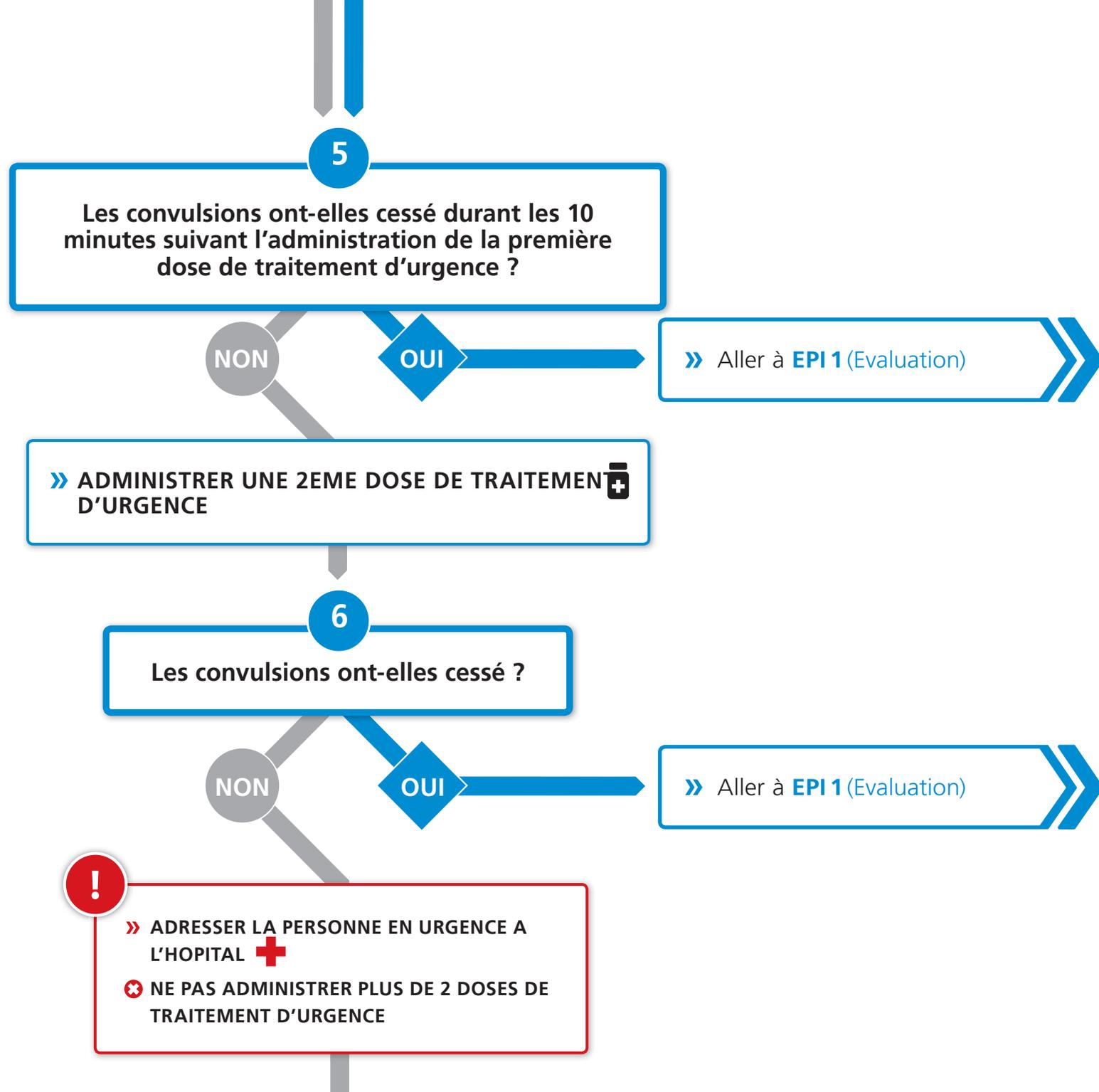
Administrer:



- » **Diazépam** par voie rectale (adulte 10 mg, enfant 1 mg/année d'âge)
OU
- » **Midazolam** par voie orale/nasale (5 à 10 mg adulte, enfant 0.2 mg/kg)

- » Démarrer lentement l'administration de **solution physiologique normale** (30 gouttes/minute)

- » Administrer du **glucose** iv.
(adulte 5 ml à 50% ; enfant 2 à 5 ml/kg à 10%)
- » Administrer un traitement d'urgence :
 - **Diazépam** 10 mg iv (enfant 1mg/année d'âge iv.)
OU
 - **Lorazépam** 4 mg iv (enfant 0,1 mg/kg iv.)



7

LA PERSONNE EST-ELLE EN ÉTAT DE MALAISE ÉPILEPTIQUE ?

- » Les convulsions persistent après 2 doses de traitement d'urgence, OU
- » Pas de rétablissement entre les convulsions

Passer à **L'ÉTAPE 10**

NON

OUI

(ex : les convulsions ont cessé après la 2eme dose de traitement d'urgence en arrivant au centre de santé)

L'ÉTAT DE MALAISE ÉPILEPTIQUE EST PROBABLE

La prise en charge doit avoir lieu dans un centre de santé

8

- » Continuer à surveiller les voies **RESPIRATOIRES, LA RESPIRATION ET LES FONCTIONS CARDIAQUES**
- » Administrer de l'**oxygène**
- » Surveiller la nécessité d'**intubation/ventilation en continu**

9

ADMINISTRER L'UN DES TRAITEMENTS SUIVANTS EN INTRAVEINEUSE » **ACIDE VALPROIQUE :**

20 mg/kg iv en une fois, jusqu'à une dose maximale de 1 g, sur 30 min

» **PHENOBARBITAL:**

15 à 20 mg/kg iv.* jusqu'à une dose maximale de 1 g, à 100 mg/min

*En l'absence d'une voie veineuse, administrer du phénobarbital en im (même dose qu'en iv)

» **PHENYTOÏNE:**

15 à 20 mg/kg iv. jusqu'à une dose maximale de 1 g, sur 60 min
– Utiliser une seconde voie (DIFFÉRENTE DE CELLE POUR LE DIAZEPAM)

! LA PHENYTOÏNE EST TRES NOCIVE EN CAS D'EXTRAVASATION. IL FAUT UNE BONNE VOIE VEINEUSE !

Les convulsions ont-elles cessé ?

NON

OUI

- » Utiliser l'un des autres traitements (si disponibles) OU 10 mg/kg de phénytoïne supplémentaires (sur 30 min)
- » Surveiller la survenue de dépression respiratoire, d'hypotension et d'arythmie cardiaque.

10

» RECHERCHER (ET TRAITER DE MANIERE APPROPRIEE) LES CAUSES SOUS-JACENTES DES CONVULSIONS :

- Infection cérébrale (fièvre, raideur cervicale, céphalée, confusion)
- Utilisation de substances (sevrage alcoolique, consommation de drogues)
- Traumatisme
- Anomalie métabolique (hypernatrémie ou hypoglycémie)
- AVC (déficit focal)
- Tumeur (déficit focal)
- Épilepsie connue (antécédents de crises convulsives)

Les convulsions ont-elles cessé ?

NON

OUI

» ADRESSER LA PERSONNE A UN SPECIALISTE POUR UNE EVALUATION DIAGNOSTIQUE POUSSEE 

» Aller à **EPI 1** (Evaluation)





EPI 1 » Evaluation



PRESENTATIONS FREQUENTES DE L'EPILEPSIE

- Mouvements convulsifs ou convulsions/crises
Pendant les convulsions :
 - Perte de connaissance ou conscience altérée
 - Raideur, rigidité
 - Morsure de la langue, blessure, incontinence d'urine ou de selles
- Après les convulsions : fatigue, assoupissement, somnolence, confusion, comportements anormaux, céphalée, douleurs musculaires ou faiblesse d'un côté du corps

CONSEILS CLINIQUES

Au moment de l'évaluation initiale ou en cas d'échec du traitement, envisager l'éventualité de syncopes ou de paroxysmes non-épileptiques.

- » Les syncopes (pertes de connaissance) sont souvent accompagnées de rougissements, transpiration, pâleur et parfois d'un assombrissement de la vision avant l'épisode. Il peut y avoir de légers tremblements vers la fin de l'épisode.
- » Les crises convulsives non-épileptiques sont typiquement associés à un stress déclencheur. Les épisodes peuvent être longs, comporter des sursauts désordonnés, les yeux sont souvent fermés et le bassin est soulevé. Typiquement, le retour à l'état initial après l'épisode est rapide. Si une crise non épileptique est suspectée, aller à » OTH.

1

La personne a-t-elle des crises convulsives ?

La personne a-t-elle présenté des mouvements convulsifs durant plus de 1-2 minutes ?

NON

OUI

Crises convulsives peu probables

- » Consulter un spécialiste en cas d'épisodes récurrents. 
- » Visite de suivi dans 3 mois 



La personne a-t-elle présenté au moins 2 des symptômes suivants au cours de l'épisode/des épisodes(s) ?

- Perte de connaissance ou conscience altérée
- Raideur, rigidité
- Langue mordue ou tuméfiée, blessure corporelle
- Incontinence selles/urine
- Après la convulsion : fatigue, assoupissement, somnolence, confusion, comportements anormaux, céphalée, douleurs musculaires, faiblesse d'un côté du corps

NON

OUI

Crises convulsives peu probables

- » Consulter un spécialiste en cas de crises récurrentes 
- » Visite de suivi dans 3 mois 

Envisager des **CRISES CONVULSIVES**

2

Existe-t-il une cause aiguë ?

Existe-t-il une infection cérébrale ou d'autres causes possibles expliquant les convulsions ?

» Rechercher les signes et symptômes suivants :

- Fièvre
- Céphalée
- Confusion
- Signes de méningite (ex : raideur du cou)
- Traumatisme crânien
- Anomalie métabolique (par ex : hypoglycémie/hyponatrémie)
- Intoxication ou sevrage alcool/drogues

OUI

NON

Envisager une **EPILEPSIE**


S'AGIT-IL D'UN ENFANT DONT L'ÂGE EST COMPRIS ENTRE 6 MOIS ET 6 ANS AVEC DE LA FIÈVRE?


Les convulsions sont-elles :

- Focales : démarrant dans une région du corps
- Prolongées : durant plus de 15 min
- Répétées : plus d'un épisode durant la présente maladie

OUI

NON

CRISE FEBRILE COMPLEXE

» **ADRESSER EN URGENCE A L'HOPITAL POUR ADMISSION** 

CRISE FEBRILE SIMPLE

- » Rechercher une cause (voir Recommandations IMCI/OMS pour la prise en charge des maladies infantiles)
- » Garder en observation 24 heures
- » Traitement antiépileptique non nécessaire

- » **EVALUER ET TRAITER LES PROBLEMES MEDICAUX**
- » **ADRESSER LA PERSONNE A L'HOPITAL  SI POSSIBLE EN CAS DE TRAUMATISME CRANIEN, MENINGITE OU ANOMALIES METABOLIQUES**
-  **TRAITEMENTS ANTIEPILEPTIQUES NON REQUIS**
- » **Suivi dans 3 mois pour réévaluer une possible épilepsie** 

Passer à l'**ETAPE 3**

3

La personne souffre-t-elle d'épilepsie?

La personne a-t-elle eu au moins deux crises, deux jours différents, au cours de l'année écoulée ?



CONSEILS CLINIQUES

» Interroger sur :

- À quelle fréquence ont lieu les épisodes ?
- Combien de crises ont eu lieu au cours de l'année écoulée ?
- À quand remonte le dernier épisode ?

NON

OUI

Ne correspond pas aux critères de l'épilepsie

- » Traitement anti-épileptique de maintien non nécessaire
- » Visite de suivi dans 3 mois, 🔄 réévaluer pour une épilepsie



EPILEPSIE probable

Rechercher une cause sous-jacente. Pratiquer un examen physique.

» Existe-t-il l'un ou l'autre des éléments suivants ?

- Asphyxie ou antécédent de traumatisme lors de l'accouchement
- Infection cérébrale
- Traumatisme crânien
- Antécédents familiaux de convulsions

NON

OUI

» CONSULTEZ LE SPÉCIALISTE POUR EVALUATION DE CAUSE 🧑

CONSEILS ET ASTUCES CLINIQUES

L'examen physique doit comporter un examen neurologique et une recherche de déficit focal, ex : asymétrie de la force de préhension ou des réflexes.



4

Y a-t-il des troubles MNS concomitants ?

» Rechercher d'autres troubles MNS concomitants en se reportant à la Matrice d'Orientation mhGAP-IG (MO)



! Veuillez noter que les personnes souffrant d'EPILEPSIE ont un risque plus élevé de DEPRESSION ET DE TROUBLES LIÉS À L'UTILISATION DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES. LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS PEUVENT PRESENTER DES TROUBLES MENTAUX ET DU COMPORTEMENT.

» Aller au **PROTOCOLE 1**

! **EN CAS DE RISQUE IMMIMENT DE SUICIDE, EVALUER ET PRENDRE EN CHARGE** avant de poursuivre avec le Protocole. Aller à » SUI.





EPI 2 » Prise en charge

PROTOCOLE

1

- » Assurer la **psychoéducation** de la personne et de ses aidants (2.1)
- » Démarrer un **traitement antiépileptique** (2.3)
- » Encourager la réalisation d'activités quotidiennes (2.2)

Populations spécifiques

Veillez noter que les interventions pour l'ÉPILEPSIE sont différentes pour ces populations



FEMME EN AGE DE PROCRÉER

Problème: les antiépileptiques comportent des risques pour le fœtus/enfant

- » Conseiller des folates (5 mg/jour) pour empêcher les malformations du **tube neural** pour **TOUTES femmes en âge de procréer**.
- » EVITER LE VALPROATE.
- » **ATTENTION En cas de grossesse :**
 - Eviter les polythérapies. La combinaison de multiples médicaments augmente le risque d'effets tératogènes pendant la grossesse.
 - En cas d'arrêt d'un médicament au cours de la grossesse, procéder toujours progressivement.
 - Recommander un accouchement à l'hôpital.
 - A l'accouchement, administrer 1 mg de vitamine K im au nouveau-né pour prévenir le syndrome hémorragique du nouveau-né.
- » **En cas d'allaitement**, préférer la carbamazépine aux autres médicaments.



ENFANT / ADOLESCENT

Problème : effet des antiépileptiques sur le développement et/ou le comportement

- » Pour les enfants/adolescents présentant un **trouble du développement**, prendre en charge ce trouble. Aller à **» CMH**.
- » Pour les enfants avec un trouble du comportement, éviter le phénobarbital si possible. Prendre en charge le trouble. Aller à **» CMH**.



PERSONNE VIVANT AVEC LE VIH

Problème: interactions entre les antiépileptiques et les antirétroviraux

- » Si elles existent, se reporter aux informations sur les interactions médicamenteuses entre les antirétroviraux pris par la personne et les antiépileptiques envisagés.
- » Préférer le **valproate** en raison des interactions médicamenteuses moins nombreuses.
- » **EVITER LA PHENYTOINE ET LA CARBAMAZÉPINE LORSQUE CELA EST POSSIBLE.**

INTERVENTIONS PSYCHOSOCIALES

2.1 La psychoéducation

Donner des informations sur "ce que sont les convulsions et l'épilepsie ainsi que sur l'importance du traitement médicamenteux."

- » "Une convulsion est le résultat d'une activité électrique excessive dans le cerveau – elle n'est pas causée par la sorcellerie ou des esprits."
- » "L'épilepsie est une tendance récurrente à faire des convulsions."
- » "C'est une maladie chronique mais **si vous prenez les médicaments prescrits, elle pourra être contrôlée chez la majorité des personnes.**"
- » La personne peut recevoir le soutien de plusieurs personnes pendant les convulsions. Parler avec ces personnes.
- » Demander à la personne de vous dire si elle consulte un guérisseur traditionnel ou spirituel ; montrer du respect pour ces pratiques mais insister sur la nécessité d'être suivi dans une structure de santé. Il faut aussi informer la personne que les médicaments "naturels" ou les plantes médicinales peuvent parfois conduire à des interactions indésirables, il est donc essentiel que les soignants sachent tout ce que la personne prend.

CONSEILS CLINIQUES :

- » Les crises convulsives qui durent plus de 5 minutes sont une urgence médicale : appeler les secours immédiatement. .
- » La plupart des personnes souffrant d'épilepsie peuvent mener une vie normale à condition de bien respecter le traitement.

Informez sur : la manière dont les aidants peuvent gérer les convulsions à la maison.

- » Allonger la personne sur le côté, tourner la tête pour faciliter la respiration.
- ✘ NE RIEN METTRE DANS LA BOUCHE DE LA PERSONNE ET NE PAS LA CONTRAINDRE PHYSIQUEMENT.
- » S'assurer que la personne respire correctement.
- » Rester avec la personne jusqu'à ce que les convulsions cessent et qu'elle se réveille.
- » Les personnes souffrant d'épilepsie repèrent parfois l'arrivée d'une crise. Dans ce cas, il faut qu'elles se couchent dans un endroit sûr.
- » L'épilepsie n'est pas contagieuse. Vous ne risquez pas de l'attraper en aidant une personne qui fait des convulsions.

Informez sur : quand recourir à une aide médicale. 

- » Lorsqu'une personne vivant avec l'épilepsie semble avoir du mal à respirer lors d'une convulsion, elle a besoin d'une aide médicale immédiate.
- » Lorsqu'une personne vivant avec l'épilepsie fait une crise convulsive qui dure plus de 5 minutes en dehors d'un centre de soins, il faut l'y conduire.
- » Lorsqu'une personne vivant avec l'épilepsie ne se réveille pas après une crise convulsive, il faut la conduire dans un centre de soins.

2.2 Encourager la réalisation d'activités quotidiennes et la participation à la vie de la communauté

» Se reporter au module **Notions de Base du Soins et de la Pratique Clinique (BSP)** pour connaître les interventions qui favorisent la réalisation d'activités quotidiennes et la participation à la vie de la communauté.

» De plus, informer les aidants et la personne vivant avec l'épilepsie que :

- Les personnes vivant avec l'épilepsie peuvent mener une vie normale. Elles peuvent se marier et avoir des enfants.
- Les parents d'enfants souffrant d'épilepsie ne doivent pas les retirer de l'école.
- Les personnes vivant avec l'épilepsie peuvent occuper la plupart des emplois. Il faut cependant éviter les postes à haut risque de blessure pour soi ou pour autrui (ex. conduite d'engins lourds).
- Les personnes vivant avec l'épilepsie doivent éviter de cuisiner sur des feux ouverts et de pratiquer seuls la natation.
- Les personnes vivant avec l'épilepsie doivent éviter la consommation excessive d'alcool et de substances euphorisantes, le manque de sommeil et les endroits comportant des stimulations lumineuses (ex. stroboscope).
- Il faut se conformer aux lois locales en vigueur concernant la conduite automobile.
- Une personne vivant avec l'épilepsie peut avoir droit à une aide au titre d'un handicap.
- Des dispositifs communautaires peuvent exister pour aider les personnes vivant avec l'épilepsie dans le domaine professionnel et pour soutenir la personne et la famille.

INTERVENTIONS PHARMACOLOGIQUES

2.3 Démarrer un traitement antiépileptique

- » Choisir un médicament qui sera constamment disponible.
- »  Pour les populations spécifiques (enfants, femmes en âge de procréer, personnes vivant avec le VIH), se référer aux informations spécifiques dans ce module.
- » Démarrer avec un seul médicament à la dose la plus faible.
- » Augmenter progressivement les doses jusqu'à ce que les convulsions soient contrôlées.
- » Envisager un suivi de la numération globulaire, de la chimie sanguine et de la fonction hépatique, si disponible.

ATTENTION!

- » Vérifier **les interactions médicamenteuses**. *Lorsqu'ils sont associés, les antiépileptiques peuvent augmenter ou réduire les effets d'autres antiépileptiques. Les antiépileptiques peuvent également réduire l'effet des contraceptifs hormonaux, des immunosuppresseurs, des antipsychotiques, de la méthadone et de certains antiviraux.*
- » Dans de rares cas, ils peuvent entraîner une dépression médullaire sévère, des réactions d'hypersensibilité comme le syndrome de Stevens-Johnson, des altérations du métabolisme de la vitamine D, ou la maladie hémorragique du nouveau-né liée à une déficience de la vitamine K.

- »  Si possible, éviter le valproate de sodium chez les femmes enceintes en raison du **risque de malformation du tube neural**.
- » Tous les médicaments anticonvulsivants doivent être diminués progressivement : un arrêt brusque peut provoquer le retour de nouvelles convulsions.

TABLEAU 1: LES ANTIÉPILEPTIQUES

MEDICAMENT	POSOLOGIE ORALE	EFFETS SECONDAIRES	CONTRE-INDICATIONS / PRECAUTIONS
CARBAMAZEPINE	<p>Adultes : démarrer de 100 à 200 mg par jour en 2 à 3 prises. Augmenter de 200 mg chaque semaine (max 1400m/jour).</p> <p>Enfants : démarrer 5 mg/kg par jour en 2 à 3 prises distinctes. Augmenter la dose journalière de 5 mg/kg/jour chaque semaine (max 40mg/kg par jour OU 1400mg /jour).</p> <p> Femmes enceinte ou allaitantes : utiliser avec prudence.</p>	<p>Fréquents : sédation, confusion, vertiges, ataxie, vision double, nausée, diarrhée, leucopénie bénigne.</p> <p>Graves : hépato-toxicité, troubles de la conduction cardiaque, hyponatrémie.</p>	<p>Prudence chez les patients avec des antécédents d'anomalie sanguine ou de maladie cardiaque, rénale ou hépatique.</p> <p>Il peut être nécessaire d'ajuster la posologie après 2 semaines, en raison de la production de son propre métabolisme.</p>

TABLE 1: Les antiépileptiques (suite)

MEDICATION	ORAL DOSING	SIDE EFFECTS	CONTRAINdicATIONS / CAUTIONS
PHENOBARBITAL	<p>Adultes : démarrer à 60 mg par jour en 1 à 2 prises. Augmenter toutes les semaines de 2.5 à 5 mg (maximum 180 mg par jour).</p> <p>Enfants : démarrer de 2 à 3 mg/kg par jour en 2 prises distinctes. Augmenter toutes les semaines de 1 à 2 mg/kg par jour selon la tolérance (maximum 6 mg par jour).</p>	<p>Fréquents : sédation, hyperactivité chez les enfants, ataxie, nystagmus, dysfonction sexuelle, dépression.</p> <p>Graves : insuffisance hépatique (réaction d'hypersensibilité), diminution de la densité osseuse.</p>	<p>Contre-indiqué chez les patients souffrant de porphyrie aiguë intermittente.</p> <p>Dosage plus faible pour les patients ayant une maladie rénale ou hépatique.</p>
PHENYTOÏNE	<p>Adultes : démarrer de 150 à 200 mg par jour en 2 prises distinctes. Augmenter la dose journalière de 50 mg toutes les 3 à 4 semaines (max 400 mg par jour).</p> <p>Enfants : démarrer de 3 à 4 mg/kg par jour en 2 prises distinctes. Augmenter la dose journalière de 5 mg/kg toutes les 3 à 4 semaines (maximum 300 mg par jour).</p> <p> Femmes enceintes ou allaitantes : éviter</p> <p> Personnes âgées : utiliser des doses plus faibles.</p>	<p>Fréquents : sédation, confusion, vertiges, tremblements, sursauts, ataxie, vision double, nystagmus, parole mal articulée, nausée, vomissements, constipation.</p> <p>Graves : anomalies hématologiques, hépatite, polyneuropathie, hypertrophie des gencives, acné, lymphadénopathie, survenue d'idées suicidaires.</p>	<p>Dosage plus faible pour les personnes souffrant de maladie rénale ou hépatique.</p>
SODIUM VALPROATE	<p>Adultes : démarrer à 400 mg par jour en 2 prises distinctes. Augmenter la dose journalière de 500 mg toutes les semaines (maximum 3000 mg par jour).</p> <p>Enfants : démarrer à 15 à 20 mg/kg par jour en 2 à 3 prises distinctes. Augmenter la dose journalière de 15 mg/kg toutes les semaines (max 15 à 40 mg/kg par jour).</p> <p> Femmes enceintes ou allaitantes : éviter</p> <p> Personnes âgées : utiliser des doses plus faibles.</p>	<p>Fréquents : sédation, céphalée, tremblements, ataxie, nausée, vomissements, diarrhée, prise de poids alopécie transitoire.</p> <p>Graves : fonction hépatique altérée, thrombocytopenie, leucopénie, somnolence/confusion (encéphalopathie hyperammonémique induite par le valproate, signe de toxicité), insuffisance hépatique, pancréatite hémorragique.</p>	<p>Prudence en cas de maladie hépatique suspectée ou sous-jacente.</p> <p>Interactions médicamenteuses : les concentrations de valproate sont diminuées par la carbamazépine et augmentées par l'aspirine.</p>



RECOMMANDATIONS POUR LA FREQUENCE DES CONTACTS

» Suivi tous les 3 à 6 mois

1

EVALUATION DE L'ETAT ACTUEL

La personne a-t-elle une réduction d'au moins 50% de la fréquence des crises ?

NON

OUI

SI LA PERSONNE N'A PAS D'AMELIORATION AVEC LA POSOLOGIE ACTUELLE :

- » Vérifier le respect du traitement.
- » Envisager d'augmenter la dose selon les besoins jusqu'à la dose maximale, s'il n'y a pas d'effets indésirables.
- » Si la réponse reste insuffisante,
 - Envisager un changement de médicament. Atteindre la dose optimale du nouveau médicament avant de diminuer progressivement le précédent.
- » Si la réponse reste insuffisante,
 - Revoir le diagnostic.
 - **ADRESSER A UN SPECIALISTE.**
- » Suivi plus fréquent.

CONSEILS CLINIQUES :

- » Les **EFFETS INDESIRABLES** (ex : somnolence, nystagmus, diplopie, ataxie) résultent de doses trop fortes du médicament pour la personne.
- » En cas de **RÉACTION IDIOSYNCRATIQUE** (réaction allergique, myélosuppression, insuffisance hépatique), changer d'antiépileptique.



2

SUIVRE LE TRAITEMENT

A chaque contact :

- » Evaluer les effets secondaires des médicaments dont les effets indésirables et réactions idiosyncratiques (examen clinique et analyses de laboratoire si disponibles).
- » Assurer une psychoéducation et évaluer les interventions psychosociales. 
- » S'agit-il d'une femme en âge de procréer qui envisage une grossesse ? Si oui, consulter un spécialiste. 
- » La personne présente-t-elle de nouveaux symptômes inquiétants ?
Etant donné le fort risque de comorbidité avec l'épilepsie, rechercher l'apparition de nouveaux symptômes de dépression ou d'anxiété.
- » La personne prend-elle de nouveaux médicaments qui ont des interactions potentielles ?
(De nombreux anticonvulsifs interagissent avec d'autres médicaments). Si oui, consulter un spécialiste. 

3

ENVISAGER L'ARRET DU TRAITEMENT LORSQUE CELA SEMBLE APPROPRIE

La personne ne fait-elle plus de crises d'épilepsie depuis plusieurs années ?

NON

OUI

S'IL N'Y A PAS DE PROBLEMES LIES AUX MEDICAMENTS

- » Poursuivre la dose actuelle. *La bonne posologie, c'est la dose minimale thérapeutique pour contrôler les crises, tout en limitant les effets secondaires.*
- » Continuer d'assurer un suivi rapproché et envisager un arrêt éventuel du traitement si la personne n'a plus de crises depuis au moins 2 ans.

- » Discuter du risque de l'apparition de crises avec la personne/l'aidant (si l'épilepsie fait suite à un traumatisme crânien, à un AVC ou à une infection cérébrale, il y a un risque plus fort de rechute en cas d'arrêt du traitement) et parler des risques et des bénéfices d'un arrêt du traitement.
- » Si vous parvenez à un accord, arrêter progressivement le traitement en réduisant la dose sur 2 mois, avec un suivi rapproché pour détecter toute rechute des crises. 

TROUBLES MENTAUX ET DU COMPORTEMENT DE L'ENFANT ET L'ADOLESCENT

Ce module concerne l'évaluation et la prise en charge des troubles du développement, du comportement et émotionnels chez l'enfant et l'adolescent.

TROUBLES DU DEVELOPPEMENT : cette notion recouvre des troubles tels qu'un déficit intellectuel ou les troubles du spectre autistique. Ces troubles débutent généralement dans l'enfance, se caractérisent par des déficiences ou des retards des fonctions liées à la maturation du système nerveux central et suivent une évolution linéaire stable, contrairement aux autres troubles mentaux qui se distinguent par des cycles de remissions/rechutes.

TROUBLES DU COMPORTEMENT : cette notion inclut des troubles spécifiques tels que le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) et les troubles des conduites. Les symptômes comportementaux plus ou moins sévères sont très courants dans la population générale. Seuls les enfants et les adolescents présentant des perturbations

psychologiques, sociales, éducatives et occupationnelles modérées à sévères et présentes dans différents contextes doivent être diagnostiqués comme ayant des troubles du comportement.

TROUBLES EMOTIONNELS : ces troubles sont parmi les plus grands contributeurs à la charge mondiale de morbidité chez les jeunes. Les troubles émotionnels se caractérisent par une augmentation du niveau d'anxiété, de dépression, des peurs et des symptômes somatiques.

Les enfants et les adolescents présentent souvent les symptômes de plusieurs troubles et ces symptômes peuvent se chevaucher. La qualité de l'environnement éducatif domestique et social de l'enfant et l'adolescent a une influence sur son bien-être et sa capacité à fonctionner. L'exploration et la recherche de solutions concernant les facteurs de stress psychosociaux et la mobilisation de divers types de soutien sont des éléments essentiels du plan d'évaluation et de prise en charge.

SME » Aperçu rapide



EVALUATION

- » Rechercher des problèmes de développement
- » Rechercher des signes d'inattention ou d'hyperactivité
- » Rechercher des problèmes émotionnels. Pour un adolescent, rechercher une dépression modérée ou sévère
- » Rechercher la répétition de comportements défiants, désobéissants ou agressifs
- » Rechercher la présence d'autres troubles MNS
- » Evaluer l'environnement domestique/familial
- » Evaluer l'environnement scolaire



PRISE EN CHARGE

» Protocoles de Prise en Charge

1. Retard ou Trouble du Développement
2. Problèmes de Comportement
3. Troubles du Déficit de L'attention avec ou Sans Hyperactivité (TDAH)
4. Troubles des Conduites
5. Problèmes Émotionnels
6. Troubles Émotionnels et Dépression Modérée à Sévère chez les Adolescents

» Interventions Psychosociales



SUIVI

TABLEAU 1: PRESENTATIONS COURANTES DES TROUBLES MENTAUX ET DU COMPORTEMENT DE L'ENFANT ET L'ADOLESCENT, PAR GROUPE D'AGE

Ces informations peuvent être fournies par l'aidant, par le patient, ou observées pendant l'évaluation.

	TROUBLES DU DEVELOPPEMENT	TROUBLES DU COMPORTEMENT	TROUBLES EMOTIONNELS
Nourrissons et jeunes enfants (<5 ans)	<ul style="list-style-type: none"> – Alimentation pauvre, retard staturo-pondéral, faible tonus musculaire, retard dans les acquisitions du développement selon l'âge (ex : premier sourire, position assise, interaction avec d'autres, attention partagée, marche, parole, contrôle des sphincters) 	<p>Ages 4-18</p> <ul style="list-style-type: none"> – Hyperactivité : court partout de manière excessive, extrême difficulté à rester assis, parle excessivement ou bouge sans cesse – Inattention marquée, manque de concentration, arrête sans cesse une tâche avant d'avoir terminé et passe à autre chose – Impulsivité excessive : agit souvent sans réfléchir – Comportements fréquents et répétés qui dérangent les autres (ex : colères violentes et fréquentes, comportements cruels, désobéissance importante et persistante, vols) – Brusques changements de comportement ou dans les relations avec les pairs, incluant mise en retrait et colère 	<ul style="list-style-type: none"> – Pleurs fréquents, s'accroche à l'aidant, se fige (se tient figé/sans mouvement et silencieux) et/ou crises de colère/caprices – Timidité extrême ou changements dans le fonctionnement (ex : régression de la propreté ou suçage du pouce) – Ne prend plus l'initiative de jeux et d'interactions sociales – Difficultés avec le sommeil et l'alimentation
Enfants (de 6 à 12 ans)	<ul style="list-style-type: none"> – Retard dans la lecture, l'écriture – Retard pour s'habiller seul, se laver, se brosser les dents 		<ul style="list-style-type: none"> – Symptômes physiques récurrents sans explication (ex : mal au ventre, mal à la tête, nausées) – Réticence ou refus d'aller à l'école – Timidité extrême ou changements dans le fonctionnement (ex : régression de la propreté ou suçage du pouce)
Adolescents (de 13 à 18 ans)	<ul style="list-style-type: none"> – Mauvaises performances scolaires – Difficulté à comprendre les instructions – Difficultés dans les interactions sociales et difficulté à s'adapter aux changements 		<ul style="list-style-type: none"> – Problèmes liés à l'humeur, anxiété, inquiétudes (ex : irritable, facilement agacé, frustré ou humeur déprimée, changements d'humeurs extrêmes ou brusques, explosions d'émotions), détresse excessive – Changements dans le fonctionnement (ex : difficulté à se concentrer, mauvaises performances scolaires, désir de rester seul ou de rester chez soi).
Tous les groupes d'âge	<ul style="list-style-type: none"> – Difficulté à réaliser les activités quotidiennes normales de son âge ; difficulté à comprendre les instructions ; difficultés dans les interactions sociales et à s'adapter aux changements ; difficultés ou bizarreries dans la communication ; comportements répétitifs ou stéréotypés, centres d'intérêt et activités restreints 		<ul style="list-style-type: none"> – Craintes excessives, anxiété, évitement de certaines situations ou objets (ex : séparation avec les aidants, situations sociales, certains animaux ou insectes, peur de la hauteur, des espaces confinés, de la vue du sang ou des blessures) – Changements dans les habitudes de sommeil et alimentaires – Intérêt et participation diminués pour les activités – Comportements d'opposition ou pour attirer l'attention



CMH 1 » Evaluation

PRESENTATIONS COURANTES DES TROUBLES MENTAUX ET DU COMPORTEMENT DE L'ENFANT ET L'ADOLESCENT

- **Un enfant ou un adolescent vu pour une plainte physique ou pour un bilan de santé et qui présente :**
 - L'un des symptômes typiques des troubles émotionnels, comportementaux ou développementaux (voir **Tableau 1**)
 - Des facteurs de risque tels que la malnutrition, abus et/ou négligence, maladies fréquentes, maladies chroniques (ex. VIH/SIDA, antécédent d'accouchement difficile)
- **La personne qui prend soin de l'enfant/adolescent est préoccupée par :**
 - Ses difficultés à suivre ses pairs ou à accomplir les tâches du quotidien considérées comme normales pour son âge
 - Ses comportements (ex : trop actif, agressif, crises de coleres fréquentes ou violentes, désir excessif de rester seul, refus des activités régulières ou d'aller à l'école)
- **Un enseignant est préoccupé au sujet de l'enfant/adolescent :**
 - ex : facilement distrait, perturbe la classe, s'attire souvent des ennuis, difficulté à terminer son travail
- **Un assistant social ou agent de santé communautaire est préoccupé au sujet de l'enfant/adolescent :**
 - ex : enfreint les règles/la loi, agressivité physique à la maison ou dans la communauté

1

RECHERCHER LA PRESENCE DE TROUBLES DU DEVELOPPEMENT



CONSEILS CLINIQUES

- » Il faut toujours offrir la possibilité à un adolescent d'être vu seul, sans aidant/parent.
- » Préciser que la discussion restera confidentielle.
- » Indiquer dans quelles circonstances des informations de la consultation pourront être partagées avec les parents ou d'autres adultes.
- » Explorer la plainte présentée avec l'enfant/adolescent et avec l'aidant/parent.

Evaluer tous les domaines – moteur, cognitif, social, communication et adaptation.

» Pour les enfants jeunes et en bas âge :

l'enfant a-t-il eu des difficultés dans les acquisitions normales pour son âge au cours de son développement ?

» Pour les enfants plus âgés et les adolescents :

y a-t-il des difficultés à l'école (apprentissage, lecture, écriture), à communiquer ou à interagir avec les autres, pour les soins personnels, ou pour les activités ordinaires à la maison ?

Passer à **L'ÉTAPE 2**

NON

OUI

Suspecter un RETARD/TROUBLE DU DÉVELOPPEMENT

Y a-t-il des signes/symptômes qui font penser aux problèmes suivants :

- Carence nutritionnelle, notamment carence en iode
- Anémie
- Malnutrition
- Maladie aiguë ou chronique, par exemple otite et VIH/SIDA

NON

OUI

- » Prendre en charge ces troubles en utilisant le guide OMS des maladies de l'enfant (IMCI) (www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/IMCI_chartbooklet) ou d'autres lignes directrices pertinentes.

Rechercher des déficits d'audition ou de la vue chez l'enfant :

pour l'évaluation de la vue, évaluer si l'enfant présente des difficultés à :

- Regarder dans les yeux
- Suivre un objet en mouvement de la tête et des yeux
- Saisir un objet
- Reconnaître des personnes qu'il connaît

pour l'évaluation de l'audition, noter si l'enfant a des difficultés à :

- Tourner la tête si quelqu'un parle dans son dos
- Réagir à un bruit fort
- Émettre des sons variés (tata, dada, baba), si c'est un enfant en bas âge

NON

OUI

>> CONSULTER UN SPECIALISTE POUR UNE EVALUATION. 

>> Aller au **PROTOCOLE 1** 

2

RECHERCHER LA PRESENCE DE PROBLEMES D'INATTENTION OU D'HYPERACTIVITE

L'enfant/adolescent est-il :

- Hyperactif ?
- Incapable de rester sans bouger ?
- Facilement distrait, a des difficultés à terminer une tâche ?
- Ne tient pas en place ?

OUI

NON

Passer à **L'ÉTAPE 3**



Les symptômes sont-ils persistants et sévères, entraînant des difficultés importantes dans la vie quotidienne ? Les éléments suivants sont-ils TOUS présents ?

- Les symptômes sont-ils présents dans toutes sortes de contextes ?
- Durent-ils depuis au moins 6 mois ?
- Sont-ils en décalage avec le niveau de développement de l'enfant/adolescent ?
- Y a-t-il des difficultés importantes dans le fonctionnement quotidien au niveau personnel, familial, social, scolaire, occupationnel ou dans d'autres domaines ?

OUI

NON

TDAH peu probable

Envisager des PROBLEMES DE COMPORTEMENT

Envisager un TDAH

» Aller au **PROTOCOLE 2**

Passer à **L'ÉTAPE 3**

Éliminer les conditions physiques qui peuvent ressembler à un TDAH.

L'enfant/adolescent présente-t-il :

- Une maladie de la thyroïde
- Une maladie infectieuse aiguë ou chronique, dont le VIH/SIDA
- Des douleurs non contrôlées, par ex : otite, anémie falciforme

NON

OUI

» Prendre en charge le trouble physique

» Aller au **PROTOCOLE 3**

3

RECHERCHER UN TROUBLE DES CONDUITES

L'enfant/adolescent a-t-il des comportements agressifs, de défiance ou de désobéissance à répétition, par exemple:

- Conteste les adultes
- Défie ou refuse de se conformer aux demandes ou règles
- Extrême irritabilité/colère
- Crises de colère violentes et fréquentes
- Difficultés à s'entendre avec d'autres
- Comportements provocateurs
- Bagarres et intimidations fréquentes
- Cruauté envers des animaux ou des personnes
- Destruction de biens, pyromanie
- Vols, mensonges à répétition, école buissonnière (absentéisme), fugues

Passer à L'ÉTAPE 4

TROUBLE DES
CONDUITES peu
probable

NON

OUI



CONSEILS CLINIQUES : COMPORTEMENTS PERTURBATEURS OU DIFFICILES QUI SONT NORMAUX CHEZ LES ENFANTS/ ADOLESCENTS

**Jeunes enfants
(de 18 mois à 5
ans)**

- Refus d'obéir, non-respect des règles, contestation, pleurnichements, exagération, raconter des petits mensonges, nier avoir mal agi, agressivité physique, accuser les autres de leurs mauvais comportements.
- Colères de courte durée (émotions fortes, pleurs, cris, coups, etc.) ne dépassant généralement pas 5 minutes et certainement moins de 25 minutes, typiquement moins de 3 fois/semaine. Les colères caractéristiques de ce stade de développement ne sont pas accompagnées de gestes auto-agressifs ou hétéro-agressifs (envers les autres) et l'enfant arrive habituellement à se calmer tout seul.

**Enfants
(de 6 à 12 ans)**

- Refus ou retard pour se plier aux instructions données, plainte et contestation avec les adultes ou les autres enfants, quelquefois crises de colère.

**Adolescents
(de 13 à 18 ans)**

- Teste les règles et les limites, exprimant que les limites sont injustes ou inutiles, par moment, impolitesse, attitudes dédaigneuses, contestataires, et défiantes à l'égard des adultes.

Les symptômes sont-ils persistants, sévères et inadaptés au stade de développement de l'enfant/adolescent :

- Les symptômes sont présents dans différents contextes (ex : à la maison, à l'école, dans d'autres contextes sociaux)
- Les symptômes sont présents depuis au moins 6 mois.
- Les bêtises de l'enfant ou la rébellion de l'adolescent sont plus sévères qu'attendues à leur âge.
- Observe-t-on des difficultés dans le fonctionnement quotidien au niveau personnel, familial, social, scolaire, occupationnel ou dans d'autres domaines ?

NON

Envisager des
**PROBLEMES DU
COMPORTEMENT**

» Aller au **PROTOCOLE 2**



OUI

Envisager un **TROUBLE
DES CONDUITES**

» Aller au **PROTOCOLE 4**



4

RECHERCHER LA PRESENCE DE TROUBLES EMOTIONNELS (détresse prolongée et invalidante incluant la tristesse, les peurs, l'anxiété ou l'irritabilité)

Demander si l'enfant/adolescent :

- se sent souvent irritable, agacé, déprimé ou triste
- a perdu l'intérêt ou le plaisir dans ses activités
- a beaucoup de soucis ou paraît souvent inquiet
- a de nombreuses peurs ou est facilement effrayé
- se plaint souvent de maux de tête, de maux de ventre, de nausées
- est souvent malheureux, découragé ou pleure souvent
- évite ou déteste certaines situations (ex : séparation d'une personne proche, rencontrer de nouvelles personnes, les espaces réduits)

Passer à **L'ÉTAPE 5**

NON

OUI

CONSEILS CLINIQUES : PEURS ET INQUIETUDES NORMALES POUR L'ÂGE CHEZ LES ENFANTS ET ADOLESCENTS

Enfants en bas âge (de 9 mois à 2 ans)	– Peur des inconnus, détresse lors des séparations avec les parents/aidants
Enfants jeunes (de 2 à 5 ans)	– Peur des orages, du feu, de l'eau, du noir, des cauchemars et des animaux
Enfants d'âge intermédiaire (de 6 à 12 ans)	– Peur des monstres, des fantômes, des microbes, des catastrophes naturelles, des maladies physiques et des blessures graves – Inquiétudes au sujet de l'école ou de ses performances face aux autres
Adolescents (de 13 à 18 ans)	– Peur du rejet par ses pairs, de ses performances face aux autres, des maladies physiques, des procédures médicales, des catastrophes (ex. guerre, attaque terroriste, catastrophes naturelles)



Existe-t-il des difficultés importantes dans le fonctionnement quotidien dans les domaines personnels, familiaux, sociaux, scolaires, occupationnels ou dans d'autres domaines ?

OUI

NON

Envisager des PROBLEMES EMOTIONNELS

Envisager un TROUBLE EMOTIONNEL

» Aller au PROTOCOLE 5

Passer à L'ÉTAPE 5

Éliminer les conditions qui peuvent exacerber ou ressembler à un trouble émotionnel.

Existe-t-il des symptômes qui suggèrent :

- Une maladie thyroïdienne
- Une anémie
- Les effets secondaires de médicaments (ex : corticostéroïdes ou traitement de l'asthme)
- Une maladie infectieuse, dont le VIH/SIDA
- Une obésité
- Une malnutrition
- Un asthme

OUI

NON

» Prendre en charge la condition physique.

» Aller au PROTOCOLE 6

Chez les adolescents, rechercher une dépression modérée ou sévère.

L'adolescent a-t-il des problèmes d'humeur (se sent irritable, déprimé ou triste) OU a-t-il perdu l'intérêt ou le plaisir dans ses activités ?

OUI

NON

Passer à **L'ÉTAPE 5**

L'adolescent a-t-il présenté plusieurs des symptômes ci-dessous la majorité du temps au cours des 2 dernières semaines ?

- Sommeil perturbé ou excessif
- Changement significatif de l'appétit ou du poids (augmentation/diminution)
- Sentiment d'inutilité ou de culpabilité excessive
- Fatigue ou perte d'énergie
- Concentration diminuée
- Indécision
- Agitation ou nervosité physique observable
- Parle et bouge plus lentement que d'habitude
- Désespoir
- Pensées suicidaires ou passage à l'acte

Y a-t-il des difficultés importantes à fonctionner au quotidien dans les domaines personnels, familiaux, sociaux, scolaires, occupationnels ou dans d'autres domaines ?

OUI

NON

Envisager des
**PROBLEMES
EMOTIONNELS**

>> Aller au **PROTOCOLE 5**

Passer à **L'ÉTAPE 5**

Envisager une **DEPRESSION**

CONSEILS CLINIQUES

Des délires et des hallucinations peuvent être présents. Dans ce cas, le traitement de la dépression doit être adapté. **CONSULTER UN SPECIALISTE** 



Eliminer un antécédent d'épisode(s) maniaque(s) et une réaction normale à une perte majeure récente. Voir » DEP.

» Aller au **PROTOCOLE 6** 

5

RECHERCHER D'AUTRES TROUBLES MNS PRIORITAIRES

! EN CAS DE RISQUE IMMINENT DE SUICIDE, EVALUER ET PRENDRE EN CHARGE avant de poursuivre. Voir » SUI. 

Existe-t-il un autre trouble MNS concomitant ? Evaluer en suivant la Matrice d'Orientation mhGAP-GI. Voir » MO.

! Ne pas oublier d'évaluer les troubles liés à la consommation de substances psychoactives. Voir » SUB.

! Pour les enfants avec un retard/trouble du développement, ne pas oublier de rechercher une épilepsie. Voir » EPI.

» **EVALUER ET PRENDRE EN CHARGE** les troubles MNS concomitants 

OUI

NON

CONSEILS CLINIQUES

- » Interroger directement l'enfant/adolescent sur les sévices éventuels, d'une manière adaptée à l'âge et dans un cadre sûr (ex : pas en présence d'un aidant qui a pu le maltraiter).
- » Les adolescents doivent toujours se voir offrir la possibilité d'être vus seuls, sans la personne qui prend soin d'eux.



6

EVALUER L'ENVIRONNEMENT DOMESTIQUE

Les problèmes émotionnels, comportementaux ou développementaux sont-ils une réaction à, ou sont-ils aggravés par, une situation angoissante ou effrayante ?

Rechercher :

- » Les caractéristiques cliniques ou tout antécédent clinique suggérant une maltraitance ou une exposition à la violence (voir CONSEILS CLINIQUES).
- » La présence de facteurs de stress importants, récents ou continus (ex : maladie ou décès d'un membre de la famille, conditions de vie ou financières difficiles, harcèlement ou violences).

OUI

NON

- » Orienter vers les services sociaux/de protection de l'enfance si nécessaire
- » Explorer et prendre en charge les facteurs de stress
- » S'assurer en priorité de la sécurité de l'enfant/adolescent
- » Rassurer l'enfant/adolescent sur le fait que tous les enfants/adolescents doivent être protégés contre les abus
- » Informer sur les endroits où obtenir de l'aide pour les abus continus
- » Prévoir un soutien supplémentaire, dont l'orientation vers un spécialiste
- » En fonction, contacter les ressources légales et communautaires
- » Envisager d'autres interventions psychosociales
- » Assurer un suivi adapté ↻

CONSEILS CLINIQUES :**SIGNES D'ALERTE DE MALTRAITANCE CHEZ L'ENFANT****CARACTERISTIQUES CLINIQUES****» Abus physiques**

- Blessures (ex. hématomes, brûlures, marques de strangulation ou de ceinture, fouet, bâton ou autre objet)
- Toute blessure grave ou peu habituelle pour laquelle aucune explication ou une explication non-plausible est donnée

» Abus sexuels

- Blessures génitales ou anales, ou symptômes sans explication médicale
- Infections sexuellement transmissibles ou grossesse
- Comportements sexualisés (ex : connaissances sexuelles inappropriées pour l'âge)

» Négligence

- Enfant très sale, habillé de manière non-appropriée
- Signes de malnutrition, dentition en très mauvais état

» Abus émotionnels et toutes autres formes de maltraitance

Tout changement brusque ou important dans le comportement ou l'état émotionnel de l'enfant/adolescent, non expliqué par une autre cause, par exemple :

- Craintes inhabituelles ou détresse sévère (ex : pleurs inconsolables)
- Auto-agression ou retrait social
- Agressions ou fugues
- Recherche d'affection sans discrimination auprès des adultes
- Régression de la propreté (urinaire et fécale), suçage du pouce

ELEMENTS DANS LES INTERACTIONS DU PARENT/AIDANT AVEC L'ENFANT/ADOLESCENT

- » Comportement systématiquement distant/froid, surtout pour les enfants en bas âge (ex : ne console pas, ne s'occupe pas de l'enfant/l'adolescent lorsqu'il a peur, se fait mal ou est malade)
- » Comportements hostiles et de rejet
- » Utilise des menaces inappropriées (ex : abandonner l'enfant/adolescent) ou des méthodes disciplinaires particulièrement dures

CONSEILS CLINIQUES

- » Les troubles dépressifs chez les parents/aidants peuvent aggraver les troubles émotionnels, comportementaux ou développementaux chez les enfants/adolescents dont ils ont la charge.



Les personnes qui ont la charge de l'enfant/adolescent présentent-t-elles un trouble MNS prioritaire qui pourrait affecter leur capacité à s'occuper de lui/d'elle ?

Envisager en particulier la dépression et les troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives.

NON

OUI

- » Rechercher et prendre en charge tout troubles MNS chez un parent/aidant.
- » Aller à **Prise en Charge 2.6** (Soutien pour les parents/aidants)

L'enfant a-t-il assez d'occasions chez lui de jouer, d'interagir socialement et de communiquer ?

On peut demander :

- » Avec qui l'enfant passe la plupart de son temps ?
- » Comment jouez-vous/la personne joue-t-elle avec l'enfant ? A quelle fréquence ?
- » Comment communiquez-vous/ la personne communique-t-elle avec l'enfant ? A quelle fréquence ?

NON

OUI

- » Conseiller sur les stimulations adaptées en fonction de l'âge et sur la role parentale. Se référer aux recommandations de l'OMS : http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/care_child_development/en/
- » Envisager un soutien supplémentaire pour l'enfant si besoin et une orientation vers les services de protection de l'enfance lorsqu'ils existent.

7

EVALUER L'ENVIRONNEMENT SCOLAIRE

L'enfant/adolescent est-il scolarisé?

OUI

NON

» Donner des informations concernant les services scolaires et insister auprès des parents/aidants sur l'importance de maintenir l'enfant/adolescent à l'école autant que possible.

CONSEILS CLINIQUES

» Interroger l'enfant/l'adolescent directement sur les sévices dont il pourrait faire l'objet, si cela est approprié à son âge et si cela ne le met pas en danger.



L'enfant/l'adolescent est-il :

- » Harcelé, brimé, l'objet de moqueries?
- » Empêché de participer et d'apprendre ?
- » Réticent ou refuse d'aller à l'école ?

NON

OUI

» Après avoir reçu le consentement de l'enfant/adolescent, contacter les enseignants et les autres membres du personnel scolaire. Aller à Prise en Charge (2.7).

» S'il y a eu une absence scolaire, essayer d'aider l'enfant/l'adolescent à retourner à l'école dès que possible et explorer les raisons des absences.

» Aller à SME 2 (Prise en Charge)



SME 2 » Prise en charge

PROTOCOLE

1

Retard/Trouble du Développement

- » Conseiller sur le bien-être de l'enfant/adolescent. (2.1)
- » Prévoir une psychoéducation pour les différentes personnes/aidants, conseiller sur le rôle parental. Apporter des informations sur les troubles du développement. (2.2 et 2.3)
- » Apporter un soutien à l'aidant. (2.6)
- » Collaborer avec les enseignants et le personnel scolaire. (2.7)
- » Collaborer avec les autres ressources disponibles, par ex : services de réhabilitation dans la communauté.
- » Prévoir une formation au rôle parental si disponible. (2.8)
- » Pour des enfants avec un trouble du développement, renvoi à un spécialiste pour une évaluation approfondie, des conseils de prise en charge et sur les mesures à prendre au sein de la famille.
- » Assurer un suivi tous les 3 mois ou plus souvent si nécessaire.
- » **NE PAS PROPOSER** de traitement pharmacologique.

PROTOCOLE

2

Problèmes de Comportement

- » Conseiller sur le bien-être de l'enfant/adolescent. (2.1)
- » Conseiller sur la manière d'améliorer le comportement. (2.3)
- » Rechercher et prendre en charge les facteurs de stress, les réduire et renforcer le soutien social.
- » Collaborer avec les enseignants et le personnel scolaire. (2.7)
- » Collaborer avec les autres ressources disponibles.
- » Proposer un suivi.

PROTOCOLE

3

Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDAH)

- » Conseiller sur le bien-être de l'enfant/adolescent. (2.1)
- » Prévoir une psychoéducation pour les différentes personnes/aidants, conseiller sur le rôle parental. (2.2 et 2.3)
- » Rechercher et prendre en charge les facteurs de stress, les réduire et renforcer le soutien social.
- » Prévoir du soutien pour les aidants. (2.6)
- » Collaborer avec les enseignants et le personnel scolaire. (2.7)
- » Collaborer avec les autres ressources disponibles.
- » Envisager une formation au rôle parental si disponible. (2.8)
- » Envisager des interventions comportementales si disponibles. (2.8)
- » Si ces traitements ne réussissent pas ET que l'enfant/adolescent a un diagnostic de TDAH ET a au moins 6 ans, renvoi à un spécialiste pour un traitement au méthylphénidate.
- » Assurer un suivi tous les 3 mois et plus souvent si besoin.

PROTOCOLE

4

Trouble des Conduites

- » Conseiller sur le bien-être de l'enfant/adolescent. (2.1)
- » Prévoir une psychoéducation pour les différentes personnes, conseiller sur le rôle parental. (2.2) 
- » Conseiller sur la manière d'améliorer le comportement. (2.3)
- » Rechercher et prendre en charge les facteurs de stress, les réduire et renforcer le soutien social.
- » Prévoir un soutien pour l'aidant. (2.6)
- » Collaborer avec les enseignants et le personnel scolaire. (2.7)
- » Envisager une formation au rôle parental si disponible. (2.8)
- » Collaborer avec les autres ressources disponibles dans la communauté.
- » Assurer un suivi approprié tous les trois mois ou plus si besoin. 
- » Envisager une intervention comportementale si disponible. (2.8)
- »  **NE PAS PROPOSER** de traitement pharmacologique.

PROTOCOLE

5

Problèmes Émotionnels

- » Conseiller sur le bien-être de l'enfant/adolescent. (2.1)
- » Prévoir une psychoéducation pour les différentes personnes, conseiller sur la rôle parentale. (2.2) 
- » Rechercher et prendre en charge les facteurs de stress, les réduire et renforcer le soutien social.
- » Collaborer avec les enseignants et le personnel scolaire. (2.7)
- » Collaborer avec les autres ressources disponibles.

PROTOCOLE

6

Trouble Émotionnel ou Dépression

- »  **NE PAS** envisager un traitement pharmacologique en première intention.
- »  **NE PAS** prescrire de traitement pharmacologique à un enfant de moins de 12 ans.
- » Conseiller sur le bien-être de l'enfant/adolescent. (2.1)
- » Prévoir une psychoéducation pour la personne et l'aidant. (2.2 et 2.5) 
- » Prévoir un soutien pour l'aidant. (2.6)
- » Collaborer avec les enseignants et le personnel scolaire. (2.7)
- » Collaborer avec les autres ressources disponibles dans la communauté.
- » Rechercher et prendre en charge les facteurs de stress, les réduire et renforcer le soutien social.
- » Envisager une formation au rôle parental si disponible. (2.8)
- » Envisager un renvoi pour une intervention comportementale ou une thérapie interpersonnelle.
- » Si les interventions psychosociales ne fonctionnent pas, consulter un spécialiste pour une administration de fluoxétine (pas d'autres ISRS ou ATC). Passer à » DEP pour le détail des traitements médicamenteux.
- » Assurer un suivi approprié une fois par mois ou plus, si besoin 

INTERVENTIONS PSYCHOSOCIALES

» Des conseils peuvent être donnés à tous parents/aidants rencontrant des difficultés avec le comportement de leur enfant/adolescent, même si l'on ne suspecte pas de trouble du comportement



2.1 Conseils pour promouvoir le bien-être et le fonctionnement de l'enfant/adolescent



» Peuvent être proposés à tous les enfants, adolescents et parents/aidants, même si aucun trouble n'est suspecté.

ENCOURAGER LES PARENTS/AIDANTS À :

- » Passer du temps avec leur enfant dans des activités plaisantes, jouer et communiquer avec lui/elle.
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/care_child_development/en/
- » Ecouter l'enfant/adolescent, faire preuve de compréhension et de respect.
- » Protéger de toute forme de maltraitance, y compris le harcèlement et la violence à la maison, à l'école et dans la communauté.
- » Anticiper les grands changements de la vie (puberté, entrée à l'école, naissance d'un petit frère/ sœur) et assurer un soutien.

ENCOURAGER ET AIDER L'ENFANT/ADOLESCENT À :

- » **Dormir suffisamment.** Favoriser des horaires de coucher réguliers, enlever la télévision et autres écrans de la chambre à coucher.
- » **Manger régulièrement.** Tous les enfants/adolescents ont besoin de trois repas par jour (petit déjeuner, déjeuner et dîner) et de goûters.

- » **Etre actif physiquement.** S'ils le peuvent, les enfants et adolescents de 5 à 17 ans doivent faire 60 minutes ou plus d'activité physique par jour au travers des activités quotidiennes, des jeux et du sport. Voir : www.who.int/dietphysicalactivity/publications/recommendations5_17years
- » Participer autant que possible aux activités scolaires, communautaires et autres activités sociales.
- » Passer du temps avec des amis de confiance et la famille.
- » Eviter la consommation de drogues, d'alcool et de nicotine.

2.2 Psychoéducation de la personne et des parents/aidants et conseils parentaux

- » Expliquer aux parents/aidants et à l'enfant/adolescent le retard ou la difficulté rencontrée d'une manière adaptée, les aider à identifier des forces et des ressources.
- » Féliciter les parents/aidants et l'enfant/adolescent de leurs efforts.
- » Expliquer aux parents/aidants que la prise en charge d'un enfant/adolescent avec un trouble/retard émotionnel, comportemental ou de développement peut être gratifiante, mais aussi un défi important.
- » Expliquer que les personnes présentant un trouble mental ne doivent pas en être tenues pour responsables. Encourager la bienveillance et le soutien de la part des parents/aidants, ainsi que les manifestations d'amour et d'affection.

- » Promouvoir et protéger les droits humains de la personne et de la famille et veiller au respect des droits humains et de la dignité.
- » Aider les parents/aidants à avoir des attentes réalistes et les encourager à contacter d'autres parents/aidants d'enfants/adolescents qui ont des troubles similaires pour mettre en place un soutien mutuel.

2.3 Conseils pour améliorer le comportement

ENCOURAGER LES PARENTS/AIDANTS À :

- » Apporter une attention bienveillante, incluant de jouer avec l'enfant tous les jours. Pour les adolescents, il s'agit de créer des occasions de dialogue.
- » Etre cohérent sur ce que l'enfant/adolescent peut ou ne peut pas faire. Donner des instructions claires, simples et brèves sur ce qu'il doit ou ne doit pas faire.
- » Confier à l'enfant/adolescent des tâches simples à accomplir à la maison, adaptées à ses capacités et le/la féliciter immédiatement après leur réalisation.
- » Féliciter et récompenser l'enfant/adolescent lorsqu'il a de bons comportements et à l'inverse à ne pas récompenser les comportements qui posent problème.
- » S'efforcer d'éviter les confrontations trop importantes ou les situations que l'on prévoit comme difficiles.
- » Réagir seulement aux problèmes de comportement les plus sérieux et donner des punitions modérées (ex : absence de

récompenses et privation d'activités aimées) et peu fréquentes en comparaison avec les félicitations.

- » Retarder les discussions avec l'enfant/adolescent jusqu'à ce que vous soyez suffisamment calme. Eviter les critiques, les cris et les mots blessants.
- » **⊗ NE PAS UTILISER** les menaces ou les punitions corporelles et ne jamais maltraiter physiquement un enfant/adolescent. Les punitions corporelles peuvent endommager la relation entre l'enfant et le parent/l'aidant, elles sont moins efficaces que d'autres méthodes et elles peuvent aggraver le comportement.
- » Encourager les jeux adaptés à l'âge pour les adolescents (ex : sport, dessin ou autres passe-temps) et proposer un soutien pratique (ex : avec les devoirs ou d'autres compétences de vie).

2.4 Psychoéducation pour un retard/trouble du développement

ENCOURAGER LES PARENTS/AIDANTS À :

- » Repérer les forces et les faiblesses de l'enfant, la manière dont il apprend le mieux, ce qui le stresse, ce qui le rend heureux, ce qui provoque des comportements problématiques et ce qui les prévient.
- » Repérer la manière dont l'enfant communique et répond (mots, gestes, expressions non-verbales, comportements).
- » Aider au développement de l'enfant en s'impliquant avec lui dans des jeux et des activités quotidiennes.
- » Tenir compte du fait que les enfants apprennent mieux dans des situations ludiques et positives.

- » Impliquer l'enfant dans la vie de tous les jours, en commençant par des tâches simples et effectuées une par une. Décomposer les tâches en étapes simples, de sorte que l'enfant apprenne et soit récompensé à chaque étape.
- » Mettre en place une routine quotidienne prévisible en mettant en place des horaires quotidiens réguliers pour les repas, les jeux, les apprentissages et le sommeil.
- » Veiller à ce que l'environnement soit stimulant : éviter de laisser l'enfant seul pendant des heures sans personne à qui parler et limiter le temps devant la télé et les jeux électroniques.
- » Maintenir la scolarisation aussi longtemps que possible, dans une classe normale, même si ce n'est qu'à temps partiel.
- » Equilibrer la discipline : lorsque l'enfant se comporte bien, proposer une récompense. Détourner l'attention de l'enfant des choses qu'il ne doit pas faire.
- » **⊗ NE PAS UTILISER** les menaces et les punitions corporelles en cas de comportements problématiques.
- » Les personnes avec un trouble du développement ont souvent des problèmes de comportement associés qui sont difficiles à gérer pour les parents/aidants. Voir les conseils pour améliorer le comportement. (2.3)
- » **Promouvoir et protéger les droits humains de la personne et de la famille et veiller au respect des droits humains et de la dignité.**
 - Eduquer les parents/aidants pour éviter un placement en institution.
 - Faciliter l'accès aux informations et aux services de santé.
 - Promouvoir la scolarisation et les autres formes d'éducation.

- Promouvoir l'accès à l'emploi.
- Promouvoir la participation à la vie de famille et sociale.

2.5 Psychoéducation pour les problèmes/troubles émotionnels, dont la dépression chez l'adolescent

- » Chercher des solutions pour toute situation stressante dans le cadre familial (ex : désaccord entre les parents ou trouble mental chez un parent). Avec l'aide des enseignants, rechercher d'éventuelles situations négatives pour l'enfant dans l'environnement scolaire.
- » Créer des opportunités de moments de qualité avec les parents/aidants et la famille.
- » Encourager et aider l'enfant/l'adolescent à poursuivre (ou reprendre) les activités qui lui plaisent.
- » Encourager l'enfant/l'adolescent à pratiquer une activité physique régulière, en augmentant progressivement la durée des séances.
- » Envisager une formation pour l'enfant/l'adolescent/l'aidant aux techniques de respiration, de relaxation ou à d'autres techniques culturelles semblables.
- » Mettre en place des routines prévisibles le matin et autour du coucher. Favoriser des habitudes de sommeil régulières. Prévoir des horaires réguliers pour les repas, les jeux et les d'apprentissages.
- » En cas de peurs excessives et infondées :
 - Féliciter ou récompenser l'enfant/l'adolescent lorsqu'il se lance dans quelque chose de nouveau ou fait preuve de courage.

INTERVENTIONS PSYCHOSOCIALES (SUITE)

- Aider l'enfant/l'adolescent à faire face à la situation difficile par petites étapes (ex : si un enfant a peur de la séparation d'avec ses parents/aidants, augmenter progressivement la durée des moments où il joue seul avec les parents/aidants à proximité)
- Reconnaître et formuler verbalement les sentiments et les inquiétudes de l'enfant et l'encourager à y faire face.
- Aider l'enfant à prévoir des stratégies pour faire face à une situation redoutée qui surgit.

- » Expliquer que les troubles émotionnels sont courants et peuvent arriver à n'importe qui. Ils ne signifient pas que la personne est faible ou fainéante.
- » Les troubles émotionnels peuvent provoquer des idées non justifiées de désespoir et de dévalorisation. Expliquer que ces représentations de soi vont s'atténuer une fois que les troubles émotionnels seront résolus.
- » Avertir la personne que si elle s'aperçoit qu'elle a des idées d'auto-agression ou de suicide, elle doit en parler à une personne de confiance et demander de l'aide immédiatement.

2.6 Soutien aux parents/aidants

- » Évaluer l'impact psychosocial des troubles de l'enfant/adolescent sur les parents/aidants et proposer un soutien pour leurs besoins personnels, sociaux et de santé mentale.
- » Mobiliser le soutien et les ressources nécessaires pour leur vie de famille, leurs emplois, leurs activités sociales et leur santé.

- » Prévoir des périodes de répit (des personnes de confiance prennent le relais sur de courtes périodes) pour que les parents/aidants puissent faire une pause, en particulier si l'enfant présente un trouble du développement.
- » Soutenir la famille dans la résolution de leurs problèmes sociaux et familiaux.

2.7 Collaborer avec les enseignants et les autres professionnels scolaires

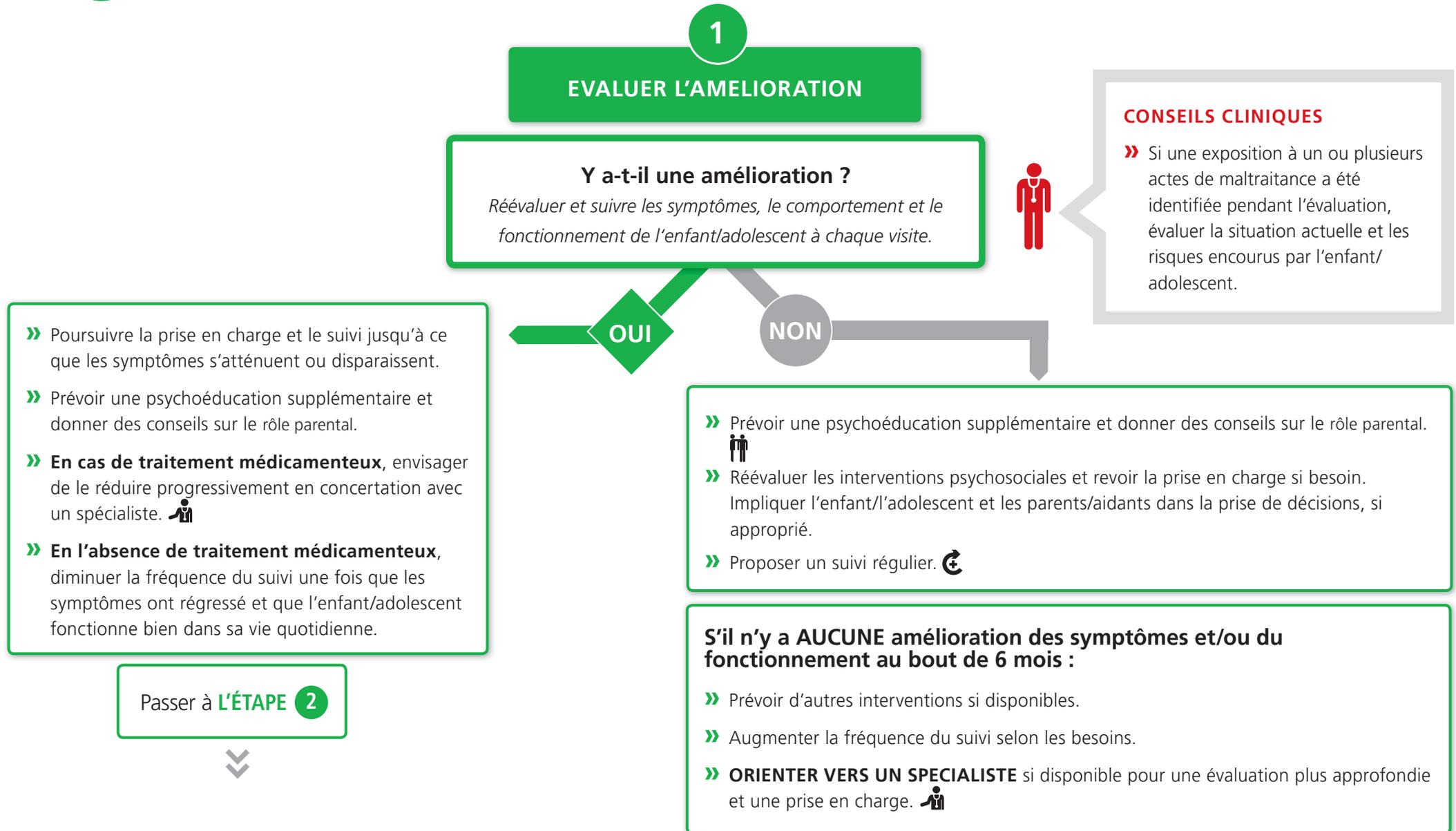
- » Après avoir obtenu le consentement de l'enfant/adolescent et des parents/aidants, contacter l'enseignant pour lui apporter des conseils/établir un plan de soutien à l'apprentissage et à l'intégration de l'enfant/adolescent dans les activités scolaires.
- » Expliquer que le trouble de l'enfant/adolescent affecte ses apprentissages, son comportement et son intégration sociale et que l'enseignant peut apporter de l'aide dans ces domaines.
- » Interroger sur d'éventuelles situations de stress qui peuvent avoir un impact négatif sur le bien-être émotionnel et les apprentissages de l'enfant. Si l'enfant subit un harcèlement, conseiller l'enseignant sur la manière d'y mettre fin.
- » Explorer les stratégies pour aider l'implication de l'enfant dans les activités scolaires et pour faciliter ses apprentissages, son intégration et sa participation.
- » **Astuces simples :**

- Créer des occasions pour que l'enfant/adolescent utilise ses compétences et ses atouts.
- Demander à l'élève de s'asseoir devant une classe.
- Accorder un temps supplémentaire pour permettre à l'élève de comprendre et de terminer un exercice.
- Découper les tâches longues en mini-tâches et soumettre une mini-tâche à la fois.
- Féliciter et récompenser tout particulièrement en cas de réussite.
-  NE PAS UTILISER les menaces et les punitions corporelles ou des critiques excessives.
- Pour les élèves avec des difficultés importantes en classe, recruter une personne volontaire pour l'assister, ou mettre l'élève en binôme avec un pair qui pourra le soutenir et l'aider à apprendre.
- Si l'enfant/l'adolescent a été déscolarisé/absent, aider à un retour rapide à l'école en mettant en place un calendrier de réintégration progressive. Pendant cette période, dispenser l'élève d'interrogations et d'examens.

2.8 Interventions psychologiques brèves

Ce guide ne fournit pas de protocoles spécifiques pour la mise en œuvre d'interventions psychologiques brèves telles que les formations au rôle parental, les thérapies interpersonnelles et les thérapies comportementales. L'OMS a mis au point un kit de formation au rôle parental pour les parents/aidants d'enfants présentant un retard/trouble du développement. Il est disponible sur demande.

SME 3 » Suivi



CONSEILS ET ASTUCES CLINIQUES

- » Pour les adolescents, prévoir de les voir sans les parents/aidants pour une partie de la visite de suivi. Préciser la confidentialité de la discussion ainsi que les conditions permettant d'informer les parents et d'autres adultes.



TROUBLES DU DEVELOPPEMENT

S'il n'y a pas d'amélioration, une aggravation, ou un danger prévisible pour l'enfant, ou si sa santé physique est affectée (ex : problèmes nutritionnels)

- » ORIENTER VERS UN SPECIALISTE pour une évaluation plus approfondie et des conseils sur la prise en charge.
- ❌ **NE PAS** envisager de traitement médicamenteux.

TDAH

S'il n'y a pas d'amélioration, que l'enfant a plus de 6 ans et qu'il a déjà bénéficié d'interventions psychosociales d'au moins 6 mois

- » Orienter ou demander conseil à un SPECIALISTE pour la prescription de méthylphénidate.

TROUBLE DES CONDUITES

S'il n'y a pas d'amélioration ou il y a un danger prévisible pour l'adolescent

- » ORIENTER VERS UN SPECIALISTE pour une évaluation plus approfondie et des conseils sur la prise en charge.
- ❌ **NE PAS** envisager de traitement médicamenteux.

TROUBLES EMOTIONNELS

S'il n'y a pas d'amélioration et que l'enfant/adolescent a déjà bénéficié d'interventions psychosociales d'au moins 6 mois

- » ORIENTER VERS UN SPECIALISTE.
- ❌ **NE PAS** démarrer de traitement médicamenteux.

DEPRESSION

S'il n'y a pas d'amélioration, que l'adolescent a 12 ans ou plus et qu'il a déjà bénéficié d'interventions psychosociales d'au moins 6 mois

- » Orienter ou demander conseil à un SPECIALISTE pour la prescription de fluoxétine (mais aucun autre ISRS ou ATC - Antidépresseurs TriCycliques).

2

REALISER DES EVALUATIONS DE ROUTINE

A chaque visite :

- » Pour les enfants de moins de 5 ans, surveiller son développement.
- » Rechercher tout nouveau problème lié à l'humeur, au comportement ou au développement/à l'apprentissage. Pour les adolescents, rechercher toute dégradation de l'humeur (irritabilité, agacement, frustration, pessimisme ou tristesse) ou idées suicidaires. Retourner à Evaluation, Étape 4 s'il y a une aggravation de l'humeur. Aller à »SUI en cas d'idées suicidaires.
- » Explorer et prendre en charge les facteurs de stress psychosociaux à la maison, à l'école, au travail, y compris toute exposition à la violence ou d'autres formes de maltraitance.
- » Evaluer toutes les possibilités pour que l'enfant/adolescent participe à la vie familiale et sociale.
- » Evaluer les besoins des parents/aidants et les soutiens existants pour la famille.
- » Evaluer la fréquentation scolaire.
- » Revoir la prise en charge et évaluer l'adhésion aux interventions psychosociales.
- » S'il y a un traitement médicamenteux, évaluer l'observance, les effets secondaires et la posologie.

3

SURVEILLER LE TRAITEMENT PHARMACEUTIQUE LE CAS ÉCHÉANT

Suivi renforcé si l'adolescent prend de la fluoxétine

- » Noter le détail de l'ordonnance et de la posologie.
- » **Toutes les semaines pendant le premier mois, puis tous les mois** : rechercher des effets secondaires, des changements d'humeur et tout autre symptôme
- » Consulter un spécialiste si l'on constate des effets secondaires ou indésirables sévères (ex : apparition ou recrudescence d'idées suicidaires, comportements d'auto-agression ou suicidaires, agitation, irritabilité, anxiété, insomnie). 
- » Conseiller à l'adolescent de poursuivre le traitement même s'il se sent mieux. Il faut continuer 9 à 12 mois après la disparition des symptômes pour réduire le risque de rechute.
- » Déconseiller l'arrêt brusque du traitement.
- » **Si les symptômes ont disparu depuis 9 à 12 mois** : Discuter avec l'adolescent et les parents/aidants des risques et bénéfices d'un arrêt progressif du médicament. Réduire le traitement progressivement sur au moins 4 semaines, en surveillant attentivement la survenue de nouveaux symptômes.

Suivi renforcé si l'enfant prend du méthylphénidate

- » Noter le détail de l'ordonnance et de la posologie.
- » Evaluer la possibilité de mésusage ou de détournement.
- » **Tous les 3 mois**: mesurer et noter la taille, le poids, la tension artérielle, les effets secondaires rapportés et les changements de comportement.
- » Consulter un spécialiste en cas de constat d'effets secondaires (ex : gain de poids ou croissance insuffisante, hypertension, agitation, anxiété, insomnie sévère). 
- » **Au bout d'un an de traitement** : consulter un spécialiste pour la poursuite du méthylphénidate.

DEMENCE

La démence est un syndrome chronique et évolutif qui résulte d'altérations dans le cerveau. Bien que la démence puisse apparaître à tout âge, elle est plus fréquente chez les personnes âgées. C'est une cause importante de handicap et de dépendance chez les personnes âgées à l'échelle mondiale. La démence a un impact physique, psychologique, social et économique sur les aidants, les familles et la société dans son ensemble.

Les altérations qui causent la démence provoquent des changements dans les capacités mentales de la personne, dans sa personnalité et dans son comportement. Les personnes souffrant de démence ont souvent des problèmes de mémoire et avec les compétences nécessaires pour mener les activités au quotidien. La démence ne fait pas partie du processus normal de vieillissement. La maladie d'Alzheimer est la cause la plus fréquente de démence, mais elle peut aussi être provoquée par d'autres maladies et lésions du cerveau. Les personnes souffrant de démence consultent souvent en raison d'une mémoire défaillante ou parce qu'elles se sentent déprimées.

D'autres symptômes courants sont une détérioration du contrôle émotionnel, une dégradation des comportements sociaux ou une perte de motivation. Les personnes souffrant de démence peuvent ne pas avoir conscience de ces changements et, par conséquent, ne vont pas consulter. Les membres de la famille peuvent remarquer des problèmes de mémoire, les changements de personnalité ou du comportement, la confusion, les errances ou l'incontinence. Il faut cependant noter que les personnes présentant une démence et leurs aidants peuvent être dans le déni ou minimiser la sévérité des pertes de mémoire et des autres problèmes. La démence conduit à un déclin du fonctionnement cognitif et interfère en général avec les activités de la vie quotidienne – se laver, s'habiller, manger, hygiène personnelle, utilisation des toilettes. Bien que la démence ne puisse être guérie, la vie des personnes qui en souffrent et celle de leurs aidants peuvent être significativement améliorées si on identifie rapidement le trouble et qu'un soutien approprié est mis en place. Ainsi, la santé physique, le fonctionnement cognitif, le niveau d'activité et le bien-être de la personne souffrant de démence peuvent être optimisés.

DEM » Aperçu rapide



EVALUATION

- » Rechercher les signes d'une démence
- » Y a-t-il d'autres explications à ces symptômes ?
 - Eliminer un syndrome confusionnel
 - Eliminer une dépression (pseudo-démence)
- » Rechercher d'autres problèmes médicaux
- » Rechercher des symptômes comportementaux ou psychologiques
- » Eliminez les autres troubles MNS
- » Evaluer les besoins des aidants



PRISE EN CHARGE

- » Protocoles de prise en charge
 1. Démence – sans symptômes comportementaux/psychologiques
 2. Démence – avec symptômes comportementaux/psychologiques
- »  Interventions psychosociales
- »  Interventions pharmacologiques



SUIVI



DEM 1 » Evaluation



CONSEILS CLINIQUES :

S'entretenir avec l'informateur clé (qui connaît bien la personne) et interroger sur les changements récents au niveau des pensées et du raisonnement, de la mémoire et de l'orientation. Alors que les trous de mémoire peuvent être fréquents chez les personnes âgées, certains problèmes peuvent être significatifs sans être fréquents.

Demander, par exemple, si la personne oublie souvent où elle a mis les choses, si elle oublie parfois ce qui s'est passé la veille ou l'endroit où elle se trouve.

Demander à l'informateur quand le problème a commencé, et si cela s'est aggravé avec le temps.

MANIFESTATIONS COURANTES DE LA DEMENCE

- *Perte ou problèmes de mémoire (oublis significatifs), problèmes d'orientation (conscience du temps, du lieu, des personnes)*
- *Problèmes liés à l'humeur ou aux comportements tels que l'apathie (manque d'intérêt) ou irritabilité*
- *Perte du contrôle émotionnel – facilement contrarié, irritable, au bord des larmes*
- *Difficultés à réaliser son travail, les tâches à la maison, les activités sociales*

CONSEILS CLINIQUES

Evaluer la personne directement en testant sa mémoire, son orientation et ses capacités de langage à l'aide d'une évaluation neurologique générale utilisant des outils culturellement adaptés, si disponible. Voir Notions de base du soin et de la pratique clinique (» BSP).



1

Rechercher les signes de démence

Y a-t-il des problèmes de mémoire et/ou d'orientation ?

(ex : oubli de ce qui s'est passé la veille ou ne sait pas où elle est)

NON

OUI

La DEMENCE est peu probable.

» Rechercher d'autres troubles MNS.

La personne a-t-elle des difficultés à réaliser des tâches et activités du quotidien ?

(ex : faire les courses, payer les factures, cuisiner, etc.)

NON

OUI

La DEMENCE est peu probable.

» Rechercher d'autres troubles MNS.

2

Y a-t-il d'autres explications à ces symptômes ?

Les symptômes sont-ils présents et progressent-ils lentement depuis au moins 6 mois ?

OUI

NON

» Rechercher les éléments suivants :

- Déclenchement soudain
- Durée courte (jours ou semaines)
- Perturbations nocturnes accompagnées de conscience altérée
- Désorientation dans le temps et dans l'espace

NON

OUI

La personne souffre-t-elle d'une DEPRESSION modérée à sévère ?
Aller à » DEP.

OUI

NON

Suspecter un syndrome confusionnel

» Rechercher d'éventuelles causes médicales (toxiques/ métaboliques/infectieuses).

- Rechercher une infection urinaire (analyse urinaire)
- Explorer les traitements médicamenteux, surtout ceux ayant des effets secondaires anticholinergiques (ex : antidépresseurs, de nombreux antihistaminiques et les antipsychotiques)
- Evaluer la douleur
- Evaluer l'état nutritionnel, envisager une carence en vitamines ou une anomalie électrolytique

suspecter
DEMENTIA

CONSEILS CLINIQUES

Syndrome confusionnel : fluctuation passagère de l'état mental caractérisée par une attention perturbée qui se développe sur une courte période et tend à varier au cours de la journée. Cela peut résulter de causes organiques aiguës comme d'une infection, des médicaments, d'une anomalie métabolique, d'une intoxication à une substance psychoactive ou d'un sevrage aux substances psychoactives.

CONSEILS CLINIQUES

Une atteinte cognitive peut résulter d'une dépression – "pseudodémence"

» Prendre en charge la dépression. Aller à » DEP.

» Une fois le traitement de la dépression instauré, reconsidérer les critères de démence. Passer à L'ÉTAPE 1



Rechercher d'autres problèmes médicaux

Observe-t-on l'un des éléments suivants ?

- » La personne avait moins de 60 ans à l'apparition des symptômes
- » Les symptômes sont apparus à l'occasion d'un traumatisme crânien, d'un AVC ou d'une perte/altération de la conscience
- » Antécédents cliniques de goitre, pouls lent, sécheresse de la peau (hypothyroïdie)
- » Antécédent de maladie sexuellement transmissible (MST), dont VIH/SIDA

OUI

NON

Caractéristiques Particulières.

» Orienter vers un spécialiste. 

La personne a-t-elle une alimentation pauvre, est-elle malnutrie ou anémique ?

NON

OUI

» Compléments alimentaires, suivi du poids si besoin.

La personne présente-t-elle des facteurs de risque cardio-vasculaires ?

- Hypertension
- Cholestérol élevé
- Diabète
- Tabac
- Obésité
- Maladie cardiaque (douleurs thoraciques, crise cardiaque)
- Antécédent d'AVC ou d'AIT (accident ischémique transitoire)

NON

OUI

- » Orienter vers un SPECIALISTE approprié. 
- » Réduire les facteurs de risque cardio-vasculaire :
 - Conseiller l'arrêt du tabac
 - Traiter l'hypertension
 - Conseiller une perte de poids en cas d'obésité
 - Traiter le diabète

4

Evaluer les besoins des aidants



CONSEILS CLINIQUES

Déterminer :

- Qui est l'aidant principal ?
- Qui d'autre est impliqué et quelle est la nature de l'aide assurée ?
- Quels sont les aspects difficiles à gérer ?

L'aidant a-t-il/elle des difficultés à faire face, est-il/elle sous tension ?

NON

OUI

» **Explorer les interventions psychosociales** ciblant des périodes de répit, l'activation des réseaux de soutien communautaire, et les thérapies familiales/individuelles si disponibles.

L'aidant est-t-il/elle déprimé(e) ?

NON

OUI

» Pour l'évaluation de la dépression, **aller à » DEP.**
 » Essayer de rechercher des solutions pour faire face au stress en offrant du soutien et une psychoéducation. Une thérapie basée sur la résolution de problèmes ou une thérapie comportementale et cognitive.

L'aidant est-il/elle confronté(e) à une perte de revenus et/ou à des dépenses supplémentaires en raison des soins nécessaires ?

NON

OUI

» Explorer les possibilités de soutien financier dans le contexte local, telles que les services de prise en charge du handicap.

5

La personne présente-t-elle L'UN des symptômes
COMPORTEMENTAUX ou PSYCHOLOGIQUES
de la démence suivants ?

**Symptômes comportementaux,
par exemple :**

- » Errances
- » Perturbations nocturnes
- » Agitation
- » Agression

**Symptômes psychologiques,
par exemple :**

- » Hallucinations
- » Délire
- » Anxiété
- » Réactions émotionnelles incontrôlées

OUI

NON

» Aller à **PROTOCOLE 1**

» Aller à **PROTOCOLE 2**

! EN CAS DE RISQUE IMMINENT DE SUICIDE,
EVALUER ET PRENDRE EN CHARGE avant
de passer au Protocole. Aller à » SUI.

SI LA PERSONNE PRESENTE D'AUTRES
TROUBLES MNS CONCOMITANTS,
EVALUER ET PRENDRE EN CHARGE avant
de passer au Protocole



DEM 2 » Prise en charge

PROTOCOLE

1

DEMENCE – sans symptômes comportementaux et/ou psychologiques

- » Assurer une **Psychoéducation** pour la personne et les aidants. (2.1) 
- » Encourager les aidants à mettre en place des interventions pour améliorer le fonctionnement cognitif. (2.4)
- » **Promouvoir l'indépendance**, le fonctionnement et la mobilité (2.3)
- » **Prévoir un soutien pour les aidants.** (2.5)
- » Envisager un traitement médicamenteux seulement dans des contextes où un diagnostic clair de la maladie d'Alzheimer peut être posé ET lorsqu'il est possible de mettre en place un soutien et une supervision adéquats par un spécialiste et un suivi par les aidants (pour le suivi des effets secondaires). (2.6)

PROTOCOLE

2

DEMENCE – avec symptômes comportementaux et/ou psychologiques

Suivre le PROTOCOLE 1

+

- » Prendre en charge les symptômes comportementaux et psychologiques. (2.2)

S'il existe un risque imminent pour la personne ou les aidants :

- » Envisager un traitement antipsychotique si les symptômes persistent ou s'il y a un risque imminent pour la personne. (2.7) 
- » **Orienter vers un spécialiste** si disponible. 

INTERVENTIONS PSYCHOSOCIALES

2.1 La psychoéducation

- » Demander à la personne évaluée pour une démence si elle souhaite connaître le diagnostic et avec qui l'information doit être partagée.
 - Adapter les explications sur la maladie de sorte que la personne comprenne et retienne les informations.
 - Donner les éléments essentiels (ne pas submerger d'informations!).
- » Messages-clés :
 - La démence est une maladie du cerveau qui tend à s'aggraver avec le temps.
 - Bien qu'elle ne guérisse pas, beaucoup de choses peuvent être mises en place pour aider et soutenir la personne et sa famille.
 - Un grand nombre des problèmes spécifiques peuvent être pris en charge lorsqu'ils se présentent. On peut faire beaucoup pour soulager la personne et faire en sorte que son accompagnement soit moins stressant pour les aidants.

2.2 Prendre en charge les symptômes comportementaux et psychologiques

- » Identifier et traiter les problèmes physiques sous-jacents qui peuvent affecter le comportement. Rechercher l'existence de douleurs, d'infections etc. à l'examen physique (Aller à **»BSP**). Orienter vers un spécialiste si besoin. 

- » Identifier les événements (ex : courses dans un marché bondé) ou les facteurs (ex : sortir seul) qui peuvent précéder, déclencher ou aggraver les problèmes de comportement. Si possible agir sur ces déclencheurs.
- » Envisager d'adapter l'environnement, par exemple avec des lieux pour s'asseoir, des zones sûres de déambulation, des panneaux (ex : "sortie interdite" sur la porte qui donne vers la rue, flèche pour les toilettes).
- » Lorsque la personne est agitée, encourager des stratégies rassurantes, calmantes ou détournant l'attention. Suggérer une activité que la personne aime (ex : faire une promenade, écouter de la musique, entamer une conversation).

2.3 Encourager la participation active aux activités quotidiennes et à la vie communautaire

- » Pour les interventions qui favorisent la participation active aux activités quotidiennes, aller à **»BSP**.
- » Prévoir ces activités en favorisant les activités autonomes, fonctionnelles qui aident à s'adapter et à développer des capacités et qui minimisent le besoin de soutien. Faciliter la réalisation et la participation à des activités communautaires impliquant d'autres personnes et leurs aidants. Faciliter la collaboration avec les ressources sociales disponibles.
 - Donner des conseils sur comment garder une indépendance concernant les activités d'hygiène, y compris celles encourageant la prise de liquide (en cas

d'incontinence, évaluer toutes les causes et les traitements possibles avant de conclure un problème permanent).

- Veiller à ce que le domicile soit sécurisé pour réduire le risque de chutes et de blessures.
- Informer les membres de la famille sur l'importance de garder le sol de la maison débarrassé de toute accumulation d'objets pour réduire le risque de chutes.
- Recommander des adaptations dans la maison de la personne. Des rampes peuvent être utiles. Des panneaux indicateurs (ex : WC, chambre, salle de bains) peuvent aider à ce que la personne ne se perde pas ou ne se désoriente pas à la maison.
- Recommander une activité physique et de l'exercice pour entretenir la mobilité et limiter le risque de chutes.
- Conseiller des activités récréatives (adaptées au stade et à la sévérité de la démence).
- Prendre en charge les déficits sensoriels (mauvaise vue ou audition) avec un appareillage adéquat (ex : loupe, appareil auditif)
- Orienter vers une ergothérapie, si disponible.

2.4 Interventions pour améliorer le fonctionnement cognitif

Encourager les aidants à :

- » Fournir régulièrement à la personne des indications lui permettant de se situer (ex : le jour, la date, l'heure, le nom des personnes) de sorte que la personne puisse continuer à se repérer.

PSYCHOSOCIAL (suite)

- » Utiliser des supports comme les journaux, la radio, la télévision, les albums de famille et les objets familiers pour favoriser la communication, l'orientation dans les événements en cours, pour stimuler la mémoire et pour permettre à la personne de partager et de faire profiter de son expérience.
- » Utiliser des phrases courtes et simples pour communiquer verbalement. Minimiser autant que possible les bruits parasites (radio, télé, autre conversation). Ecouter attentivement ce que dit la personne.
- » Faire en sorte que les choses restent simples, éviter de changer les habitudes et, dans la mesure du possible, éviter d'exposer la personne à des lieux inconnus et déstabilisants.

2.5 Soutien aux aidants

- » Evaluer l'impact sur les aidants et leurs besoins afin de mettre à disposition le soutien et les ressources nécessaires à leur vie de famille, leurs emplois, leurs activités sociales et leur santé (voir » DEM 1).
- » Exprimer clairement que s'occuper d'une personne avec une démence peut être stressant et frustrant. **Il faut inciter les aidants à respecter la dignité de la personne souffrant de démence, à éviter toute hostilité et toute négligence envers elle.**
- » Encourager les aidants à solliciter de l'aide s'ils rencontrent des difficultés ou du stress dans la prise en charge de leur proche.

INTERVENTIONS PHARMACOLOGIQUES

- » Informer l'aidant au sujet de la démence tout en respectant les vœux de la personne concernée.
- » Offrir une formation et un soutien concernant des compétences spécifiques, par exemple pour gérer les comportements difficiles, si cela s'avère utile. Pour plus d'efficacité, impliquer activement l'aidant (ex : jeux de rôles).
- » Envisager une aide concrète lorsque c'est possible, par exemple soins de répit à domicile. Une autre famille ou une personne de confiance peut surveiller et prendre soin de la personne souffrant de démence pour permettre à l'aidant principal de se reposer, ou de faire autre chose.
- » Explorer la possibilité pour la personne de bénéficier d'une aide pour les personnes vivant avec un handicap ou toute autre forme de soutien social/financier (étatique ou non-étatique).

2.6 Pour une démence sans symptômes comportementaux ou psychologiques

- » ❌ Ne pas envisager les anticholinestérasiques (ex : donépézil, galantamine et rivastigmine) ou mémantine pour tous les cas de démence.
- » Envisager un traitement médicamenteux seulement dans des contextes où un diagnostic clair de la maladie d'Alzheimer peut être posé ET lorsqu'il est possible de mettre en place un **soutien et une supervision adéquats par un spécialiste** et un suivi par les aidants (pour le suivi des effets secondaires).

Si approprié :

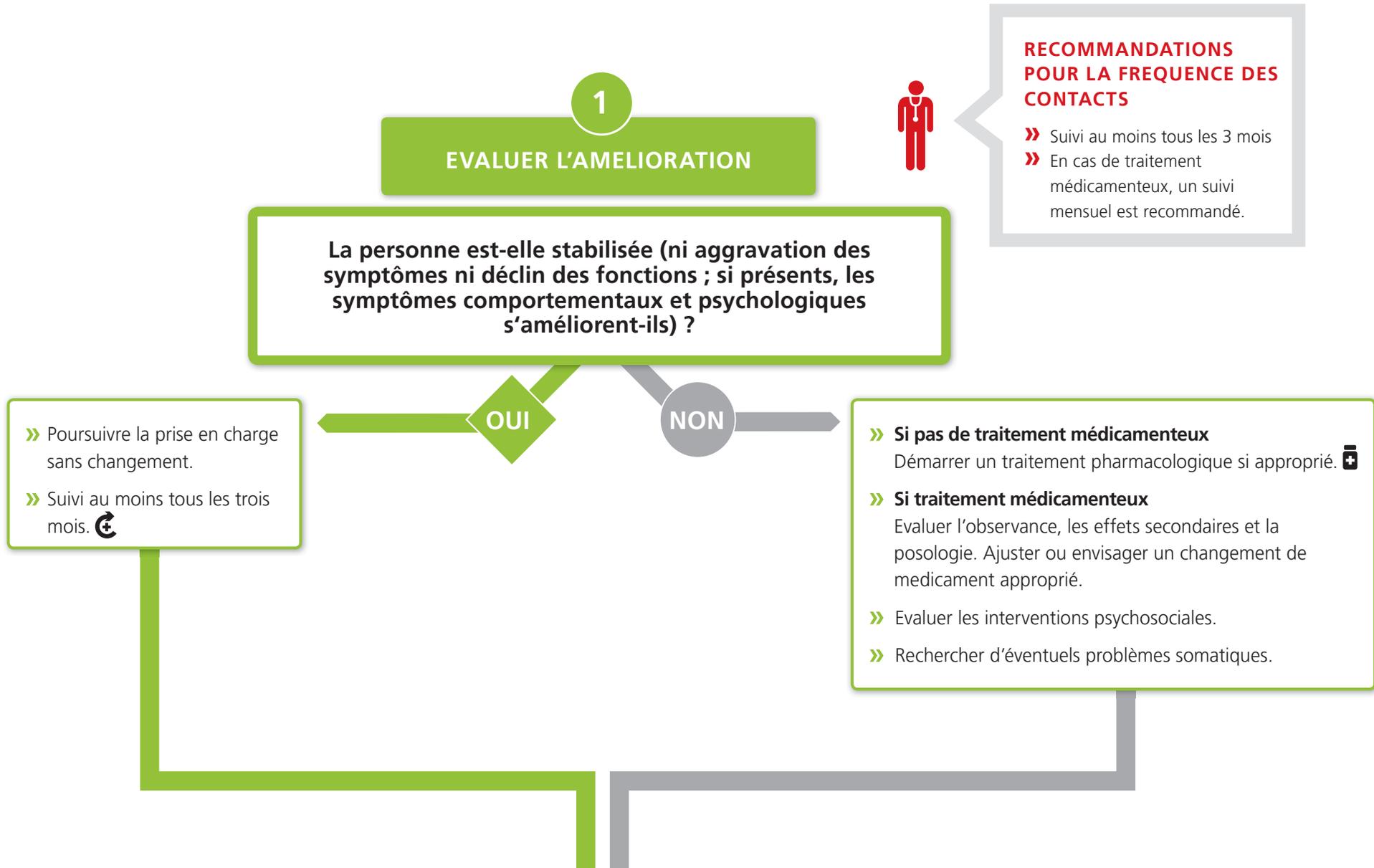
- » Pour une démence avec suspicion de maladie d'Alzheimer et avec la possibilité d'un SUIVI RAPPROCHE, envisager les anticholinestérasiques (ex : donépézil, galantamine, rivastigmine) OU mémantine.
- » Pour une démence avec maladie vasculaire concomitante, envisager la mémantine.

2.7 Traitements antipsychotiques pour des symptômes comportementaux et psychologiques

- » Mettre en place des interventions psychosociales en première intention. 
- » En cas de risque imminent pour la personne ou les aidants, envisager les antipsychotiques. Aller à » PSY 2, **Prise en Charge** pour des informations sur les traitements antipsychotiques.
- » Respecter les principes suivants :
 - « Démarrer à faible dose, augmenter lentement » (augmenter progressivement les doses) et réévaluer les besoins régulièrement (au moins de manière mensuelle).
 - Se limiter à la dose minimale efficace.
 - Rechercher des symptômes extrapyramidaux.
- » ❌ Eviter l'halopéridol iv.
- » ❌ Eviter le diazépam.



DEM 3 » Suivi



2

PREVOIR DES EVALUATIONS DE ROUTINE

A chaque visite, évaluer systématiquement et prendre en charge les éléments suivants :

- » **Effets secondaires des médicaments**
En cas de traitement antipsychotique, rechercher des symptômes extrapyramidaux (Aller à » **PSY**). S'ils sont présents, arrêter ou réduire le traitement.
- » **Comorbidités médicales ou troubles MNS concomitants.**
- » **Capacité à participer aux activités de la vie quotidienne et besoins éventuels de soutien dans ce domaine.**
- » **Risques en lien avec la sécurité** ; proposer des modifications dans les comportements si la maladie s'est aggravée (ex : limiter la conduite automobile, la cuisine, etc.).
- » **Nouveaux symptômes comportementaux ou psychologiques**
- » **Symptômes de dépression** (Aller à » **DEP**)
ou **risque imminent d'auto-agression ou de suicide** (Aller à » **SUI**).
- » **Besoins des aidants**

3

OFFRIR DES INTERVENTIONS PSYCHOSOCIALES

- » **Continuer à encourager le fonctionnement de la personne et offrir des interventions psychosociales** 
Voir » **DEM 2.1-2.5** and » **BSP** pour plus de détails.

TROUBLES LIÉS A L'UTILISATION DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

Les troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives incluent à la fois les troubles liés à la consommation d'alcool et de drogues, mais également certains troubles parmi lesquels l'intoxication aiguë, l'overdose et le syndrome de sevrage.

L'INTOXICATION AIGUË est un trouble transitoire qui fait suite à la consommation d'une substance psychoactive provoquant des altérations de la conscience, des cognitions, des perceptions, des affects ou du comportement.

L'OVERDOSE est l'utilisation d'une substance en telle quantité qu'elle a des effets aigus défavorables sur le plan physique ou mental.

LE SYNDROME DE SEVRAGE correspond à un ensemble de symptômes désagréables expérimentés à la suite de l'arrêt ou de la réduction brutale d'une substance psychoactive, chez une personne qui a consommé une dose suffisamment élevée et pendant une période suffisamment longue pour qu'elle en soit dépendante. Les symptômes de sevrage sont essentiellement

les effets inverses de ceux produits par la substance psychoactive.

LA CONSOMMATION NOCIVE correspond à un niveau de consommation de substances psychoactives qui affecte la santé. Les effets négatifs peuvent être physiques (ex : maladie hépatique) ou mentaux (ex : épisodes de dépression). Cela est souvent associé à des conséquences sociales (ex : problèmes au travail ou avec les proches).

LA DEPENDANCE correspond à un phénomène regroupant des manifestations physiologiques, comportementales et cognitives pendant lequel l'utilisation d'une substance psychoactive devient prioritaire par rapport à d'autres comportements auparavant privilégiés par la personne. La dépendance se caractérise par une envie irrésistible de consommer la substance et par une perte de contrôle vis-à-vis de celle-ci. Elle est souvent associée à une consommation très élevée et à la présence d'un syndrome de sevrage en cas d'arrêt de la consommation.

SUB » Aperçu rapide



EVALUATION

» EVALUATION EN URGENCE :

S'agit-il d'une intoxication ou d'un syndrome de sevrage ?

- La personne paraît-elle sédaturée ?
- La personne paraît-elle sur-stimulée, anxieuse ou agitée ?
- Le personne paraît-elle confuse ?

» La personne consomme-t-elle des substances psychoactives ?

» Y a-t-il une consommation nocive ?

» La personne est-elle dépendante d'une substance psychoactive ?



PRISE EN CHARGE

» Protocoles de prise en charge

1. Consommation nocive
2. Dépendance
3. Syndrome de sevrage à l'alcool
4. Syndrome de sevrage aux opiacés
5. Traitement de substitution aux opiacés
6. Syndrome de sevrage aux benzodiazépines

»  Interventions psychosociales

»  Interventions pharmacologiques



SUIVI

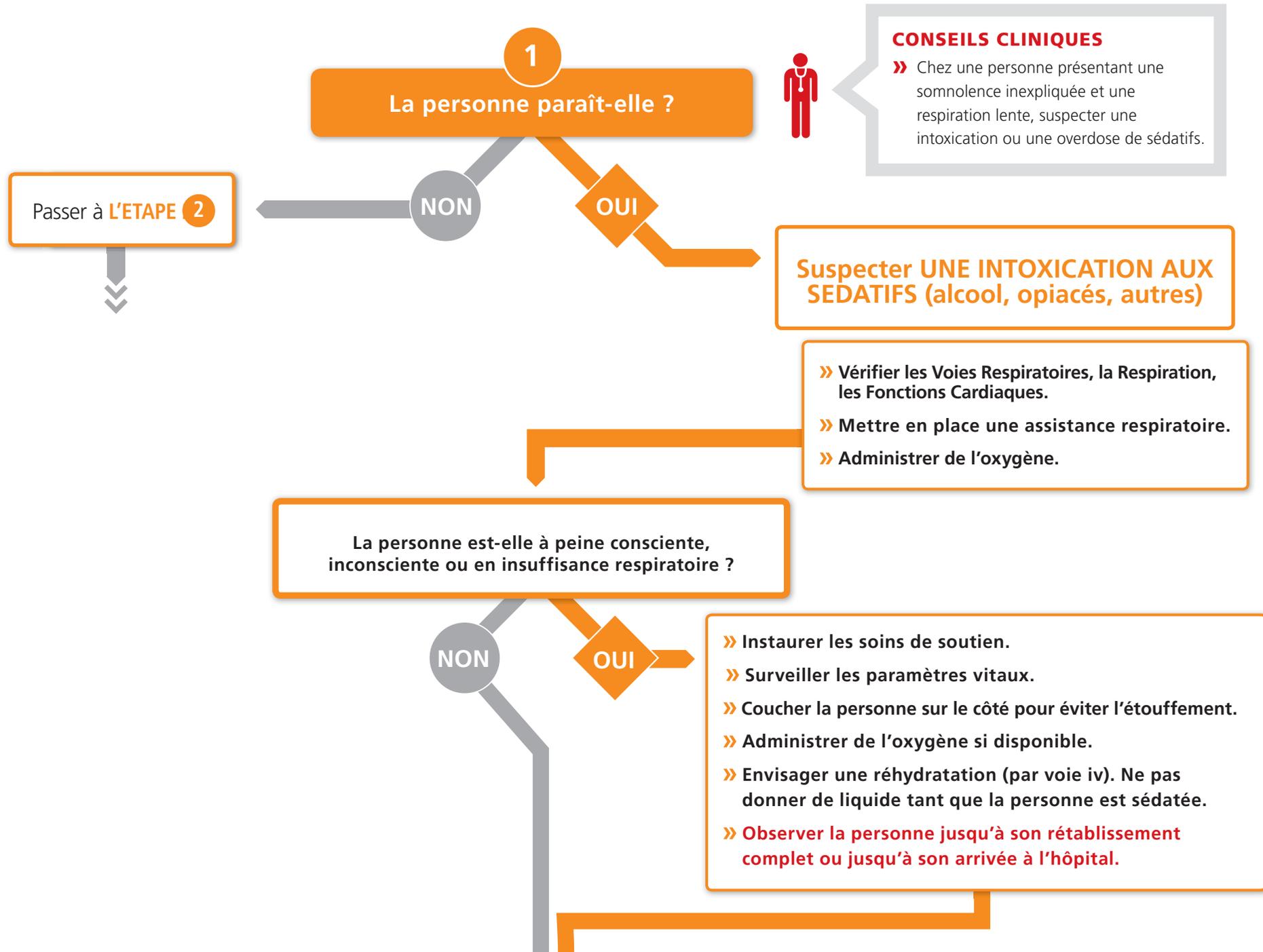


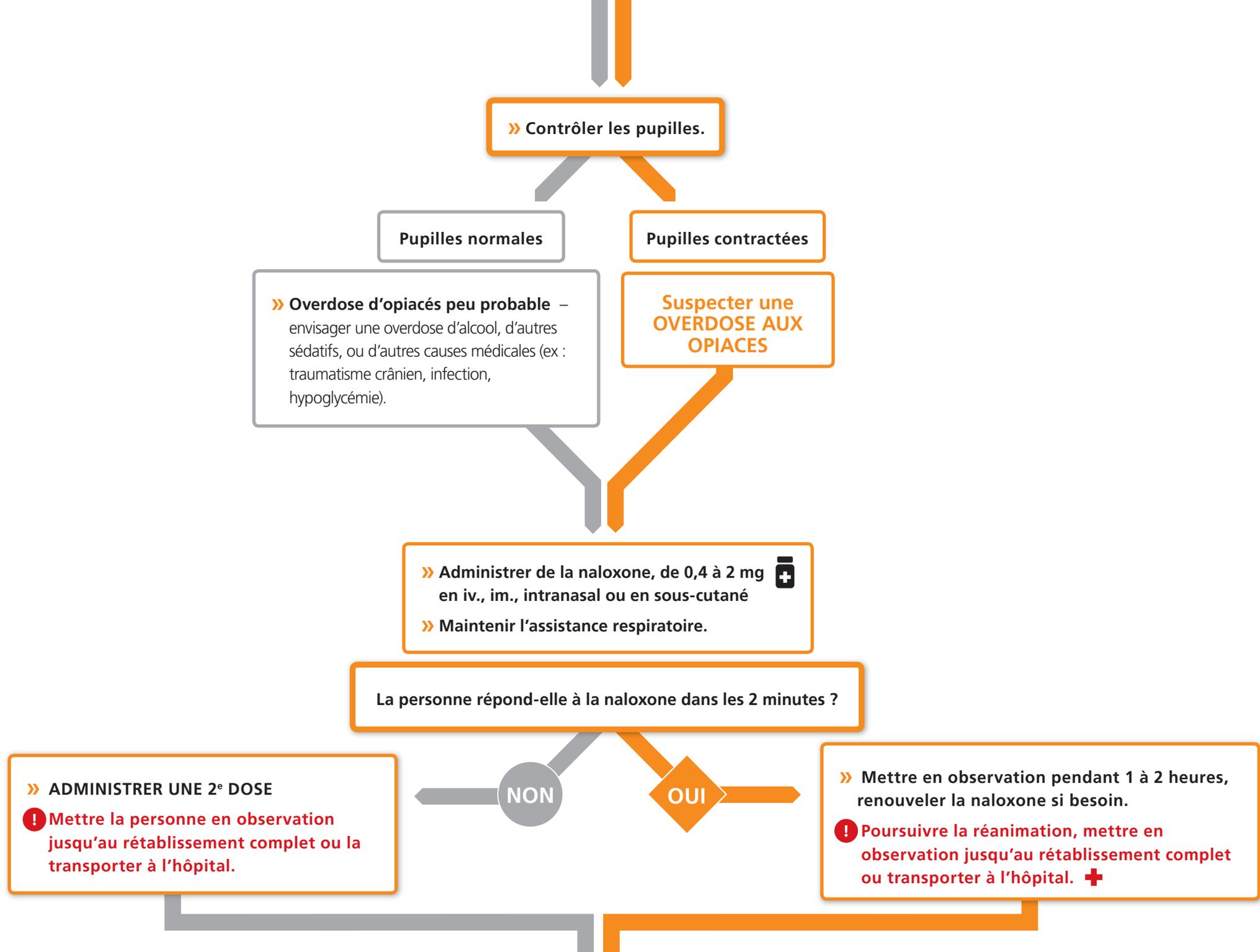
SUB » URGENCE

En l'absence de situation d'urgence, Passer à »SUB 1, Evaluation.

PRESENTATIONS D'URGENCE POUR LES TROUBLES LIES A L'UTILISATION DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

- **Intoxication à l'alcool** : haleine sentant l'alcool, parole mal articulée, comportements désinhibés, altérations de la conscience, des cognitions, des perceptions, des affects ou du comportement
- **Overdose aux opiacés** : la personne est inconsciente ou à peine consciente, respiration lente, pupilles contractées
- **Syndrome de sevrage à l'alcool ou autre sédatif** : tremblement des mains, sudation, vomissements, pouls et tension élevés, agitation, céphalées, nausées, anxiété, convulsions et confusion dans les cas sévères
- **Intoxication aux stimulants** : pupilles dilatées, excitation, pensées qui défilent, comportements étranges, consommation récente de substances psychoactives, pouls et tension élevés, agressivité, comportements désordonnés ou violents
- **Délire associé à la consommation de substances psychoactives** : confusion, hallucinations, pensées qui défilent, anxiété, agitation, désorientation, typiquement associé à une intoxication aux stimulants ou à un syndrome de sevrage à l'alcool ou autre sédatif





2

La personne semble-t-elle sur-stimulée,
anxieuse ou agitée ?

OUI

NON

Passer à l'ÉTAPE 3

EVALUER ET PRENDRE EN CHARGE A – D

A

La personne a récemment cessé sa consommation d'alcool ou de sédatifs et présente l'un des signes suivants : tremblements, sudation, vomissements, tension artérielle et fréquence cardiaque élevées, agitation.

Suspecter un
SYNDROME DE SEVRAGE A L'ALCOOL, AUX BENZODIAZEPINES, OU AUTRES SEDATIFS

» PRENDRE EN CHARGE LE SYNDROME DE SEVRAGE

- Si la personne tremble, transpire, ou présente une modification des paramètres vitaux, administrer du diazépam, de 10 à 20 mg (po.), et orienter vers l'hôpital ou un centre de désintoxication si possible.
- Mettre en observation, réitérer la dose si besoin en cas de persistance des signes de sevrage (tremblement, sudation, tension artérielle et fréquence cardiaque élevées).
- **Uniquement** pour le syndrome de sevrage à l'alcool: administrer de la thiamine 100 mg par jour pendant 5 jours.

!

ORIENTER IMMEDIATEMENT A L'HOPITAL en présence de l'un ou l'autre des éléments suivants :



- Autres problèmes médicaux graves, ex : encéphalopathie hépatique, saignement gastro-intestinal ou traumatisme crânien.
- Convulsions : administrer du diazépam, de 10 à 20 mg po., iv. ou rectal (pr.) en première intention.
- Délire : administrer du diazépam, de 10 à 20 mg po., iv. ou pr. en première intention. Si le délire est sévère et ne répond pas au diazépam, administrer un traitement antipsychotique comme l'halopéridol, de 1 à 2.5 mg po. ou im. Pour le traitement des autres signes (tremblements, sudation, altérations des paramètres vitaux), poursuivre le diazépam po., iv. ou pr.

B

La personne a récemment utilisé des stimulants (cocaïne, stimulants tels qu'amphétamine ou autres) et présente l'un des signes suivants :
pupilles dilatées, anxiété, agitation, hyperexcitabilité, accélération de la pensée, tension artérielle et fréquence cardiaque élevées.

Suspecter une INTOXICATION AIGUË AUX STIMULANTS

- » Administrer du diazépam, 5 à 10 mg po., iv., ou pr. par doses graduelles jusqu'à ce que la personne se calme et soit légèrement sédatur.
- » Si les symptômes psychotiques ne répondent pas au diazépam, envisager l'halopéridol, 1 à 2.5 mg po. ou im. **Poursuivre jusqu'à la résolution des symptômes. S'ils persistent, Aller à »PSY.**
- » Pour la prise en charge des personnes au comportement agressif et/ou agité, **Aller à »PSY, Tableau 5.**
- » **Si la personne a des douleurs thoraciques, une tachycardie/arythmie ou des signes neurologiques, ORIENTER VERS L'HÔPITAL. +**
- » **Pendant la phase post-intoxication, surveiller la survenue de pensées ou d'actes suicidaires. Si c'est le cas, aller à »SUI.**

C

La personne a récemment cessé de consommer des opiacés et présente l'un des signes suivants :
pupilles dilatées, douleurs musculaires, crampes abdominales, céphalées, nausées, vomissements, diarrhée, écoulements nasal ou oculaire, anxiété, agitation

Suspecter un SYNDROME DE SEVRAGE AIGU AUX OPIACES

- » **PRENDRE EN CHARGE LE SYNDROME DE SEVRAGE AUX OPIACES**
 - Méthadone 20 mg, avec dose supplémentaire, de 5 à 10 mg, 4 heures plus tard si besoin.
 - Buprénorphine, de 4 à 8 mg, avec dose supplémentaire 12 heures plus tard si besoin.
 - Si on ne dispose ni de méthadone ni de buprénorphine, tous les opiacés peuvent être utilisés dans un contexte d'état aigu, ex : sulfate de morphine, de 10 à 20 mg au démarrage et 10 mg supplémentaires si besoin. Envisager également les agonistes alpha-adrénergiques (ex : clonidine ou lofexidine).
- » **Un fois la personne stabilisée, aller à »SUB 2**

D

ELIMINER LES AUTRES CAUSES MEDICALES POSSIBLES ET LES AUTRES TROUBLES MNS PRIORITAIRES.

3
La personne semble-t-elle confuse ?

OUI

NON

Passer à **SUB 1 Evaluation**

Y a-t-il des troubles médicaux qui pourraient expliquer une confusion, tels que:

- Traumatisme crânien
- Encéphalopathie hépatique
- Hypoglycémie
- Accident vasculaire cérébral (AVC)
- Pneumonie ou autres infections

NON

OUI

! » Prendre en charge la condition physique⁺ et orienter la personne vers l'hôpital.

EVALUER ET PRENDRE EN CHARGE **A** – **C**

A

La personne a cessé de boire depuis moins d'une semaine :

confusion, hallucinations, accélération des pensées, anxiété, agitation, désorientation, typiquement associé à une intoxication aux stimulants ou au syndrome de sevrage à l'alcool (ou autre sédatif).

Suspecter un
DELIRIUM TREMENS

- » Si la personne présente d'autres signes de syndrome de sevrage à l'alcool ou autre sédatif (tremblements, sudation, altérations des paramètres vitaux) :
 - Traiter au diazépam, de 10 à 20 mg po. selon les besoins.
 - **ORIENTER VERS L'HOPITAL.** ⁺
- » Prendre en charge le délire avec des antipsychotiques comme l'halopéridol, 1 0 2.5 mg po. ou im.

B

La personne boit excessivement depuis plusieurs jours ET présente l'un des signes suivants :

- nystagmus (mouvements rapides, involontaires et répétés des yeux)
- ophtalmoplégie (faiblesse ou paralysie d'un/de plusieurs muscle/s contrôlant le mouvement des yeux)
- ataxie (mouvements non coordonnés).

Suspecter une ENCEPHALOPATHIE DE WERNICKE

» Traiter avec de la thiamine, de 100 à 500 mg 2 à 3 fois par jour iv. ou im. pendant 3 à 5 jours.

» **ORIENTER VERS L'HOPITAL.** 

C

La personne a consommé des stimulants ces derniers jours :

pupilles dilatées, excitation, accélération des pensées, pensées désordonnées, comportements étranges, consommation récente de substances psychoactives, pouls et tension élevés, comportements agressifs, désordonnés ou violents.

Suspecter une INTOXICATION AUX STIMULANTS OU AUX HALLUCINOGENES

» Traiter avec du diazépam, 5 à 10 mg po., iv. ou pr. jusqu'à obtenir une sédation légère.

» Si les symptômes psychotiques **ne répondent pas au diazépam, envisager un antipsychotique comme l'halopéridol, 1 à 2.5 mg po. ou im.**

» Si les **symptômes psychotiques persistent**, aller à **»PSY**



CONSEILS CLINIQUES

» Après la prise en charge de la situation d'urgence, passer à **»SUB 1 évaluation** et **»SUB 2 protocoles de prise en charge 1 à 6** selon les cas.



SUB 1 » Evaluation

PRESENTATIONS COURANTES DES TROUBLES LIÉS À L'UTILISATION DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

- La personne paraît être sous l'emprise de drogues ou d'alcool (ex : sent l'alcool, parole mal articulée, paraît endormie, comportements désordonnés).
- Signes d'une consommation récente de drogues (marques récentes d'injection, infections de la peau).
- Signes et symptômes d'effets comportementaux aigus, symptômes de sevrage ou signes d'un usage prolongé (**voir Encadré 1**).
- Détérioration du fonctionnement social (difficultés au travail, à la maison, apparence négligée).
- Signes d'une maladie hépatique chronique (enzymes hépatiques anormales), jaunisse de la peau et des yeux, foie palpable et sensible (stade précoce d'une maladie du foie), ascite (épanchement de fluide dans l'abdomen), angiome stellaire (vaisseaux sanguins « en araignée » visibles à la surface de la peau), état mental altéré (encéphalopathie hépatique).
- Problèmes avec l'équilibre, la marche, la coordination des mouvements, nystagmus.
- On peut constater : anémie macrocyte, faible numération plaquettaire, volume corpusculaire moyen élevé.
- Présentation d'urgence en raison d'un syndrome de sevrage, d'une overdose ou d'une intoxication à une substance psychoactive. La personne peut paraître endormie, surstimulée, agitée, anxieuse ou confuse.
- **Une personne ayant un trouble lié à l'utilisation de substances psychoactives ne le signalera pas forcément.**
Rechercher :
 - Les demandes récurrentes de prescription de médicaments psychoactifs, y compris des analgésiques
 - Les blessures
 - Les infections liées à l'utilisation de drogues injectables (VIH/SIDA, hépatite C)



CONSEILS ET ASTUCES CLINIQUES

- » Éviter les stéréotypes ! Il faut interroger toutes les personnes se présentant dans un centre de santé sur leurs consommations de tabac et d'alcool.

ENCADRE 1: SUBSTANCES PSYCHOACTIVES: EFFETS COMPORTEMENTAUX AIGUS, CARACTÉRISTIQUES DU SYNDROME DE SEVRAGE, EFFETS D'UNE UTILISATION PROLONGÉE

	EFFETS COMPORTEMENTAUX AIGUS	CARACTÉRISTIQUES DU SYNDROME DE SEVRAGE	EFFETS D'UNE UTILISATION PROLONGÉE
Alcool	Haleine sentant l'alcool, parole mal articulée, comportement désinhibé, agitation, vomissements, marche incertaine	Tremblement, nausées/vomissements, hypertension artérielle, tachycardie, convulsions, agitation, confusion, hallucinations Le pronostic vital peut être engagé	Perte de volume cérébral, réduction des capacités cognitives, jugement altéré, pertes d'équilibre, fibrose hépatique, gastrite, anémie, risque augmenté de certains cancers et d'autres problèmes médicaux.
Benzodiazépines	Parole mal articulée, comportement désinhibé, marche incertaine	Anxiété, insomnie, tremblements, nausées, vomissements, fréquence cardiaque et tension élevées, convulsions, agitation, confusion, hallucinations Le pronostic vital peut être engagé	Perte de mémoire, risque accru de chutes chez les personnes âgées, risque de surdosage fatal de sédatifs
Opiacés	Myosis, somnolence, endormissement, conscience réduite, parole lente	Pupilles dilatées, anxiété, nausées, vomissements, diarrhée, crampes abdominales, douleurs musculaires, céphalées, écoulements nasal et oculaire, bâillements, frissons, hypertension artérielle, tachycardie.	Constipation, risque d'overdose fatale de sédatifs hypogonadisme, altérations dans la réponse aux récompenses, aux apprentissages et au stress
Tabac	Excitation, attention accrue, concentration, mémoire. Diminution de l'anxiété et de l'appétit, effets ressemblant à ceux des stimulants.	Irritabilité, hostilité, anxiété, dysphorie, déprime, fréquence cardiaque accrue, appétit accru	Maladie pulmonaire (chez les fumeurs de tabac), maladie cardiovasculaire, risque de cancers et autres troubles
Cocaïne, méthamphétamines et stimulants du type amphétamine	Pupilles dilatées, hypertension artérielle, tachycardie, excitation, euphorie, hyperactivité, parole rapide, accélération des pensées ou pensées désorganisées, paranoïa, comportements agressifs, désordonnés, violents	Fatigue, appétit accru, humeur dépressive et irritable Attention aux pensées suicidaires	Hypertension, risque accru d'AVC, d'arythmie, de maladie cardiaque, anxiété, dépression.
Qat	Excitation, euphorie, excitation légère	Léthargie, humeur déprimée, irritabilité	Constipation, risques de troubles mentaux comme la psychose.
Cannabis	Pupilles normales, tissu conjonctif rouge, réponses tardives, euphorie, sédation	Déprime ou labilité, anxiété, irritabilité, sommeil perturbé (mais il n'y a pas forcément de signes évidents)	Risque accru de troubles mentaux dont anxiété, paranoïa, psychose, manque de motivation, manque de concentration, risque accru de vasospasmes conduisant à un infarctus du myocarde et AVC
Tramadol	Effets des opiacés (sédation, euphorie, etc.) suivi par des effets stimulants (excitation et convulsions à des doses élevées)	Ressemble aux effets du syndrome de sevrage aux opiacés, mais également aux effets du syndrome de sevrage aux ISRS (humeur déprimée, léthargie)	Dépendance aux opiacés, risque de convulsions, sommeil perturbé
Solvants volatiles	Vertiges, désorientation, euphorie, ivresse, changement d'humeur, hallucinations, délire, manque de coordination, vision perturbée, anxiolyse, sédation	Augmente le risque de convulsions	Fonction cognitive altérée et démence, neuropathie périphérique, autres séquelles neurologiques, risque accru d'arythmie pouvant provoquer une mort subite
Hallucinogènes	Fréquence cardiaque, tension et température élevées, appétit diminué, nausée, vomissements, manque de coordination motrice, pupilles dilatées, hallucinations	Pas d'informations	Episode psychotique aigu ou chronique, reviviscences des effets des drogues longtemps après l'arrêt de la consommation
MDMA	Amélioration de la confiance en soi, de l'empathie, de la compréhension, de la sensation d'intimité et de la communication, euphorie, énergie	Nausées, raideur des muscles, céphalée, perte d'appétit, vision trouble, bouche sèche, insomnie, dépression, anxiété, fatigue, difficultés de concentration	Neurotoxique, entraîne des conséquences comportementales et physiologiques, dépression

1

La personne consomme-t-elle des substances psychoactives ?

Interroger sur la consommation de tabac, d'alcool et de médicaments psychoactifs prescrits. Selon le contexte et la présentation, interroger aussi sur le cannabis et d'autres substances psychoactives.



CONSEILS CLINIQUES

Lors du recueil des antécédents, demander à la personne:

- » Comment elle a commencé à consommer des substances ?
- » A quel moment ?
- » Que se passait-il dans sa vie à cette époque ?
- » Si quelqu'un de son entourage consomme des substances ?
- » Si elle a essayé de réduire sa consommation ? Pour quelle raison ? Que s'est-il passé ?

- » Mettre l'accent sur les bénéfices, en termes de santé, de ne pas consommer de substances psychoactives.

» **QUITTER CE MODULE**

NON

OUI

2

Cette consommation de substances psychoactives est-elle nocive ?

Pour chaque substance consommée, évaluer :

A La fréquence et les quantités consommées. (Indice : demander « Combien de jours par semaine utilisez-vous la substance psychoactive ?

Quelle quantité par jour ? »)

B Comportements à risque ou délétères. (Indice : demander « Votre consommation vous crée-t-elle des problèmes ? »)

- | | | |
|--|--|--|
| – Blessures et accidents | – Activité sexuelle sous influence d'une substance, risquée ou regrettée ensuite | – Violence envers les autres |
| – Conduite automobile sous influence | – Problèmes financiers ou judiciaires | – Mauvais résultats scolaires ou professionnels |
| – Injection de drogues, partage de seringues, réutilisation de seringues | – Incapacité à prendre en charge correctement ses enfants | – Mauvaise performance dans les rôles sociaux quotidiens (ex : rôle parentale) |
| – Problème relationnel ou de couple en raison de la consommation | | |

NON

OUI



Retenir les réponses pour les reprendre plus tard dans l'évaluation.

3

Existe-t-il une **DEPENDANCE** ?

Pour chaque substance consommée, rechercher les signes de dépendance suivants :

- Consommations élevées et fréquentes
- **Envie irrépressible** de ou compulsion à consommer la substance psychoactive
- Difficulté à **autoréguler la consommation** malgré les risques encourus et les conséquences négatives associées
- Augmentation du niveau de tolérance et apparition d'un syndrome de sevrage en cas d'arrêt

CONSEILS CLINIQUES

Habitudes de consommation suggérant une dépendance incluent :

- TABAC** : plusieurs fois par jour, démarrant souvent le matin.
- ALCOOL** : plus de 6 verres standard d'un coup, quotidiennement.
- MEDICAMENTS SUR ORDONNANCE** : prise de doses plus fortes que celles prescrites, mensonges pour obtenir une ordonnance.
- CANNABIS** : au moins 1 g par jour.

NON

OUI

» Aller au **PROTOCOLE 2**

! **EN CAS DE RISQUE IMMINENT DE SUICIDE, EVALUER ET PRENDRE EN CHARGE** avant de poursuivre le Protocole (Aller à » SUI)

La consommation de substances psychoactive observée est-elle nocive ?

Voir étape 2 ci-dessus.

NON

OUI

» Aller au **PROTOCOLE 1**

! **EN CAS DE RISQUE IMMINENT DE SUICIDE, EVALUER ET PRENDRE EN CHARGE** avant de poursuivre le Protocole (Aller à » SUI)

» Assurer une psychoéducation sur les risques des différents niveaux de consommation pour chaque substance consommée.

» **QUITTER LE MODULE**



SUB 2 » Prise en charge

PROTOCOLE

1

Consommations Nocives

- » **Assurer une psychoéducation** et insister sur le fait que le niveau/les habitudes de consommation de substances psychoactives de la personne sont dommageables pour sa santé. 
- » Explorer les motivations de la personne quant à sa consommation. Pratiquer un **entretien motivationnel**. (Voir **INTERVENTION PSYCHOSOCIALE BREVE – ENTRETIEN MOTIVATIONNEL (2.2)**).
- » Conseiller à la personne un arrêt total de la consommation ou une diminution à un niveau non-nocif, s'il existe. Verbaliser votre intention de la soutenir dans cette voie. Lui demander si elle est prête à opérer ce changement.
- » Explorer les **STRATEGIES POUR LA REDUCTION OU L'ARRET DE LA CONSOMMATION (2.3)** et les **STRATEGIES DE REDUCTION DES RISQUES (2.5)**.
- » Prendre en compte les besoins en matière d'alimentation, de logement et d'emploi.
- » Assurer un suivi 
- » Si la personne est un adolescent,  ou une femme  en âge de procréer, enceinte ou qui allaite voir **POPULATIONS SPECIFIQUES**.

PROTOCOLE

2

Dépendance

SI LA PERSONNE EST DEPENDANTE AUX OPIACES :

- » Un traitement de substitution aux opiacés est généralement plus efficace qu'une désintoxication.
- » Evaluer la sévérité de la dépendance et, si approprié, prévoir une prise en charge pour un traitement de substitution aux opiacés après la désintoxication. Aller au **PROTOCOLE 5 (Traitement de Substitution aux Opiacés)**.
- » Pour les autres cas, organiser une désintoxication si appropriée. Aller au **PROTOCOLE 4 (Sevrage aux Opiacés)**.

SI LA PERSONNE EST DEPENDANTE AUX BENZODIAZEPINES :

- » Un arrêt brusque peut provoquer des convulsions ou un délire. Envisager une réduction progressive de la dose de benzodiazépines sous prescription surveillée en ambulatoire ou dans le cadre hospitalier. Aller au **PROTOCOLE 6 (Sevrage aux Benzodiazépines)**.

SI LA PERSONNE EST DEPENDANTE DE L'ALCOOL :

- » Un arrêt brusque de la consommation d'alcool peut provoquer des convulsions ou délires. Cependant, si la personne desir arreter sa consommation, il faut l'aider. Déterminer le cadre qui convient le mieux à l'arrêt de la consommation et, si besoin, prévoir une désintoxication en service spécialisé. Aller au **PROTOCOLE 3 (Sevrage à L'alcool)**.
- » Conseiller la prise de thiamine à une dose de 100 mg par jour po. 
- » Envisager une intervention pharmacologique pour prévenir une rechute de la dépendance à l'alcool, avec des médicaments tels que l'acamprosate, le naltrexone et le disulfiram. Le baclofène peut également être utilisé, mais ses effets sédatifs et les risques d'abus font qu'il est préférable de l'utiliser dans un cadre spécialisé. Avec la prise de ces médicaments, l'objectif est une réduction de la quantité et de la fréquence de la consommation d'alcool, voir une abstinence totale. Aller au **Tableau 1**. 

POUR TOUTES LES AUTRES SUBSTANCES :

- » Conseiller à la personne l'arrêt total de la consommation et verbaliser votre intention de la soutenir dans cette voie.
- » Explorer les **STRATEGIES POUR LA REDUCTION OU L'ARRET DE LA CONSOMMATION** et les **STRATEGIES POUR LA REDUCTION DES RISQUES**.
- » Envisager l'orientation vers des groupes de soutien par les pairs ou vers des communautés thérapeutiques résidentielles/de réadaptation, si disponibles.
- » Prendre en compte les besoins en termes d'alimentation, de logement et d'emploi.
- » Evaluer et traiter les éventuelles comorbidités physiques ou mentales, idéalement après 2 à 3 semaines d'abstinence puisque certains problèmes se résolvent avec celle-ci.

DANS TOUS LES CAS :

- » Assurer une psychoéducation. 
- » Si nécessaire et si disponible, prévoir une prise en charge en centre de désintoxication ou une hospitalisation. Traiter les symptômes de sevrage selon les besoins.
- » Prévoir une intervention brève à l'aide de l'entretien motivationnel pour encourager la personne à s'impliquer dans le traitement de sa dépendance.
- » Si la personne ne répond pas à l'intervention brève initiale, envisager un traitement psychosocial à plus long terme en lien avec sa consommation de substances psychoactives. Les psychothérapies basées sur des preuves pour les troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives comprennent des programmes individuels et de groupe qui s'étalent sur 6 à 12 semaines ou plus et qui utilisent des techniques telles que les thérapies comportementales et cognitives, les thérapies motivationnelles, les thérapies de gestion des contingences, l'approche de type « renforcement communautaire » et les thérapies familiales. Les approches sociales basées sur les preuves incluent le soutien à l'emploi et au logement. 

PROTOCOLE

3

Sevrage à L'alcool

- » Prévoir un environnement aussi calme et « non-stimulant » que possible, bien éclairé le jour et suffisamment éclairé la nuit pour prévenir les chutes si la personne se réveille.
- » S'assurer d'un apport hydrique suffisant et veiller aux besoins en électrolytes, comme par exemple en potassium et magnésium.
- » **TRAITER LA DESHYDRATATION** : maintenir une hydratation suffisante y compris par voie intraveineuse si besoin et encourager l'ingestion orale de liquide. Administrer toujours de la thiamine avant le glucose afin d'éviter de provoquer une encéphalopathie de Wernicke.

- » **Interventions pharmacologiques** : 

Si besoin, traiter les symptômes de sevrage alcoolique. Dans le cas d'une désintoxication programmée, réduire les symptômes de sevrage avec du diazépam. La dose et la durée du traitement dépendront de la sévérité du sevrage.

– Administrer le diazépam à une dose initiale de 40 mg par jour (10 mg en 4 prises par jour ou 20 mg 2 fois par jour) pendant 3 à 7 jours, po. Diminuer progressivement la dose et/ou la fréquence dès que les symptômes s'améliorent. Surveiller la personne fréquemment car les réponses à ce médicament varient selon les individus.

– Dans un **cadre hospitalier**, le diazépam peut être administré plus fréquemment, par exemple toutes les heures, et à des doses journalières plus fortes, si nécessaire jusqu'à 120 mg par jour les 3 premiers jours, po., et selon les symptômes de sevrage et l'état mental de la personne.

– Chez les personnes **dont le métabolisme hépatique est atteint** (personnes ayant des signes de maladie hépatique, personnes âgées), démarrer avec une seule dose faible de 5 à 10 mg po. puisque les benzodiazépines peuvent avoir une durée d'action plus longue dans ces populations. Alternativement, une benzodiazépine à action plus courte, comme **l'oxazépam, peut remplacer le diazépam. Voir Tableau 1.**

- **⚠ PRECAUTION**

Prudence au début de l'administration ou en cas d'augmentation des doses de benzodiazépines car elles peuvent provoquer une dépression respiratoire. **Prudence** chez les personnes avec une maladie respiratoire et/ou une encéphalopathie hépatique.

PREVENTION ET TRAITEMENT de l'ENCEPHALOPATHIE DE WERNICKE :

- » Les gros consommateurs d'alcool ont un risque **d'encéphalopathie de Wernicke**, qui est un syndrome de carence en thiamine caractérisé par : confusion, nystagmus, ophtalmoplégie (troubles oculomoteurs) et ataxie (mouvements non coordonnés).
- » **Pour prévenir ce syndrome, toutes les personnes avec un antécédent de consommation chronique d'alcool doivent recevoir de la thiamine à 100 mg par jour po. Administrer la thiamine avant le glucose pour éviter de provoquer une encéphalopathie de Wernicke.**

CONSEILS CLINIQUES

Dans le cas d'une cure de désintoxication planifiée, évaluer le risque de syndrome de sevrage sévère de la personne. Demander :

- » S'il y a eu des symptômes de sevrage sévères, dont convulsions ou délire dans le passé ?
- » S'il existe d'autres facteurs médicaux ou psychiatriques importants ?
- » Si la personne a développé des symptômes de sevrage significatifs dans les 6 heures après la dernière consommation ?
- » Si des tentatives d'arrêt de la consommation en ambulatoire ont échoué par le passé ?
- » Si la personne est sans domicile ou sans soutien social ?

Si le risque est élevé, une désintoxication en milieu hospitalier/centre de cure est préférable au cadre ambulatoire.





CONSEILS CLINIQUES : Principes de base pour la prise en charge de tous types de sevrage :

- » Maintenir l'hydratation.
- » Prendre en charge les symptômes de sevrage au fur et à mesure de leur apparition – les nausées avec des antiémétiques, la douleur avec des analgésiques simples, les insomnies avec sédatifs légers.
- » Autoriser la personne à quitter l'établissement si elle le souhaite.
- » Poursuivre le traitement et le soutien après la désintoxication.
- » Des symptômes dépressifs peuvent survenir dans la période post-intoxication, pendant et après le sevrage et/ou la personne peut révéler une dépression préexistante. Attention au risque de suicide.
- » Proposer systématiquement une poursuite du traitement, du soutien et un suivi après une désintoxication réussie, quel que soit le contexte dans lequel la désintoxication a eu lieu.

PROTOCOLE

4

Sevrage aux Opiacés

- » **⚠ LA PRUDENCE EST DE MISE** avant de débiter un sevrage aux opiacés, surtout en cas d'utilisation d'injections. Lorsque la décision du sevrage est prise, informer la personne sur ce à quoi elle doit s'attendre, y compris sur les symptômes et leur durée. Par exemple sur le fait que le sevrage va diminuer la tolérance aux opiacés. Ceci veut dire que si la personne renouvelle sa consommation à la dose habituelle suite à un sevrage, il y a un risque accru d'overdose. En raison de ces risques, il vaut mieux que le sevrage se déroule dans un centre de cure ou autre programme de soutien psychosocial. Alternativement, il est possible d'envisager un traitement de substitution aux opiacés avec la méthadone ou la buprénorphine ; voir la section sur les traitements de substitution (Protocole 5) et choisir une des options pharmacologiques suivantes pour la prise en charge.
- » **La buprénorphine** : pour la prise en charge d'un syndrome de sevrage, la buprénorphine est administrée oralement sous la langue à une dose comprise entre 4 et 16 mg par jour pendant 3 à 14 jours. Avant de débiter ce traitement, il est important d'attendre que les signes et symptômes du sevrage aux opiacés apparaissent clairement – au moins 8 heures après la dernière dose d'héroïne et 24 à 48 heures après la dernière dose de méthadone. Sinon, il y a un risque que le médicament lui-même déclenche un syndrome de sevrage. Il faut être particulièrement prudent chez les personnes qui prennent d'autres sédatifs.
- » **La méthadone** : la méthadone s'administre po. à une dose initiale de 15 à 20 mg, en augmentant si besoin jusqu'à 30 mg par jour. Ensuite, diminuer progressivement la dose jusqu'à un arrêt total sur 3 à 10 jours. Comme pour la buprénorphine, il faut être particulièrement prudent chez les personnes qui prennent d'autres sédatifs.
- » **La clonidine et la lofexidine** : si on ne dispose pas de traitements de substitution, la clonidine ou la lofexidine peuvent être utilisées pour la prise en charge de certains symptômes de sevrage aux opiacés, en particulier en cas de surexcitation. Elles s'administrent à des doses de 0.1 à 0.15 mg 3 fois par jour po. La posologie varie selon le poids. La sensation de flotter ou une sédation peuvent survenir. Vérifier régulièrement la tension artérielle. Les autres symptômes du sevrage doivent également être traités, c'est à dire les nausées avec des antiémétiques, la douleur avec des analgésiques simples et l'insomnie avec des sédatifs légers.
- » **Sulfate de morphine** : 10 à 20 mg en dose initiale, avec 10 mg supplémentaires si besoin. La sédation et la dépression respiratoire peuvent engager le pronostic vital. Une utilisation prolongée peut créer une dépendance. Pour plus de détails, passer au **Tableau 1**.

PROTOCOLE

5

Traitement de Substitution aux Opiacés

- » Le traitement de substitution aux opiacés requiert la présence d'un cadre national régulé. Il est caractérisé par la prescription d'agonistes opiacés à action prolongée (ou partiels), comme la méthadone ou la buprénorphine, généralement avec une prise quotidienne et supervisée. Il existe de fortes preuves que ces traitements de substitution réduisent efficacement la consommation de drogues illicites, les infections au VIH, la mortalité et la criminalité et qu'ils améliorent la santé physique, mentale et l'intégration sociale.
- » **Suivi** : les médicaments utilisés comme traitements de substitution peuvent être mal utilisés et détournés. Les programmes doivent donc comporter des mesures pour limiter les risques de détournement, parmi lesquelles un encadrement de la consommation.
- » Pour plus de détails, voir **Tableau 1**.

PROTOCOLE

6

Sevrage aux Benzodiazépines

- » Le sevrage aux benzodiazépines peut être pris en charge en remplaçant le produit concerné par une benzodiazépine à action prolongée, tout en diminuant progressivement la dose sur 8 à 12 semaines et en proposant un soutien psychosocial. Une diminution plus rapide est possible, mais seulement si la personne est hospitalisée ou dans un centre de cure de désintoxication.
- » Si un syndrome de sevrage sévère et incontrôlé se produit suite à un arrêt brusque ou non-planifié, consulter immédiatement un spécialiste ou une autre personne ressource pour démarrer un régime de sédation à forte dose de benzodiazépines et hospitaliser la personne. Prudence avec la délivrance de benzodiazépines pour les nouveaux patients. 

INTERVENTIONS PSYCHOSOCIALES

2.1 La psychoéducation

- » Les troubles dus à l'abus de substances peuvent être traités avec succès et les personnes concernées peuvent aller mieux.
- » Parler d'utilisation de substances psychoactives peut générer des sentiments de gêne ou de honte pour beaucoup de personnes. Il faut toujours adopter une approche sans jugement dans ces échanges. Lorsqu'une personne se sent jugée, elle s'exprimera moins librement. Eviter d'avoir des réactions de surprise devant ses réponses.
- » Exprimer avec conviction qu'il est possible de cesser ou de réduire une consommation dangereuse ou nocive d'alcool et encourager la personne à revenir si elle veut en reparler davantage.
- » La personne a plus de chances de réussir à réduire ou à arrêter sa consommation de substances psychoactives si la décision vient d'elle-même.

2.2 Entretien Motivationnel (Intervention Brève)

- » Les interventions brèves basées sur les techniques de l'entretien motivationnel constituent une approche pour discuter sans jugement de la consommation de substances. Elles encouragent la personne à réfléchir sur ses propres choix en termes de consommation. Elles peuvent être utilisées au cours d'une rencontre très brève destinée à parler des risques liés à l'utilisation nocive de substances. Elles peuvent aussi être utilisées lors d'une discussion plus élaborée, sur plusieurs séances explorant les contours de la dépendance aux substances psychoactives. Dans ce cas, cela fait référence à une thérapie motivationnelle.

Tout au long de la discussion, il est important de veiller au respect des éléments suivants : exprimer de l'empathie et créer

un climat de confiance tout en pointant les incohérences de la narration et en remettant en cause les fausses croyances. Eviter d'argumenter avec la personne. Elle doit sentir que le professionnel est là pour la soutenir et non pas pour la critiquer. Si la personne n'est pas capable de s'engager à mettre fin à sa consommation nocive de substances à ce stade, discuter des raisons qui l'en empêche, plutôt que de la forcer à dire ce qu'elle pense que vous voulez entendre.

» Techniques pour approfondir les discussions :

1. Effectuer des **bilans** personnalisés (retours) sur les risques associés aux habitudes de consommation de la personne, qu'il s'agisse d'une CONSOMMATION NOCIVE ou d'une DEPENDANCE, ainsi que sur les dommages spécifiques qu'elle peut lui causer à elle et aux autres.
2. Encourager la personne à **prendre la responsabilité** de ses choix de consommation et de son choix de solliciter ou non une aide. Faire cela en lui demandant si elle s'inquiète de sa consommation.
3. Demander à la personne les **raisons de sa consommation**, y compris si cela répond à des troubles mentaux ou à d'autres facteurs de stress. Demander également quels sont les bénéfices perçus de la consommation, même s'ils sont à court terme.
4. Interroger sur sa perception **des conséquences positives et négatives de la consommation de substances** et, s'il y a lieu, remettre en question toute surestimation des bénéfices et toute sous-évaluation des risques et des dommages.
5. Interroger sur les **objectifs personnels** de la personne, et lui demander si sa consommation de substances l'aide ou l'empêche de les atteindre.
6. Sur la base de ses affirmations, **discuter** avec la personne de sa consommation de substances, de ses causes, de ses conséquences et de ses objectifs personnels tout en permettant l'exploration des incohérences apparentes entre

les objectifs déclarés et les conséquences de sa consommation.

7. **Discuter des possibilités de changement** basées sur des choix d'objectifs réalistes et essayer de s'accorder sur un plan d'action.
8. **Soutenir la personne dans la mise en œuvre de ces changements**, en lui exprimant votre confiance sur sa capacité à opérer des changements positifs dans sa vie, en apportant des informations sur les prochaines étapes (bilan, désintoxication, soutien psychosocial) et, si disponible, en fournissant de la documentation.

» **Exemples de questions à poser.** Sans juger, susciter l'expression des pensées de la personne sur sa consommation par les questions suivantes :

1. Les raisons de sa consommation de substances. (*"Vous êtes-vous déjà demandé pourquoi vous consommez (substance) ?"*)
2. Quels sont les bénéfices perçus. (*"Qu'est-ce que [cette substance] vous apporte ? Cela vous cause-t-il des problèmes ?"*)
3. Les dangers réels et potentiels perçus de la consommation. (*"[La substance] vous a-t-elle déjà causé du tort ? Imaginez-vous que cela puisse être le cas à l'avenir ?"*)
4. Qu'est-ce qui est le plus important pour la personne. (*"Qu'est-ce qui est le plus important pour vous dans votre vie ?"*)

2.3 Stratégies pour la Réduction ou L'arrêt de la Consommation

Etapes pour la réduction ou l'arrêt de toutes substances : si la personne se montre désireuse de réduire sa consommation de substance, aborder les étapes ci-dessous.

- » Identifier les déclencheurs de la consommation et les moyens de les éviter. Par exemple : des bars où les gens boivent ou les quartiers où la personne s'approvisionnait en drogues, etc.
- » Identifier les déclencheurs émotionnels de la consommation et la manière de les gérer (ex : problèmes sentimentaux, difficultés au travail, etc.).
- » Encourager la personne à ne pas garder de substances en réserve à la maison.

2.4 Groupes de Soutien par les Pairs

- » **Les groupes de soutien par les pairs**, comme les Alcooliques Anonymes ou des groupes d'anciens toxicomanes, peuvent être utiles aux personnes souffrant de troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives. Ces groupes sont une source d'informations, d'activités structurées et de soutien par des pairs dans un cadre qui ne juge pas les personnes. Se renseigner sur les groupes de soutien qui existent dans la localité.

2.5 Stratégies de Réduction des Risques liés à la Consommation de Drogues et Traitements des Troubles Associés

- » Encourager la personne à adopter des comportements moins risqués.
 - Déconseiller la conduite automobile lorsque l'on se trouve sous l'emprise de la substance.
 - Si la personne utilise des opiacés, fournir à la famille de la naloxone (im. ou intranasale) à garder en réserve pour administration en cas d'overdose, en attendant les secours ou *sur le chemin* de l'hôpital.

Si la personne s'injecte des substances :

- » Informer la personne des risques des consommations intraveineuses, parmi lesquels : les risques accrus d'infections comme le VIH/Sida, hépatites B et C, les infections de peau qui

peuvent conduire à une septicémie, une endocardite, un abcès spinal, une méningite et même la mort.

- » Etant donné que la personne ne cessera pas forcément immédiatement, informer sur les techniques d'injection moins risquées. Mettre l'accent sur l'importance d'utiliser des seringues et des aiguilles stériles à chaque injection et de ne jamais partager son matériel avec les autres.
- » Lorsqu'ils existent, informer sur la manière de se procurer des seringues et des aiguilles au travers des programmes d'échange de matériel d'injection.
- » Encourager et proposer des tests au moins une fois par an pour les maladies virales transmises par le sang (dont VIH/Sida, hépatite B et C).
 - Encourager la vaccination contre l'hépatite B.
 - S'assurer de la disponibilité de préservatifs.
 - S'assurer de l'accès aux traitements contre le VIH/Sida et l'hépatite.

Traiter les comorbidités :

- » Ne pas hésiter à rechercher une tuberculose chez les personnes souffrant de troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives.
- » Envisager de rechercher et traiter les maladies sexuellement transmises identifiées.

2.4 Soutien aux Aidants

Soutien à la famille et aux aidants :

- » Discuter avec la famille ou les aidants de l'impact des troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives sur les autres membres de la famille, y compris sur les enfants.
- » Informer et sensibiliser sur les troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives.
- » Proposer une évaluation de leurs besoins personnels, sociaux et de santé mentale. Proposer un traitement en cas de trouble de santé mentale prioritaire.

- » Les informer et faciliter leur accès à des groupes de soutien par les pairs pour les familles et les aidants (si disponibles) et à d'autres ressources sociales.

CONSEILS CLINIQUES :

VIH, hépatite, tuberculose et utilisation de substances psychoactives

- » Les personnes qui s'injectent des drogues ont un risque accru de contracter le VIH/Sida et l'hépatite, en particulier si elles utilisent un matériel non stérilisé ou ont des rapports sexuels non-protégés lors de l'échange de drogues. Une fois infectées, le pronostic de ces personnes est moins favorable. Le VIH/Sida accroît le risque de tuberculose qui est l'une des principales causes de mortalité chez les personnes vivant avec le VIH/Sida. Les gros consommateurs d'alcool et de drogues ont également un risque accru de contracter la tuberculose. Il est donc fréquent de recevoir une personne qui combine un trouble lié à l'utilisation de drogues (en particulier pour l'héroïne en iv.) avec une tuberculose, le VIH/Sida et une hépatite.

- » Les services d'aide pour les personnes qui consomment de l'alcool et des drogues doivent faire régulièrement passer des tests à celles qui s'injectent de la drogue, pour le VIH/Sida et les hépatites, et doivent suspecter une tuberculose chez une personne qui tousse, a de la fièvre, des sueurs nocturnes ou qui perd du poids.

- » Le traitement du VIH/Sida et de la tuberculose requiert une prise de médicaments journalière, et chaque jour compte. Une surveillance directe de la prise du traitement peut améliorer l'adhésion. Si la personne est également dépendante aux opiacés, une délivrance surveillée quotidienne de méthadone ou de buprénorphine dans un même lieu et en même temps contribue également à une meilleure adhésion.

- » Le traitement de l'hépatite peut intervenir quotidiennement ou de manière hebdomadaire. Conseiller aux patients souffrant d'hépatite B ou C de s'abstenir complètement de la consommation d'alcool.



Populations spécifiques

ADOLESCENTS

Comment évaluer un adolescent :

- » Clarifier le caractère confidentiel de la discussion sur la santé, et préciser les circonstances dans lesquelles des informations seront partagées avec les parents ou les aidants.
- » Demander ce qui se passe actuellement dans la vie de l'adolescent. Identifier les problématiques sous-jacentes les plus importantes pour lui. Garder à l'esprit qu'un adolescent peut ne pas être en mesure d'exprimer clairement ce qui le préoccupe.
- » Les questions ouvertes peuvent aider à faire surgir des informations en rapport avec: le domicile, l'école ou l'emploi, l'alimentation, les activités, la drogue et l'alcool, la sexualité, la sécurité et le suicide ou la dépression. Prévoir assez de temps pour cette discussion. Évaluer également d'éventuels autres troubles MNS. Si un trouble MNS est constaté voir »MO.

La psychoéducation avec un adolescent :

- » Informer l'adolescent et ses parents sur les effets de l'alcool et des autres substances psychoactives sur la santé et le fonctionnement social.
- » Encourager des changements dans l'environnement et dans les activités de l'adolescent, plutôt que de focaliser sur son comportement "problématique". Encourager la participation à l'école, au travail ou à des activités qui occupent le temps de l'adolescent. Encourager la participation à des activités de groupe en sécurité, qui facilitent l'acquisition de savoir-faire et apportent une contribution à la communauté. Il est important que les adolescents puissent participer à des activités qui les intéressent.
- » Dans la mesure du possible, encourager les parents et/ou les aidants à savoir où se trouve l'adolescent, avec qui, ce qu'il fait,

l'heure à laquelle il rentre et à demander à l'adolescent de répondre de ses activités.

FEMMES EN AGE DE PROCREER, ENCEINTES OU QUI ALLAIENT

Consommation d'alcool

- » Conseiller aux femmes **enceintes** ou qui envisagent une grossesse de **s'abstenir complètement de consommer de l'alcool**.
- » Informer les femmes que la consommation d'alcool en début de grossesse, y compris en faible quantité, peut avoir une incidence sur le développement du fœtus et que des quantités plus importantes peuvent conduire à un syndrome sévère du développement (syndrome d'alcoolisation fœtale).
- » Conseiller aux femmes **qui allaitent** de **s'abstenir complètement de consommer de l'alcool**.
- » Étant donné les avantages d'un allaitement maternel exclusif (surtout pendant les 6 premiers mois), si la mère continue à boire de l'alcool, il faut lui conseiller de modérer sa consommation, de "minimiser le niveau d'alcool dans le lait", par exemple en allaitant avant la prise d'alcool et en évitant d'allaiter de nouveau avant la disparition de l'alcool dans le lait (environ 2 heures pour un verre ou 4 heures pour 2 verres). Il est possible aussi de tirer son lait pour une utilisation ultérieure.

PRECAUTION

Toutes les mères qui ont une consommation nocive de substances et qui ont de jeunes enfants doivent se voir proposer pendant les visites médicales un soutien social, par exemple des visites post-natales supplémentaires, des formations à la rôle parentale et aux soins infantiles.

Consommation de Drogues

- » Interroger sur les cycles menstruels et informer la femme que l'utilisation de substances psychoactives peut perturber le cycle, faisant faussement penser qu'une grossesse n'est pas possible.
- » Discuter des effets nocifs de drogues illicites sur le développement du fœtus et s'assurer que la femme a accès à une contraception efficace.
- » Conseiller et apporter du soutien aux femmes qui sont **enceintes** pour **qu'elles cessent de consommer des drogues illicites**. Il faut normalement conseiller aux femmes enceintes dépendantes aux opiacés de se tourner vers un traitement de substitution comme la méthadone.
- » Pour les bébés des mères ayant un trouble lié à l'utilisation de substances; rechercher d'éventuels symptômes d'un Syndrome de Sevrage Néonatal. Celui-ci résulte d'une consommation d'opiacés par la mère et doit être traité avec de faibles doses d'opiacés (comme la morphine) ou de barbituriques. Pour plus de détails, voir les Guidelines for identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy. Disponible sur le site : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/107130/1/9789241548731_eng.pdf.
- » **Déconseiller aux femmes qui allaitent toute consommation de substances psychoactives** et leur apporter un soutien dans ce sens.
- » Conseiller aux femmes qui présentent un trouble lié à l'utilisation de substances psychoactives d'allaiter exclusivement pendant les premiers 6 mois au moins, sauf en cas d'avis médical contraire.

INTERVENTIONS PHARMACOLOGIQUES

TABLEAU 1: Les médicaments

CLASSE / INDICATION	MEDICAMENT	POSOLOGIE	EFFETS SECONDAIRES	CONTRE-INDICATIONS / PRECAUTIONS
BENZODIAZEPINES Pour traiter le sevrage à l'alcool, à une intoxication aux stimulants et aux symptômes psychotiques associés	Diazépam	De 10 à 20 mg en cas de signes observables de sevrage à l'alcool ou d'intoxication aux stimulants, toutes les heures jusqu'à la disparition des signes, ou jusqu'à une légère sédation. Des doses plus faibles s'appliquent (jusqu'à 10 mg 4 fois par jour) pour un sevrage ambulatoire.	Sédation, dépression respiratoire qui peut engager le pronostic vital. Une utilisation prolongée peut conduire à une dépendance.	 Ne pas utiliser chez des personnes sous sédation. Prudence en cas d'association avec d'autres sédatifs. Les patients doivent éviter la conduite automobile. Les effets peuvent être prolongés en cas de maladie hépatique sévère. Vérifier les doses délivrées pour minimiser le risque de détournement (par ex. de vendre les médicaments à quelqu'un d'autre).
ANTAGONISTES OPIACES Pour traiter une overdose d'opiacés	NALOXONE	De 0.4 à 2 mg iv., im., subcutané ou intranasal. Répéter la dose si besoin.	Inconfort et symptômes de sevrage possibles.	
VITAMINES Pour prévenir la survenue d'une encéphalopathie de Wernicke	Thiamine (vitamine B1)	100 mg po. par jour pendant 5 jours pour prévenir une encéphalopathie de Wernicke. De 100 mg à 500 mg iv. ou im. 2 à 3 fois par jour, pendant 3 à 5 jours pour traiter une encéphalopathie de Wernicke.		
AGONISTES AUX OPIACES Pour traiter le sevrage aux opiacés et la dépendance	Méthadone	Sevrage aux opiacés : dose initiale de méthadone 20 mg, et dose supplémentaire de 5 à 10 mg 4 heures plus tard si besoin. Traitements de substitution aux opiacés : dose initiale de 10 à 20 mg et dose supplémentaire de 10 mg si besoin. Augmenter la dose journalière de 5 à 10 mg à intervalles de quelques jours si besoin jusqu'à ce que la personne n'ait plus de signes de sevrage et n'utilise plus d'opiacés illicites. Poursuivre jusqu'à la décision d'arrêter le traitement de substitution.	Sédation, confusion, nausées, vomissements, constipation, changements hormonaux possibles, baisse de la libido, modifications à l'ECG, ex. intervalle QT allongé ou bradycardie, hypotension, dépression respiratoire.	Prudence avec un patient présentant une maladie cardiaque ou respiratoire.
	Buprénorphine	Dose initiale 4-8 mg, augmenter de 4-8 mg par jour selon les besoins jusqu'à ce que la personne n'ait plus de signes de sevrage et n'utilise plus d'opiacés illicites. Poursuivre jusqu'à la décision d'arrêter le traitement de substitution.	Sédation, vertiges, ataxie, nausées, vomissements, constipation, dépression respiratoire.	<ul style="list-style-type: none"> - Prudence en cas d'insuffisance cardiaque congestive. - Il existe un potentiel d'abus. - Un arrêt brutal peut provoquer des symptômes de sevrage.
	Sulfate de morphine	De 10 à 20 mg en dose initiale, puis 10 mg de plus si besoin	Sédation, dépression respiratoire qui peut engager le pronostic vital. Une utilisation prolongée peut conduire à une dépendance.	 Ne pas utiliser chez des personnes sous sédation. Prudence en cas d'association avec d'autres sédatifs. Les patients doivent éviter la conduite automobile. Vérifier les doses délivrées pour minimiser le risque de détournement. Prescrire des opiacés à action plus longue, comme la méthadone ou le buprénorphine une fois par jour en ambulatoire, si disponible.

CLASSE / INDICATION	MEDICAMENT	POSOLOGIE	EFFETS SECONDAIRES	CONTRE-INDICATIONS / PRECAUTIONS
<p>AGONISTES ALPHA ADRENERGIQUES</p> <p>Traitement du sevrage aux opiacés</p>	Clonidine	Démarrer à 0.1 mg 2 à 3 fois par jour. Pour gérer les symptômes de sevrage, augmenter selon la tolérance en doses fractionnées jusqu'à un maximum de 1 mg par jour.	Sédation, étourdissements, vertiges, céphalées, nausées/vomissements, bouche sèche, constipation, dysfonction sexuelle, dépression, agitation, tension basse, tachycardie, bradycardie sinusale , bloc atrio-ventriculaire.	Prudence en cas de maladies cardiaques, cérébrovasculaires et hépatiques. Utiliser un dosage plus faible en cas de maladie hépatique. Veiller à repérer d'éventuels abus. Suivre de près les paramètres vitaux. ⊗ NE PAS ARRÊTER LE TRAITEMENT brusquement, le retrait peut provoquer une hypertension réactive. Eviter l'utilisation chez les femmes enceintes ou qui allaitent. 
	Loféxidine	Démarrer à 0,4 à 0,6 mg 2 fois par jour. Augmenter selon les besoins de 0,4 à 0,8 mg par jour. Maximum par dose : 0,8 mg. Maximum par jour : 2,4 mg (en 2 à 4 prises distinctes).	Sédation, étourdissements, tension basse, modifications à l'ECG tels que: intervalle QT allongé et bradycardie sinusale.	Prudence en cas de maladies cardiaques, cérébrovasculaires et rénales. Eviter chez les personnes avec un syndrome de QT allongé, des perturbations métaboliques ou en cas de traitement pour allonger l'intervalle QT. Suivre de près les paramètres vitaux. ⊗ NE PAS ARRÊTER le traitement brusquement, risque d'hypertension réactive.
<p>MEDICATIONS POUR PREVENIR LES RECHUTES DE DEPENDANCE ALCOOLIQUE</p> <p>Visent à supprimer l'envie de boire</p>	Acamprosate	Démarrer à 2 comprimés à 333 mg po. 3 fois par jour pendant 12 mois. Si la personne pèse moins de 60kg, 2 comprimés 2 fois par jour po. pendant 12 mois.	Diarrhée, flatulences, nausées/vomissements, douleurs abdominales, dépression, anxiété, idées suicidaires, démangeaisons. Parfois, on observe une éruption macropapulaire et, plus rarement, des réactions cutanées bulleuses.	En cas de maladie rénale modérée, administrer 333 mg po. 3 fois par jour. ⊗ CONTRE-INDICATION en cas de maladies rénales ou hépatiques sévères.
	Naltrexone	Démarrer à 50 mg par jour pendant 6 à 12 mois. Pour la dépendance aux opiacés, s'assurer qu'il n'y a pas eu de consommations d'opiacés depuis 7 jours (par exemple par le biais d'une dose de naloxone).	Sédation, vertiges, nausées/vomissements, douleurs abdominales, insomnies, anxiété, baisse d'énergie, douleurs musculaires ou articulaires. Surveiller la fonction hépatique en raison d'un risque de toxicité hépatique.	En raison de la perte rapide de l'effet antagoniste, risque d'overdose MORTELLE chez les patients qui utilisent des opiacés plus de 24 heures après la dernière dose de naltrexone. ⊗ NE PAS UTILISER chez les personnes avec une insuffisance hépatique ou une hépatite aiguë .
	Disulfiram	Démarrer de 200 à 400 mg par jour	Somnolences, vertiges, céphalées, rougeurs, sudation, bouche sèche, nausées/vomissements, tremblements, odeur corporelle désagréable, dysfonction sexuelle. Rarement : réactions psychotiques, dermatite allergique, névrite périphérique , ou lésions des cellules hépatiques. Les réactions sévères peuvent conduire à la confusion, au collapsus cardiovasculaire et au décès.	Les antidépresseurs tricycliques, les inhibiteurs de la monoamine oxydase, les antipsychotiques, les vasodilatateurs et les antagonistes adrénergiques alpha et beta rendent la réaction au disulfiram-alcool plus grave. La sensibilisation à l'alcool se prolonge 6 à 14 jours après la prise de disulfiram, même pour de petites quantités. ⊗ NE PAS utiliser avec l'alcool, les réactions peuvent engager le pronostic vital. ⊗ NE PAS utiliser chez les femmes enceintes ou qui allaitent. ⊗ CONTRE-INDICATION chez les personnes avec de l'hypertension, des maladies cardiaques, hépatiques ou rénales, des antécédents d'AVC, de psychose ou d'impulsivité, ou en cas de risque de suicide. 



SUB 3 » Suivi

1

A CHAQUE VISITE, ÉVALUER :

A chaque visite, évaluer :

- » Les quantités et la fréquence de consommation des substances psychoactives, la santé mentale et physique, les facteurs de risque et de protection (ex. relations sentimentales, logement, emploi)
- » Interroger sur les facteurs qui conduisent à la consommation de substances psychoactives et sur les conséquences de ces consommations



RECOMMANDATIONS SUR LA FRÉQUENCE DES CONTACTS

- » **Utilisation nocive** : suivi un mois plus tard, puis selon les besoins
- » **Dépendance** : suivi plusieurs fois par semaine pendant deux semaines, puis toutes les semaines pendant un mois. En cas d'amélioration, passer à un suivi mensuel, puis selon les besoins.

CONSOMMATION RECURRENTE DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

- » Développer des stratégies de réduction des risques
- » Traiter les problèmes de santé
- » Développer des stratégies pour diminuer la consommation
- » Si la personne est d'accord, prévoir une cure de désintoxication ou un traitement de substitution
- » Bilan régulier et maintien du contact

ARRÊT RÉCENT OU ADOPTION D'UNE CONSOMMATION NON NOCIVE

- » Envisager des analyses d'urine pour confirmer l'abstinence
- » Réagir positivement pour encourager la poursuite de l'abstinence ou de la consommation non-nocive
- » Traiter les autres problèmes médicaux
- » Envisager un traitement médicamenteux pour prévenir une rechute de la dépendance à l'alcool ou aux opiacés
- » Envisager des interventions psychosociales pour prévenir une rechute et les groupes de soutien par les pairs
- » Promouvoir les facteurs qui réduisent le risque de rechute, tels que le logement et l'emploi

ARRÊT ANCIEN OU CONSOMMATION NON-NOCIVE

- » Envisager des analyses d'urine occasionnelles pour confirmer la non-consommation
- » Réagir positivement devant la réussite
- » Promouvoir des facteurs qui réduisent le risque de rechute, tels que le logement et l'emploi.
- » Traiter les autres problèmes médicaux
- » Encourager la participation à des groupes de soutien par les pairs
- » Diminuer la fréquence des bilans

ENCADRE 2. SIGNES D'UNE CONSOMMATION CHRONIQUE DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES ET INVESTIGATIONS A CONSIDERER

LES SIGNES D'UNE CONSOMMATION CHRONIQUE ET EN GRANDES QUANTITES :

- » **Maladie hépatique :** rechercher une jaunisse (peau, cornée), un foie palpable et sensible (phase précoce d'une maladie hépatique), une ascite (épanchement de fluide dans l'abdomen), un angiome stellaire (vaisseaux sanguins « en araignée » visibles à la surface de la peau), un état mental altéré (encéphalopathie hépatique).
- » **Lésions du cervelet :** rechercher des problèmes avec l'équilibre, la marche, la coordination des mouvements, un nystagmus.
- » **Examens à envisager :**
 - Enzymes hépatiques : un taux élevé d'enzymes et d'ammoniaque indiquent une maladie hépatique.
 - Numération sanguine complète : rechercher une anémie macrocyte et un niveau bas de plaquettes.

SIGNES D'UNE CONSOMMATION CHRONIQUE DE DROGUES :

- » Difficulté à prendre soin de soi, mauvaise dentition, infections cutanées aux parasites (poux, gale) et malnutrition.
- » Signes d'injection : rechercher les zones d'injections sur les bras ou les jambes, à la fois récents et anciens. Demander à la personne à quel endroit elle s'injecte des substances et y vérifier l'absence d'infections locales.
- » Complications courantes de l'injection de substances : risque plus élevé de contracter des infections comme le VIH/Sida, les hépatites B et C et la tuberculose. Les personnes risquent aussi des infections de la peau à l'endroit de l'injection. Dans certains cas, l'infection peut se répandre dans le sang et conduire à une septicémie, une endocardite, un abcès spinal, une méningite ou même au décès.
- » Investigations à envisager :
 - Analyses d'urine pour la recherche de drogues. En situation d'urgence, les analyses d'urine doivent être pratiquées à chaque fois que l'on suspecte une intoxication, un syndrome de sevrage ou une overdose, surtout si la personne n'est pas en état de dire ce qu'elle a consommé.
 - Si la personne s'injecte des drogues, proposer un dépistage sérologique pour des virus transmis par le sang VIH, Hépatite B et C etc.
 - Si la personne a eu des rapports sexuels non-protégés, proposer un dépistage de MST, dont le VIH, la syphilis, la chlamydia, la gonorrhée et le papillomavirus humain.
 - Dépistage de la tuberculose (microbiologie, échantillon d'expectoration, radio thoracique). Rechercher des signes, comme une toux grasse chronique, de la fièvre, des refroidissements et des frissons et une perte de poids.

CONDUITES AUTO-AGRESSIVES/ SUICIDAIRES

Le suicide est l'acte délibéré de se tuer. Le terme de « conduites auto-agressives » est plus large et fait référence au fait de se blesser ou de s'empoisonner de manière intentionnelle, avec ou sans intention de se suicider. Toute personne âgée de plus de 10 ans, qui présente les signes suivants, doit être interrogée sur l'existence de pensées ou de projets d'auto-agression durant le mois écoulé et sur les conduites auto-agressives au cours de l'année écoulée :

- » L'existence d'un trouble MNS prioritaire. Voir Matrice d'Orientation (MO)
- » Douleur chronique
- » Détresse émotionnelle aiguë



Evaluer l'existence de pensées, de projets ou de conduites auto-agressives au cours de la première évaluation et de façon périodique par la suite. Prendre en charge l'état mental et la détresse émotionnelle de la personne.

CONSEILS CLINIQUES :

Interroger une personne sur les conduites auto-agressives N'ENTRAINE PAS d'actes d'auto-agression. Cela contribue souvent à réduire l'anxiété qui est associée à ces pensées ou actes et donne à la personne le sentiment d'être comprise. Il faut cependant essayer d'établir une relation de confiance avec la personne avant d'aborder le sujet des conduites auto-agressives. Interroger la personne sur les raisons qui expliquent ses conduites auto-agressives.

SUI » Aperçu rapide



EVALUATION

- » Evaluer si la personne a eu des conduites auto-agressives graves sur le plan médical
- » Evaluer tout risque imminent de conduites auto-agressives/suicide
- » Rechercher d'autres troubles MNS prioritaires
- » Rechercher des douleurs chroniques
- » Evaluer la sévérité des symptômes émotionnels



PRISE EN CHARGE

- » **Protocoles de prise en charge**
 1. Conduites auto-agressives graves sur le plan médical
 2. Risque imminent de conduites auto-agressives/suicide
 3. Risque de conduites auto-agressives/suicide
- » **Prise en charge de base et interventions psychosociales**



SUIVI



SUI 1 » Evaluation

EVALUER LE RISQUE DE CONDUITES AUTO-AGRESSIVES/SUICIDE LORSQUE LA PERSONNE PRESENTE SOIT :

- *désespoir et détresse émotionnelle extrêmes, présence ou antécédents de pensées/projets/conduites auto-agressives ou suicidaires, signes d'empoisonnement/intoxication intentionnels, saignement lié à une blessure intentionnelle, perte de connaissance et/ou extrême léthargie, OU*
- *tout trouble MNS prioritaire, douleur chronique ou détresse émotionnelle extrême*

1

La personne a-t-elle eu des conduites auto-agressives graves sur le plan médical ?

Rechercher les signes de blessure(s) intentionnelle(s) et/ou les signes/symptômes qui nécessitent un traitement médical d'urgence :

- Signes d'empoisonnement ou d'intoxication
- Saignement lié à une blessure intentionnelle
- Perte de connaissance
- Léthargie extrême

CONSEILS CLINIQUES

Prendre en charge la personne une fois qu'elle est stable sur le plan médical



NON

OUI

La prise en charge d'une conduite auto-agressive grave sur le plan médical est nécessaire.

» Aller au **PROTOCOLE 1**

» Revenir à **L'ÉTAPE 2** une fois que la personne est stable sur le plan médical

2

Existe-t-il un risque imminent de conduites auto-agressives/suicide?

Interroger la personne et les aidants sur l'existence de **L'UN OU L'AUTRE** des éléments suivants :

- présence de *pensées ou projets **actuels*** de conduites auto-agressives/suicide
- antécédents de pensées ou de projets de conduites auto-agressives au cours du mois écoulé ou de conduites auto-agressives au cours de l'année écoulée **chez une personne actuellement extrêmement agitée, violente et/ou en situation de détresse émotionnelle ou qui ne communique pas**

NON

OUI

RISQUE IMMINENT D'AUTO-AGRESSION/SUICIDE probable

» Aller au **PROTOCOLE 2**, prendre en charge puis passer à **L'ÉTAPE 3**

Existe-t-il des antécédents de pensées ou de projets de conduites auto-agressives au cours du mois écoulé ou de conduites auto-agressives au cours de l'année écoulée ?

NON

OUI

Le risque imminent de conduites agressives/suicide est peu probable, cependant un risque peut persister.

Risque de conduites auto-agressives/suicide peu probable.

» Aller au **PROTOCOLE 3**, prendre en charge, puis passer à **L'ÉTAPE 3**

3

La personne présente-t-elle des troubles MNS concomitants ?

- Dépression
- Troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives
- Troubles mentaux et du comportement de l'enfant et de l'adolescent
- Psychose
- Epilepsie

» Prendre en charge les troubles concomitants. Voir les modules appropriés.

OUI

NON

4

La personne souffre-t-elle de douleurs chroniques ?

» Prendre en charge la douleur et traiter les pathologies médicales sous-jacentes.

OUI

NON

5

La personne a-t-elle des symptômes émotionnels suffisamment sévères pour justifier une prise en charge clinique ?

- Difficultés à réaliser les activités quotidiennes liées au travail, à l'école, à la maison ou aux activités sociales
- Automédication répétée pour des symptômes de détresse émotionnelle ou des symptômes physiques inexplicables
- Détresse prononcée ou demandes d'aide répétées

» Prendre en charge les symptômes émotionnels.

» Aller à »AUT

OUI

NON

» Aller à SUI 3 (Suivi)



SUI 2 » Prise en charge

PROTOCOLE

1

Conduites Auto-agressives Graves sur le plan Médical

- » **Dans tous les cas** : placer la personne en sécurité dans un environnement apportant un soutien au sein d'un centre de santé.
- » ❌ NE PAS laisser la personne seule.
- » Traiter médicalement les blessures  ou l'empoisonnement. En cas d'intoxication aiguë aux pesticides, se référer à "Prise en charge d'une intoxication aux pesticides". (2.1)
- » Si une hospitalisation est nécessaire, continuer de surveiller la personne de près afin d'éviter un suicide.
- » Soins pour une personne présentant des conduites auto-agressives (2.2)
- » Offrir et mettre en place un soutien psychosocial. (2.3) 
- » Proposer un soutien aux aidants. (2.4)
- » Consulter un spécialiste en santé mentale, si disponible. 
- » Maintenir des contacts réguliers et assurer un **Suivi.** 

PROTOCOLE

2

Risque Imminent de Conduites Auto-agressives /Suicide

- » Ecarter tous moyens d'auto-agression/suicide.
- » Créer un environnement sécurisant et apportant un soutien; si possible proposer une pièce séparée et calme en attendant le traitement.
- » ❌ NE PAS laisser la personne seule.
- » Désigner et encadrer un professionnel ou un membre de la famille pour assurer la sécurité de la personne en permanence.
- » Prendre en charge l'état mental et la détresse émotionnelle.
- » Assurer la psychoéducation de la personne et des aidants. (2.5) 
- » Offrir et mettre en place un soutien psychosocial. (2.3) 
- » Proposer un soutien aux aidants. (2.4)
- » Consulter un spécialiste en santé mentale, si disponible. 
- » Maintenir des contacts réguliers et assurer un **Suivi.** 

PROTOCOLE

3

Risque de Conduites Auto-agressives / Suicide

- » Offrir et mettre en place un soutien psychosocial. (2.3) 
- » Consulter un spécialiste de santé mentale si disponible. 
- » Maintenir des contacts réguliers et assurer un **Suivi.** 

2.1 Prise en charge d'une intoxication aux pesticides

» Si la structure de santé possède les ressources et les savoir-faire de base, traiter l'intoxication aiguë aux pesticides en se référant au document de l'OMS "Clinical management of acute pesticide intoxication: prevention of suicidal behaviours" (http://www.who.int/mental_health/publications/9789241596732/en).

Sinon, transférer immédiatement la personne dans un centre de soins qui possède les moyens suivants:

– savoir-faire et connaissances en réanimation et dans l'évaluation des signes cliniques de l'empoisonnement aux pesticides.

– savoir-faire et connaissances des voies respiratoires; en particulier l'intubation et l'assistance respiratoire jusqu'à la mise en place d'une ventilation.

– de l'atropine et les moyens pour son administration en intraveineuse (i.v.) si les signes d'une intoxication cholinergique apparaissent.

– Du diazépam et les moyens de son administration en i.v. si la personne présente des convulsions.

» Envisager l'administration de charbon actif si la personne est consciente, donne son consentement éclairé et se présente à la prise en charge dans l'heure qui suit l'empoisonnement.

» Il n'est pas recommandé de forcer le vomissement.

» ❌ Ne pas administrer de liquide par voie orale.

2.2 Soins pour une personne présentant des conduites auto-agressives

» Placer la personne en sécurité dans un environnement apportant un soutien au sein d'un centre de santé (❌ ne pas la laisser seule). Si la personne doit attendre le traitement, proposer un environnement qui minimise la détresse émotionnelle, si possible dans une pièce séparée, calme, sous la supervision constante d'un professionnel ou d'un membre de la famille désigné pour assurer la sécurité de la personne en permanence.

» Supprimer l'accès aux moyens d'auto-agression.

» Consulter un spécialiste en santé mentale. 

» Mobiliser la famille, les amis et toute autre personne concernée ou les ressources communautaires disponibles pour surveiller et soutenir la personne pendant la période durant laquelle le risque est imminent (voir "Offrir et mettre en place un soutien psychosocial"). (2.3)

» Traiter les personnes ayant des conduites auto-agressives avec la même attention, le même respect et la même confidentialité que toutes autres personnes. Être sensible à la détresse émotionnelle associée à ces conduites.

» Si la personne souhaite leur soutien, impliquer les aidants pendant l'évaluation et le traitement. Si possible, l'évaluation

psychosociale doit comporter un entretien en tête à tête entre la personne et le professionnel de santé pour explorer les questions à caractère privé.

» Prévoir un soutien émotionnel pour les aidants/les membres de la famille si besoin. (2.4)

» Assurer une continuité dans la prise en charge.

» Pour la prise en charge des conduites auto-agressives, il n'est pas recommandé d'hospitaliser la personne dans un service non-psychiatrique au sein d'un hôpital général. Cependant, s'il est nécessaire d'admettre la personne dans un hôpital général (non-psychiatrique) pour la prise en charge des conséquences médicales de l'auto-agression, il faut alors assurer un suivi rapproché afin de prévenir toutes nouvelles conduites auto-agressives à l'hôpital.

» Si un traitement pharmacologique est prescrit :

– voir les modules mhGAP-GI appropriés concernant les interventions pharmacologiques dans la prise en charge des affections concomitantes.

– prescrire les médicaments les moins dangereux pour éviter l'éventualité de surdoses intentionnelles.

– prescrire pour de courtes périodes (ex. une semaine à la fois).

INTERVENTIONS PSYCHOSOCIALES

2.3 Offrir et mettre en place un soutien psychosocial

» Proposer un soutien à la personne

- Explorer pourquoi et comment continuer à vivre.
- Souligner les atouts de la personne en l'encourageant à parler de la manière dont elle a résolu ses problèmes dans le passé.
- Envisager une thérapie centrée sur la résolution de problèmes pour aider les personnes ayant eu des conduites auto-agressives dans l'année écoulée, si les ressources humaines nécessaires sont disponibles. Aller à **Soins essentiels et pratiques » BSP**

» Mettre en place un soutien psychosocial

- Mobiliser la famille, les amis, les personnes concernées et les autres ressources disponibles pour assurer une surveillance rapprochée de la personne tant que le risque d'auto-agression/suicide persiste.
- Conseiller à la personne et aux aidants de restreindre l'accès aux moyens d'auto-agression/suicide (ex : pesticides/substances toxiques, médicaments, armes à feu, etc.) lorsque la personne a des pensées ou des projets d'auto-agression/suicide.
- Optimiser le soutien social disponible dans la communauté. En font partie les ressources informelles telles que les membres de la famille, les amis, les connaissances, les collègues et les responsables religieux ainsi que des ressources communautaires formelles telles que les centres de crises et les centres de santé mentale locaux, si disponibles.

2.4 Soutien aux aidants

- » Informer les soignants et les membres de la famille du fait que poser des questions sur le suicide aide souvent la personne à se sentir soulagée, moins anxieuse et mieux comprise.
- » Les aidants et les membres de la famille d'une personne présentant un risque d'auto-agression font souvent face à un stress important. Offrir un soutien émotionnel lorsque cela est nécessaire.
- » Informer les aidants que même s'ils éprouvent de la frustration envers la personne, il faut éviter d'être hostile et de critiquer sévèrement la personne vulnérable qui présente un risque d'auto-agression/suicide.

2.5 Psychoéducation

» Messages-clés pour la personne et les aidants

- Lorsque quelqu'un a des pensées auto-agressives/suicidaires, il faut immédiatement solliciter l'aide d'une personne de confiance, notamment celle d'un membre de la famille, d'un ami ou d'un professionnel de santé.
- On peut parler du suicide librement. En parler ne provoque pas d'acte suicidaire.
- On peut prévenir les suicides.
- Un épisode d'auto-agression/suicide indique la présence d'une détresse émotionnelle sévère. La personne ne voit ni alternative ni solution. Il est donc important que la personne reçoive un soutien concernant ses difficultés émotionnelles et ses sources de stress.
- Les moyens d'auto-agression (ex : pesticides, armes à feu, médicaments) doivent être retirés de la maison.
- Le réseau social, incluant la famille et les autres personnes pertinentes, est important pour assurer un soutien social.

SUI 3 » Suivi



AUTRES PLAINTES PSYCHOLOGIQUES ENVAHISSANTES

Ce module vise à présenter les directives de base sur la prise en charge d'un ensemble de plaintes de santé mentale, qui ne sont pas abordées ailleurs dans ce guide. Certaines de ces plaintes peuvent ressembler à la dépression, mais un examen approfondi indiquera qu'elles diffèrent des troubles décrits dans ce guide.

Les « autres plaintes psychologiques » sont considérées envahissantes lorsqu'elles entravent le fonctionnement quotidien de la personne ou lorsque la personne demande de l'aide pour y faire face. Les autres plaintes psychologiques envahissantes peuvent être liées au stress.

- » Ce module n'est pas pertinent pour des personnes qui correspondent aux critères de l'un ou l'autre des troubles prioritaires du mhGAP (à l'exception des conduites auto-agressives).
- » N'utiliser ce module qu'après avoir explicitement écarté la dépression.
- » Ce module est pertinent pour aider les adultes. Si la personne est un enfant ou un adolescent, aller à » CMH.

AUT » Aperçu rapide



EVALUATION

- » **Éliminer les causes physiques qui pourraient expliquer les symptômes présents**
- » **Ecarter la dépression et les autres troubles MNS prioritaires**
- » **Déterminer si la personne sollicite de l'aide pour soulager ses symptômes ou si elle a des difficultés considérables dans son fonctionnement quotidien**
- » **Évaluer si la personne a été exposée à des facteurs de stress extrême**
- » **Évaluer s'il y a un risque imminent d'auto-agression/suicide**



PRISE EN CHARGE

» **Protocoles de prise en charge**

1. Autres plaintes psychologiques envahissantes
2. Autres plaintes psychologiques envahissantes chez les personnes exposées à des facteurs de stress extrême



SUIVI



AUT 1 » Evaluation

PRESENTATIONS COURANTES DES AUTRES PLAINTES PSYCHOLOGIQUES ENVAHISSANTES

- La personne se sent extrêmement fatiguée, déprimée, irritée, anxieuse ou stressée.
- Plaintes somatiques sans explication médicale (c.à.d. sans cause physique qui suffit à expliquer pleinement les symptômes somatiques).

1

Existe-t-il une cause physique qui explique pleinement les symptômes présentés ?

» Prendre en charge toute cause physique identifiée et vérifier si il y a une persistance des symptômes.

OUI

NON

2

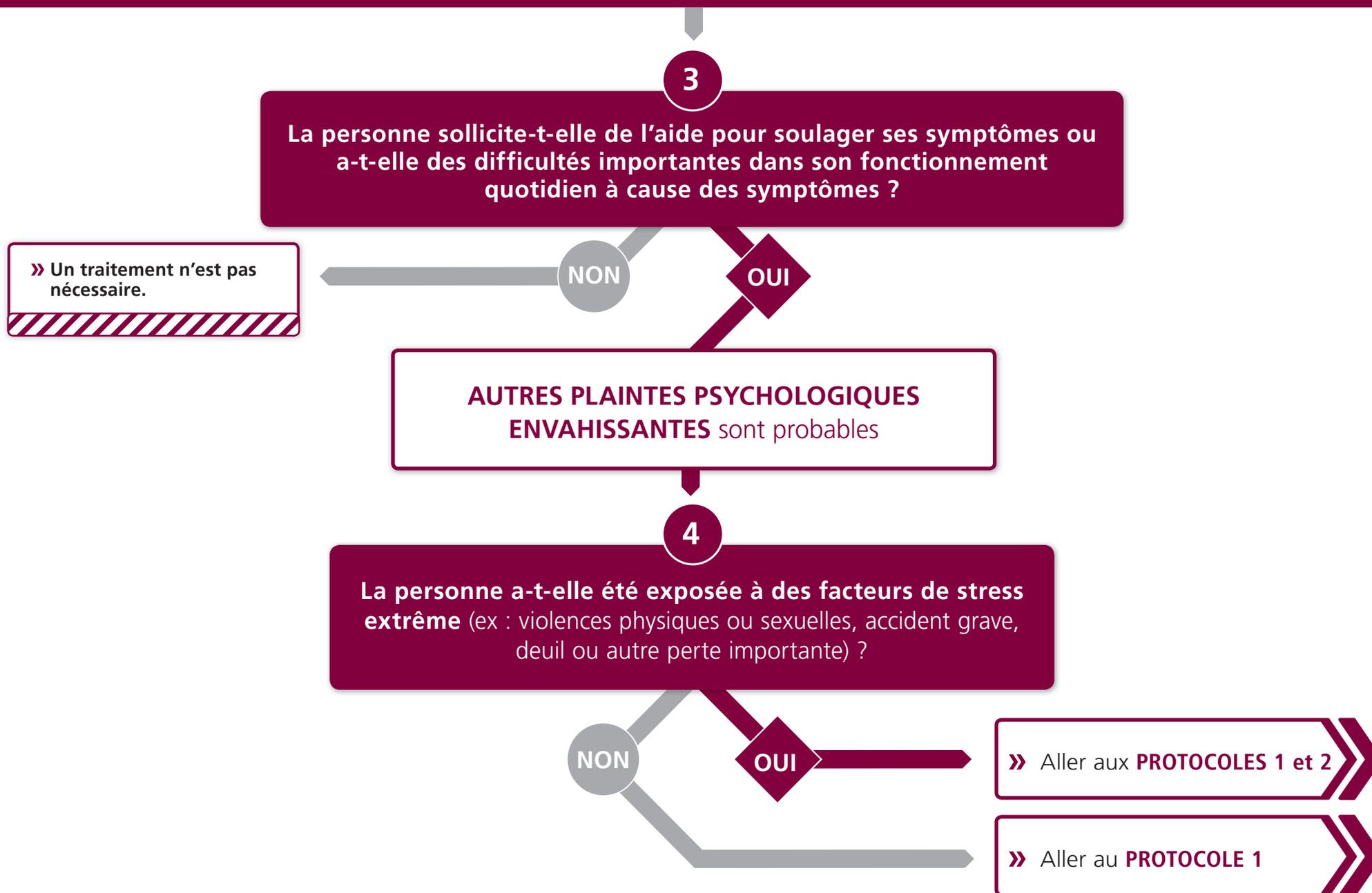
S'agit-il d'une dépression ou d'un autre trouble MNS abordé dans un autre module de ce guide ?

» Aller au module approprié.

OUI

NON





! EN CAS DE RISQUE IMMINENT DE SUICIDE, EVALUER ET PRENDRE EN CHARGE avant de passer aux Protocoles 1 et 2 (Aller à » SUI).





AUT 2 » Prise en charge

PROTOCOLE

1

AUTRES PLAINTES PSYCHOLOGIQUES ENVAHISSANTES

» ❌ **NE PAS prescrire de médicaments anxiolytiques ou antidépresseurs**
(sauf avis d'un spécialiste).

» ❌ **NE PAS prescrire des injections de vitamines ou autre traitements inefficaces.**

» **Dans tous les cas, réduire le stress et renforcer le soutien social, comme décrit dans le module Notions de base du soin et de la pratique clinique (BSP).**

- Rechercher des solutions aux facteurs de stress psychosociaux présents.
- Renforcer les sources de soutien.
- Former à la gestion du stress, ex : relaxation (voir Encadré 1 à la fin du module).

» **Si aucun trouble physique ne permet d'expliquer pleinement les symptômes somatiques, il est tout de même important de reconnaître la réalité des symptômes et de proposer des explications possibles.**

- Éviter de prescrire d'autres analyses ou examens à moins qu'il y ait une indication médicale claire, ex : signes vitaux perturbés.
- Si un examen supplémentaire est néanmoins prescrit, modérer les attentes démesurées en annonçant à la personne que le résultat risque d'être normal.

- Informer la personne qu'aucune maladie grave n'a été décelée. Lui montrer que les résultats des analyses sont normaux.
- Si la personne insiste pour obtenir des investigations supplémentaires, expliquer que les examens non-justifiés peuvent être nocifs parce qu'ils génèrent d'inutiles inquiétudes et effets secondaires.
- Reconnaître que les symptômes ne sont pas imaginés et qu'il est important de prendre en charge les symptômes qui sont source de détresse.
- Demander à la personne **comment elle explique** la cause de ses symptômes et ce qui la préoccupe. Ceci peut donner des indices sur les sources de la souffrance, cela aide à construire une relation de confiance et augmente l'adhésion de la personne au traitement.
- Expliquer que la souffrance émotionnelle/le stress provoquent souvent des sensations corporelles, comme les maux de ventre, les tensions musculaires, etc. Rechercher et discuter des liens possibles entre les émotions, le stress vécus par la personne et les symptômes.
- Encourager la poursuite (ou la reprise progressive) des activités du quotidien.
- Toujours chercher à réduire le stress et à renforcer le soutien social. Aller à **» BSP**.

PROTOCOLE

2

AUTRES PLAINTES PSYCHOLOGIQUES ENVAHISSANTES CHEZ DES PERSONNES EXPOSEES A DES FACTEURS DE STRESS EXTREMES

(Ex : violences physiques ou sexuelles, accidents graves, deuil ou autre perte importante)

- » **Dans tous les cas, que la personne présente ou non des problèmes comportementaux, physiques ou émotionnels à la suite d'une exposition à un stress extrême, assurer un soutien tel qu'il est décrit dans le PROTOCOLE 1. Ecouter attentivement la personne.**
- » **✘ NE PAS forcer la personne à parler de l'événement.**
- » **Prendre en charge les besoins sociaux de la personne.**
 - **Interroger** la personne sur ses besoins et ses préoccupations.
 - **Aider** la personne à pourvoir à ses besoins essentiels, à accéder aux services, à contacter sa famille ou d'autres soutiens sociaux.
 - **Protéger** la personne si elle est menacée.
 - **Encourager** la personne à reprendre ses activités normales (ex : école, travail, à la maison, activités sociales), si cela est faisable et culturellement adapté.
- » **En cas de perte importante expliquer que :**
 - Il est normal d'être en deuil après une perte importante. Il peut s'agir de la perte d'une personne, d'un « lieu », de biens, ou de la perte de son propre bien-être ou sa santé. Le deuil a un impact aussi bien mental que physique.
 - Les gens expriment leur deuil de différentes façons. Certaines personnes manifestent beaucoup d'émotions alors que d'autres non. Pleurer ne veut pas dire que l'on est faible. Les personnes qui ne pleurent pas peuvent ressentir autant de souffrance émotionnelle mais elles l'expriment autrement.
 - Dans la plupart des cas, la souffrance liée au deuil diminue avec le temps. La personne peut avoir l'impression que la tristesse, le désir de la personne absente ou la douleur ne cesseront jamais mais, la plupart du temps, ces sentiments s'atténuent avec le temps. Quelquefois, la personne peut se sentir bien pendant un temps et puis quelque chose leur rappelle la perte et elle souffre autant qu'au début. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise façon de vivre un deuil. Quelquefois, la personne se sent triste, quelquefois insensible et à d'autres moments elle peut passer de bons moments. Ces expériences ont tendance à s'atténuer et deviennent moins fréquentes avec le temps.
- » **Dans le cas de la perte d'un être aimé, discuter et soutenir les réajustements et/ou le processus de deuil de manière culturellement adaptée.**
 - Demander si les cérémonies ou rituels du deuil appropriés ont eu lieu ou sont prévus. Si ce n'est pas le cas, discuter des obstacles et de la manière de les surmonter.
- » **Si un deuil pathologique est suspecté, consulter un spécialiste pour une évaluation et une prise en charge plus approfondies.** 
 - La personne peut souffrir d'un deuil pathologique si les symptômes incluent une grande difficulté dans les activités de la vie quotidienne pendant **au moins 6 mois** et des préoccupations sévères ou une nostalgie envahissante concernant la personne disparue, accompagnée d'une souffrance émotionnelle intense.

» **Dans le cas de réactions à l'exposition récente à un événement potentiellement traumatique, expliquer que :**

- Les gens ont souvent des réactions à la suite de ce type d'événements. Les réactions varient fortement d'une personne à une autre et changent au cours du temps.
- Parmi ces réactions, il y a les symptômes somatiques (ex : palpitations, douleurs, troubles gastriques, maux de tête) et des symptômes émotionnels et comportementaux (ex : troubles du sommeil, tristesse, anxiété, irritation, agressivité).
- Ces sentiments peuvent être exacerbés ou resurgir si quelque chose rappelle l'événement stressant ou si un nouveau facteur de stress apparaît.

- Dans la plupart des cas, les symptômes diminuent avec le temps, surtout si la personne peut se reposer, a un soutien social et suit une prise en charge visant la réduction du stress. Aller à » **BSP**. Aller à l'**Encadré 1**.

» **Si l'on soupçonne un Etat de Stress Post-Traumatique (ESPT), consulter un spécialiste pour une évaluation et une prise en charge plus approfondies.** 

- Suite à un événement potentiellement traumatique, la personne peut présenter un ESPT si les symptômes entraînent une grande difficulté dans la vie quotidienne **pendant au moins un mois** et incluent des cauchemars répétitifs, des reviviscences ou des souvenirs intrusifs liés à des événements traumatiques, des conduites d'évitement intentionnelles face aux rappels de l'événement, des préoccupations excessives et une hypersensibilité au danger ou des réactions fortes à des bruits ou à des mouvements inattendus.

 **AUT 3 » Suivi****EVALUER L'AMELIORATION**

La personne va-t-elle mieux ?

OUI**NON**

- » Poursuivre le traitement prévu
- » Suivi en fonction des besoins 

RECOMMANDATIONS POUR LA FREQUENCE DES CONTACTS

- » Demander à la personne de revenir dans 2 à 4 semaines si ses symptômes ne s'améliorent pas, ou s'ils s'aggravent à un moment donné.



Si la personne ne va pas mieux, **ou si la personne ou les aidants insistent pour obtenir des investigations plus approfondies ou de nouveaux traitements :**

- » Revoir les Protocoles 1 et 2
- » Envisager de consulter un spécialiste. 

ENCADRE 1 : INSTRUCTIONS POUR UNE SEANCE DE RELAXATION

» Expliquer ce que l'on va faire.

“Je vais vous apprendre à respirer d’une manière qui vous aidera à vous relaxer/détendre votre corps et votre esprit. Il faudra un peu d’entraînement pour que vous ressentiez tous les bienfaits de cette technique de respiration. Pourquoi se concentrer sur la respiration ? Car lorsque nous nous sentons stressés, notre respiration s’accélère et devient moins profonde, ce qui nous rend plus tendus. Pour commencer à vous relaxer, il faut d’abord changer votre façon de respirer. Avant de démarrer, nous allons détendre le corps.”

» Démarrer progressivement les exercices de relaxation et montrer la manière de respirer.

“Bougez doucement et assouplissez vos bras et vos jambes. Laissez les pendre mollement. Rouler les épaules vers l’arrière et bougez doucement la tête d’un côté, puis de l’autre. Maintenant, placez une main sur votre ventre et l’autre sur la poitrine. Je voudrais que vous imaginiez que vous avez un ballon dans le ventre et que, lorsque vous inspirez, vous allez gonfler ce ballon, ce qui fait que votre ventre se gonfle. Et lorsque vous expirez, l’air dans le ballon va sortir, et votre ventre va s’aplatir. Regardez-moi d’abord. Je vais d’abord expirer pour sortir tout l’air de mon ventre”. Montrer la respiration abdominale, en exagérant l’expiration et le mouvement de votre ventre.

» Se concentrer sur les techniques de respiration

“Essayez de faire une respiration abdominale avec moi. Rappelez-vous, on commence par expirer jusqu’à ce que tout l’air soit sorti. Ensuite, inspirez. Si possible, inspirez par le nez et expirez par la bouche. La deuxième étape consiste à ralentir la cadence de respiration. Prenez trois secondes pour inspirer, retenez votre souffle pendant deux secondes, et prenez trois secondes pour expirer. Je vais compter avec vous. Vous pouvez fermer les yeux ou les garder ouverts. Inspirez lentement, 1, 2, 3, retenez votre souffle, 1, 2, et maintenant expirez 1, 2, 3”. Répéter cet exercice pendant environ une minute, puis reposez-vous pendant une minute et recommencer le cycle deux fois.

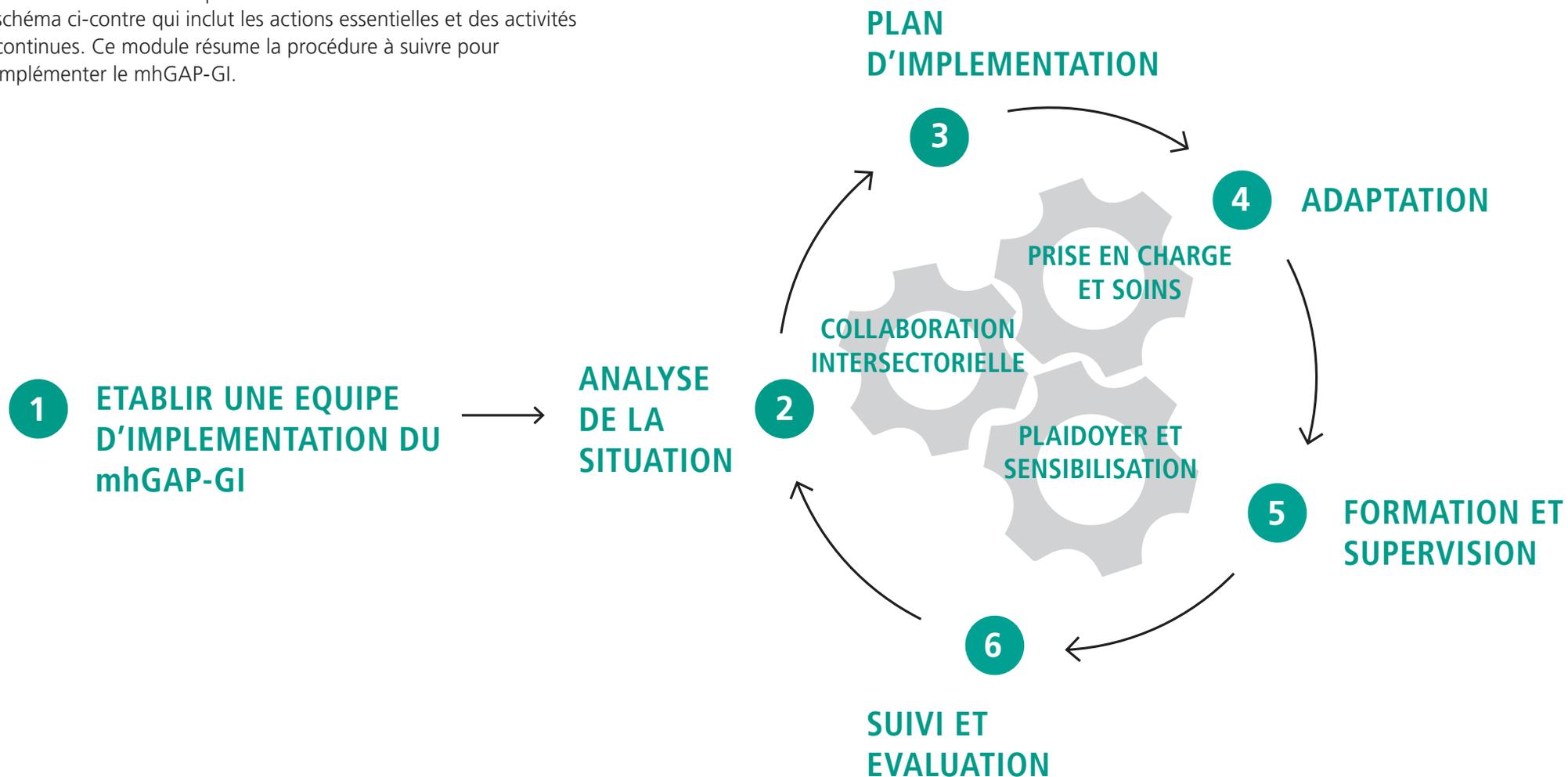
» Encourager l’auto-entraînement.

“Essayez tout seul pendant une minute. Voici un exercice que vous pouvez pratiquer seul”.

IMPLEMENTATION DU MHGAP-GI

mhGAP-GI: procédure de mise en oeuvre

Un certain nombre d'actions sont préconisées aux décideurs/planificateurs pour mettre en oeuvre ce guide dans les structures de soins de santé non-spécialisés. Elles sont résumées dans le schéma ci-contre qui inclut les actions essentielles et des activités continues. Ce module résume la procédure à suivre pour implémenter le mhGAP-GI.



1 Etablir une équipe d'implémentation du mhGAP-GI

- » Il peut être nécessaire d'avoir plus d'une équipe, selon la zone/région géographique à couvrir.
- » Délimiter clairement les objectifs et les termes de référence des équipes d'implémentation, développer un plan de travail pour chaque membre des équipes. L'une des fonctions des équipes est de superviser le processus d'implémentation.
- » Plutôt que d'en former un nouveau, capitaliser sur tout groupe ou organisme existant, par exemple un comité sanitaire ou un groupe consultatif communautaire. Parfois, il existe plusieurs groupes. Dans ce cas, une solution peut être de les fusionner ou de former un nouveau groupe qui inclut la participation de tous les autres groupes.
- » Les membres de l'équipe d'implémentation doivent au moins inclure un représentant des catégories suivantes : société civile et utilisateurs des services, décideurs politiques, soutiens ou donateurs financiers actuels ou potentiels, managers de programmes, prestataires de soins et professionnels de la communication.
- » Former de plus petits groupes d'action ou "task forces" qui se focalisent sur des activités spécifiques, ex : un groupe se focalise sur l'implémentation des activités de formation et un autre sur les activités de plaidoyer et de sensibilisation. Toujours identifier précisément les fonctions d'un groupe et le rôle de ses membres.

2 Analyse de la situation

Le principal objectif d'une analyse de la situation est d'apporter des informations utiles pour la planification, l'adaptation et l'implémentation, que ce soit en termes de ressources ou de besoins en santé mentale. Ceci requiert une étude documentaire, par ex : regarder s'il existe un Profil Pays dans l'Atlas de l'OMS en Santé Mentale, un rapport de l'instrument d'évaluation des systèmes de santé mentale de l'OMS (AIMS) ou d'autres rapports d'évaluation. Il convient également de mener des entretiens individuels et de groupes afin de pouvoir répondre aux questions suivantes :

- » Quelles évaluations des besoins et des ressources doivent être réalisées pour commencer ? Que sait-on déjà ?
- » Quelles sont les politiques nationales en matière de santé mentale, les capacités du personnel dans le pays/la région et les organismes qui offrent des soins de santé mentale ?
- » Quels sont les systèmes de croyance et les comportements de demande de soins pour la santé mentale dans le pays/la région ?
- » Quels sont les obstacles potentiels à l'implémentation du mhGAP-GI ? Par exemple, la stigmatisation ou la discrimination envers les personnes présentant des troubles MNS, des priorités nationales en matière de santé qui surpassent celle des troubles MNS, etc.

3 Plan d'implémentation du mhGAP-GI

Sur la base de l'évaluation de la situation, mettre au point un plan pour l'implémentation du mhGAP-GI. Ce plan doit répondre aux questions suivantes :

OÙ

- » Où le mhGAP-GI sera-t-il implémenté (ex : centres de santé, districts, villes) ?

QUAND

- » Quand est ce que les différentes activités du mhGAP-GI seront implémentées (ex : calendrier pour l'adaptation du guide, la formation des formateurs, les activités de formation, les activités de supervision et de sensibilisation) ?

QUELLES RESSOURCES

- » Quelles sont les ressources nécessaires et disponibles pour l'implémentation du mhGAP-GI, y compris les ressources financières, humaines et les infrastructures (ex : centres de santé, approvisionnement en médicaments) ?

QUI

- » Qui sera formé et quelles sont les connaissances/compétences existantes (ex : quelles compétences/connaissances les infirmiers et médecins des soins de santé primaires ont-ils déjà) ? Qui sera responsable des différentes activités (ex : qui formera et qui supervisera) ?

COMMENT

- » Comment pouvez-vous améliorer la communication et le parcours d'orientations à différents niveaux du système, tout en introduisant de nouveaux services ?
- » Comment pouvez-vous collecter des données sur l'implémentation du mhGAP-GI et les intégrer en tant qu'indicateurs du Système d'Information Sanitaire ?

4 Adaptation

Le processus d'adaptation du mhGAP-GI consiste à décider et à apporter les changements nécessaires au mhGAP-GI, aux supports de formation et de suivi-évaluation afin qu'ils soient adaptés au contexte du pays ou du district.

Objectif de l'adaptation du mhGAP-GI :

Permettre l'implémentation du guide, que ce soit la composante « Evaluation » ou « Prise en charge », au sein du système de santé en place.

- » S'assurer de l'acceptabilité du guide dans le contexte culturel local.
- » Adapter le langage au contexte local pour faciliter la communication avec les utilisateurs et les soignants.
- » Clarifier les parcours d'orientation.
- » Pour adapter les supports aux lignes directrices et politiques nationales de soins lorsqu'approprié.
- » Fournir une base pour le développement de programmes et d'outils de formation.
- » Assurer que les indicateurs de suivi et évaluation sont alignés avec le systèmes d'Information sanitaire du pays.

Méthode pour l'adaptation du mhGAP-GI :

- » Organiser un atelier réunissant un groupe de différentes parties prenantes afin de contextualiser et d'adapter le mhGAP-GI, ses supports de formation et autres outils.
- » Inclure des experts venant de différentes disciplines concernées (ex : psychiatrie, addictions, neurologie, pédiatrie, psychologie, services sociaux), des personnes représentant les différents niveaux du système public de soins (ex : santé publique, soins primaires, généralistes, infirmiers, pharmaciens, professionnels des systèmes d'information sanitaire) ainsi que des utilisateurs des services et des décideurs politiques.
- » Utiliser les analyses de la situation menées dans les régions prévues pour la mise en place du mhGAP-GI.
- » S'assurer que le processus d'adaptation est en phase avec les documents nationaux (ex : la politique nationale de santé, la législation et les plans en matière de santé, les protocoles cliniques et les lignes directrices en vigueur dans les soins de santé primaire/généralistes et la liste des médicaments essentiels).

5 Formation et supervision dans le cadre du mhGAP-GI

Un aspect important de l'implémentation du mhGAP-GI est la formation des prestataires de santé qui travaillent en première ligne dans des contextes non spécialisés ainsi que la mise en place de mécanismes leur assurant un soutien et une supervision. Bien que ce guide d'intervention ait été principalement conçu pour des prestataires non spécialisés, son implémentation dans des conditions optimales nécessite les efforts coordonnés des spécialistes et des experts de santé publique.

L'objectif de la formation au mhGAP-GI est de transmettre aux prestataires de santé non-spécialisés les compétences et connaissances nécessaires pour évaluer et prendre en charge des personnes présentant les troubles MNS "prioritaires". La durée de la formation dépend à la fois des adaptations locales apportées au guide mais également du niveau initial de connaissance et de compétence des prestataires de soins non spécialisés. Le plus souvent, la formation nécessite plusieurs jours entiers. En fonction des possibilités, elle peut être menée soit en présentiel soit via une plateforme de formation en ligne.

Les formations peuvent être menées "en cascade", avec deux niveaux : un « maître » formateur forme des formateurs qui vont ensuite former les prestataires de soins de première ligne non-spécialisés.

La formation des formateurs au mhGAP-GI :

L'objectif est de s'assurer que les formateurs sont à la fois compétents et confiants quant à leur capacité à former des prestataires de soins non-spécialisés et à jouer le rôle de personne-ressources auprès des prestataires.

Les formateurs/superviseurs mhGAP-GI devraient avoir le profil suivant :

- » Être spécialiste dans les soins MNS (psychiatre, infirmier psychiatrique, neurologue, etc.), médecin ou infirmier formé et expérimenté dans la prise en charge des troubles MNS à l'aide du mhGAP-IG et/ou superviseur dans le système général de santé.
- » Avoir un savoir-faire clinique et une expérience dans le domaine de la santé mentale et/ou de la prise en charge des troubles MNS.
- » Avoir un savoir-faire et de l'expérience dans la gestion des aspects administratifs de la prise en charge des troubles MNS, parmi lesquels la tenue des dossiers, le suivi et l'orientation.
- » Avoir de bonnes compétences en tant que facilitateur/trice et dans la résolution de problèmes.
- » Être disponible pour apporter un soutien et assurer une supervision, ce qui inclut des visites de supervision régulières.

Agenda de la formation :

Il est attendu des formateurs qu'ils mènent à leur tour la formation mhGAP-IG et qu'ils apportent un soutien et une supervision aux prestataires de santé. En plus de la formation à l'évaluation et à la prise en charge des personnes présentant des troubles MNS, avec le mhGAP-GI, les formateurs vont apprendre les méthodes pour assurer une formation, une planification de cursus et une supervision de qualité.

Soutien et supervision mhGAP-GI :

Les participants à la formation mhGAP-GI (apprenti(e)s) sont généralement des prestataires de santé non-spécialisés qui travaillent dans les secteurs primaires ou secondaires, en centre de santé ou en milieu hospitalier. Ils ont besoin d'un soutien continu pour intégrer ce qu'ils ont appris lors de la formation dans leurs pratiques cliniques. La supervision fait partie intégrante de la formation continue des prestataires, elle vise à s'assurer qu'ils maîtrisent l'utilisation du mhGAP-GI. Le soutien et la supervision ont pour objectifs d'aider les prestataires de soins formés au mhGAP-IG non seulement à offrir des soins de santé mentale de qualité (supervision clinique), mais également à créer un environnement de travail facilitant la mise en place du mhGAP-GI (supervision administrative et programmatique).

Les objectifs spécifiques du soutien et de la supervision :

- » Aider au transfert de compétences et de connaissances acquises au cours de la formation mhGAP-GI vers la pratique clinique.

- » S'assurer que les interventions de santé mentale délivrées sont adéquates, de qualité et conformes au mhGAP-IG. Identifier et consolider les domaines de compétence dans lesquels un renforcement est nécessaire.
- » Identifier et aider les apprenti(e)s mhGAP-GI à résoudre les difficultés qu'ils rencontrent dans la prise en charge de situations cliniques complexes.
- » Aider à motiver les prestataires de soins non-spécialisés à offrir des soins de qualité aux personnes présentant un trouble MNS.
- » S'assurer que les procédures de documentation et administratives concernant les troubles mentaux, tels que les orientations et le suivi, sont établies et/ou intégrées dans les systèmes existants au sein du centre de santé local.
- » S'assurer que l'approvisionnement en médicaments, en matériel médical et autres ressources requises pour l'implémentation du mhGAP-GI est opérationnel.
- » Démontrer et encourager des attitudes respectueuses, dénuées de jugement et éthiques dans les soins, qui promeuvent et respectent les droits des individus présentant des troubles mentaux.
- » Apporter un soutien aux prestataires de santé en situation de stress.

6 Suivi et évaluation (S&E)

Le suivi et l'évaluation (S&E) peuvent donner des indications pour savoir si un programme a un impact et pour qui ; cela permet d'identifier les composantes du programme sur lesquelles il faut se focaliser ou celles qui doivent être ajustées. Les informations obtenues permettent de montrer aux responsables et aux financeurs du programme que leurs investissements portent leurs fruits. Cela fournit aussi des informations essentielles pour apprendre des expériences passées, améliorer les services, planifier, allouer des ressources et démontrer des résultats dans une démarche responsable vis-à-vis des parties prenantes. La phrase "ce qui doit être mesuré et fait" résume l'importance du suivi et de l'évaluation dans la planification et l'implémentation d'un programme.

Le S&E inclut la planification, la coordination, la collecte, l'analyse et l'utilisation des données des niveaux national, régional et local, notamment pour les centres de santé et les formateurs, les stagiaires et les superviseurs mhGAP, les structures de santé, les animateurs mhGAP-GI, les stagiaires et les superviseurs. De ce fait, il serait utile que l'équipe d'implémentation du mhGAP-GI nomme un coordonnateur S&E ou un sous-comité S&E pour planifier et réaliser ces tâches.

De possibles indicateurs pour évaluer l'implémentation du mhGAP-GI sont : (1) des indicateurs au niveau du centre de santé comme par exemple le nombre d'agents de santé non-spécialisés formés au mhGAP-GI, le nombre de visites de supervision réalisées dans chaque centre de santé mettant en place le mhGAP-GI et (2) des indicateurs au niveau du système comme par exemple le nombre de centres de santé qui utilisent le mhGAP-GI pour prendre en charge des personnes présentant un trouble MNS, le nombre de centres de santé qui ont un approvisionnement continu en médicaments essentiels pour les troubles MNS.

S'assurer que les indicateurs sont intégrés dans le système national d'informations sanitaires. Collecter des données à l'aide d'indicateurs contribue au suivi du mhGAP-GI. Ces données vont également servir à faire des rapports tous les deux ans (1) la situation nationale du système de santé mentale pour l'Atlas de la Santé Mentale de l'OMS et (2) l'évolution de l'implémentation du Plan D'action Mondial pour la Santé Mentale 2013-2020.

Evaluer le processus d'implémentation du mhGAP-GI, identifier les succès et les besoins d'amélioration, mettre à jour l'analyse de la situation.

En plus des six actions décrites ci-dessus, il y a trois activités qui doivent être menées en continu et qui forment une partie essentielle du processus d'implémentation du mhGAP-GI. Elles sont décrites dans les sections qui suivent.

A. TRAITEMENT ET PRISE EN CHARGE :

Le mhGAP-GI préconise que les prestataires de soins non spécialisés mettent en place un certain nombre d'interventions pharmacologiques et psychologiques. Le manuel recommande par exemple une thérapie centrée sur la résolution de problèmes (TRP) ou une thérapie interpersonnelle (TIP) pour la dépression chez l'adulte. L'OMS a mis au point des interventions psychologiques simplifiées. Ces interventions peuvent être largement implémentées car elles requièrent un moins grand niveau de spécialisation de la part des ressources humaines. Cela signifie que l'intervention a été modifiée pour utiliser moins de ressources que les interventions psychologiques classiques. Des personnes, avec ou sans formation antérieure en santé mentale, peuvent administrer efficacement cette version simplifiée de TRP ou TIP, à partir du moment où elles sont formées et encadrées. Dans le pack mhGAP, il y a plusieurs exemples de manuels

développés par l'OMS pour l'implémentation élargie d'interventions psychologiques simplifiées : the WHO Problem Management Therapy PM+, the WHO Thinking Healthy manual for maternal depression et the WHO Parental Skills training manual.

Une gamme de médicaments essentiels peut être utilisée pour traiter les symptômes des troubles MNS, réduire l'évolution de nombreux troubles, réduire le handicap associé et pour prévenir les rechutes. Ces médicaments essentiels font partie de la Liste modèle OMS des médicaments essentiels. L'accès à ces médicaments essentiels fait partie intégrante du « droit à la santé [selon la meilleure norme possible] ».

Quatre groupes de médicaments sont utilisés pour traiter les troubles MNS prioritaires mentionnés dans ce guide :

- » les antipsychotiques pour les troubles psychotiques ;
- » les médicaments utilisés dans le cadre des troubles de l'humeur (dépressifs et bipolaires);
- » les anticonvulsivants/antiépileptiques ;
- » les médicaments utilisés pour la prise en charge du sevrage, des intoxications et de la dépendance aux substances psychoactives.

Dans de nombreux pays, l'expérience a montré que des améliorations dans l'approvisionnement et l'utilisation des produits pharmaceutiques sont possibles. L'accès des populations aux médicaments essentiels est déterminé par : i) une sélection rationalisée de médicaments, ii) un prix abordable, iii) un système de financement pérenne et iv) l'existence de systèmes de santé et d'approvisionnement fiables.

B. PLAIDOYER ET SENSIBILISATION :

Faire un plaidoyer dans le domaine de la santé mentale consiste à utiliser des informations de manière délibérée et stratégique pour inciter les autres à créer un changement. Cela implique de faire la promotion des besoins et des droits des personnes présentant des troubles mentaux ainsi que des besoins et droits de la population générale. Faire un plaidoyer n'est pas la même chose qu'éduquer. L'éducation donne de l'information et aide à la compréhension d'une problématique. Faire un plaidoyer consiste davantage à convaincre. Cela prend la forme de mobilisations et d'appels pour des actions spécifiques. Un des principes de base pour que le plaidoyer soit efficace est de demander à la population ciblée de faire quelque chose. Mobiliser la population, c'est leur demander de faire partie de la solution.

Exemples d'actions de plaidoyer

Les actions de plaidoyer dans la population générale :

- » Inclure et mobiliser des personnes présentant des troubles mentaux et leurs aidants dans les actions de plaidoyer. S'assurer que la communauté a des contacts sociaux directs et positifs avec des personnes présentant des troubles mentaux.
- » Utiliser les médias pour sensibiliser aux questions de santé mentale, par exemple au travers de déclarations publiques, d'articles de magazine, d'affiches dans les centres de santé, tout en mettant l'accent sur le besoin de faire des reportages responsables sur ces thèmes, en particulier concernant le suicide.
- » Sensibiliser sur les thèmes de la santé mentale dans des lieux publics (ex : écoles, centres de santé).
- » Organiser des manifestations publiques ou des conférences/événements sur le thème de la santé mentale.

Actions de plaidoyer auprès des travailleurs de santé et de santé mentale :

- » Promouvoir une meilleure compréhension de l'importance de la prise en charge communautaire des soins, de la participation de la communauté et des droits des personnes souffrant de troubles MNS.
- » Offrir des formations et un soutien adéquats aux travailleurs de santé mentale et générale.

C. COLLABORATION EN RESEAUX ET INTERSECTORIELLE :

La mise en place du mhGAP-GI requiert une collaboration entre différents secteurs et parties prenantes, tels que :

- » **Les prestataires et les services de soins spécialisés et non spécialisés** : ex : psychologues, agents de santé communautaires, travailleurs sociaux, services hospitaliers et ambulatoires, travailleurs de santé à domicile.
- » **Les utilisateurs des services** : ex : groupes ou individus présentant le même trouble, membres des familles présentant le même trouble ou s'occupant de quelqu'un présentant le même trouble (après avoir obtenu les consentements de toutes les personnes impliquées).
- » **Famille et amis** : identifier certaines des activités sociales antérieures de la personne qui, une fois réactivées, pourraient apporter un soutien psychologique ou social direct ou indirect (ex : réunions de famille, sorties avec des amis, visites de voisins, activités sociales au travail, sports, activités communautaires) et encourager la personne à reprendre ces activités.
- » **Soutiens communautaires informels** : ex : groupes spirituels ou religieux, groupes d'épargne solidaire, clubs,

groupes de femmes, groupes de soutien aux jeunes, groupes culturels, groupes d'auto-soutien, assistances téléphoniques.

- » **Education et emploi** : ex : école, formation professionnelle, programmes de formation professionnelle ou à des activités génératrices de revenus. Plus spécifiquement, des programmes de prévention du suicide dans les écoles comportant une sensibilisation à la santé mentale et une formation aux compétences de base pour réduire les tentatives de suicide et les suicides chez les adolescents.
- » **Organismes non-gouvernementaux** : ex : assistance juridique, services de protection de l'enfance, programmes pour les violences basées sur le genre ou programmes de soutien psycho-social.
- » **Services de l'Etat et allocations** : ex : système public judiciaire, protection de l'enfance, pensions, allocations handicap, allocations transports.

Pour faciliter une collaboration efficace entre ces différents groupes, il est important de :

- » S'assurer que les membres de l'équipe mhGAP-GI ont chacun un **rôle et une fonction clairement définis**.
- » **Préparer une liste de ressources et d'avantages** pour aider les prestataires de soins non-spécialisés à établir des liens véritables entre eux, pour aider les personnes présentant des troubles MNS prioritaires, leurs aidants et leur famille, **en recueillant des informations issues de l'analyse de situation et en remettant régulièrement à jour la liste des ressources sur la base d'informations nouvelles**.

GLOSSAIRE

TERME	DÉFINITION
Abcès spinal	Affection de la moelle épinière causée par une infection bactérienne, virale ou fongique, et caractérisée par une accumulation locale de matières purulentes dans la moelle épinière. La personne peut présenter de la fièvre, des douleurs dans le dos et des déficits neurologiques. Transmission par voie sanguine de l'agent infectieux.
Accident ischémique transitoire (AIT)	Episode transitoire de dysfonction neurologique focale, provoqué par une ischémie focale du cerveau ou de la rétine, sans infarctus aigu dans la zone concernée du cerveau. Les symptômes disparaissent normalement dans les 24 heures.
Accident vasculaire cérébral (AVC)	Trouble brutal du fonctionnement cérébral causé par une maladie vasculaire, principalement thrombose, hémorragie ou embolie.
Activation comportementale	Traitement psychologique qui cible l'amélioration de l'humeur en se réinvestissant dans des activités orientées vers une tâche, qui étaient auparavant agréables. Cette thérapie peut être utilisée seule, ou intégrée dans une thérapie cognitivo-comportementale.
Activités du quotidien	En anglais <i>Activities of Daily Living</i> (ADLs), notion qui conceptualise le fonctionnement : ce sont des activités de base nécessaires pour vivre indépendamment, dont s'alimenter, se laver, utiliser les toilettes, etc. Il existe plusieurs outils pour évaluer les performances ADL, avec ou sans assistance.
Agitation	Difficulté à rester en place, activité motrice excessive, accompagnée d'anxiété.
Agranulocytose	Anomalie sanguine caractérisée par l'absence de granulocytes (type de globules blancs). Pathologie aiguë associée à une leucopénie sévère pouvant engager le pronostic vital. Souvent liée à une toxicité médullaire.
Akathisie	Impression subjective de ne plus tenir en place, souvent accompagnée de mouvements excessifs (ex : agitation des jambes, saut d'un pied sur l'autre, tourne en rond, incapacité à rester immobile).
Akinésie	Absence ou manque de mouvements volontaires. Difficulté à commencer à effectuer des mouvements ou à passer d'un schéma moteur à un autre ; associée à la maladie de Parkinson.

TERME	DÉFINITION
Allongement de l'intervalle QT	Effet secondaire possible de médicaments, consistant en une repolarisation du myocarde ventriculaire caractérisée par un intervalle QT allongé à l'ECG (électrocardiogramme), lequel peut provoquer des arythmies ventriculaires symptomatiques et un risque accru de mort par arrêt cardiaque.
Altération de l'état mental	Etat de conscience ou état mental altéré, à la limite de la perte de connaissance, souvent induit par la consommation de substances ou par une pathologie mentale ou neurologique. Voir aussi délire et confusion .
Alzheimer (maladie d')	Maladie dégénérative du cerveau sans étiologie connue. Dans la majorité des cas, on retrouve des particularités neuropathologiques et neurochimiques. Le trouble débute généralement assez insidieusement et progresse lentement mais régulièrement sur plusieurs années.
Anémie aplasique	Affection caractérisée par l'incapacité des cellules sanguines précurseurs à fabriquer de nouvelles cellules sanguines. Le niveau de toutes les cellules sanguines est abaissé. Les symptômes sont la pâleur, la fatigue, des vertiges, un risque accru d'infections, des hématomes ou une tendance à saigner.
Anticholinergiques	Médicaments qui bloquent l'effet de l'acétylcholine sur les récepteurs muscariniques. Les effets secondaires des anticholinergiques sont: sécheresse de la bouche, rétention d'urine, palpitations et tachycardie sinusale.
Ataxie	Défaillance de la coordination musculaire. La personne a des difficultés de coordination en raison d'une atteinte des zones cérébrales qui contrôlent le mouvement et l'équilibre. Les doigts, les mains, les bras, les jambes, le corps dans son ensemble, la parole et les mouvements oculaires peuvent tous être affectés.
Autisme (troubles du spectre de l')	Trouble du spectre de l'autisme est une notion générale qui couvre différentes affections dont l'autisme, le trouble désintégratif de l'enfance et le syndrome d'Asperger.
Auto-agression	Empoisonnement ou blessure volontaire infligé à soi-même, avec ou sans intention ou issue suicidaire.

TERME**DÉFINITION****Autonomie**

Capacité perçue à contrôler, gérer et prendre des décisions d'ordre personnel sur la manière de vivre au quotidien, conformément à ses propres règles et préférences.

Carence en vitamine K du nouveau-né

Une carence en vitamine K peut provoquer des saignements sévères chez le nouveau-né à la naissance et parfois jusqu'à 6 mois. Ces saignements peuvent être cutanées, gastro-intestinaux, intracrâniens ou des muqueuses. Une des causes est la consommation d'antiépileptiques par la mère.

Cognition

Les processus cognitifs sont ceux associés à la pensée, dont le raisonnement, le souvenir, le jugement, la planification et la résolution de problèmes.

Comorbidité

Désigne l'existence simultanée de deux ou plusieurs pathologies, qui se disent alors "comorbides".

Confidentialité

Respect de la **vie privée** dans un contexte de communication privilégié (ex : patient-médecin) et respect du caractère privé des informations médicales (dossiers...).

Consentement éclairé

Processus où le professionnel de santé donne au patient les informations pertinentes pour permettre à celui-ci d'opérer le libre choix d'accepter ou de refuser un traitement. Le consentement éclairé comporte une discussion autour des éléments suivants : la nature de la décision/procédure, les alternatives réalistes à cette proposition, les risques, les bénéfices et les incertitudes de chacune des options, une vérification de la bonne compréhension par le patient et l'acceptation ou non par celui-ci de l'intervention.

Convulsions, crise convulsive

Troubles de la fonction corticale, cliniques ou sous-cliniques, en raison d'une décharge électrique soudaine, anormale et excessive des cellules cérébrales. Les manifestations cliniques comportent entre autres des phénomènes moteur, sensoriels et psychiques anormaux.

Délire

Croyance ancrée qui va à l'encontre de l'évidence. Les arguments rationnels n'ont pas de prise, et cette croyance n'est pas acceptée par d'autres membres de la culture de la personne (par exemple: elle n'est pas un aspect de la foi religieuse).

Dépression respiratoire

Cadence de respiration lente et insuffisante, conduisant à un manque d'oxygène. Des causes fréquentes sont une lésion cérébrale, ou une intoxication (benzodiazépines).

TERME**DÉFINITION****Désintoxication**

Il s'agit des procédés mis en œuvre pour sevrer une personne des effets d'une substance psychoactive. En contexte clinique, ce processus est réalisé de manière à préserver la sécurité du patient et à minimiser les symptômes de sevrage.

Désinhibition

Manque de retenue, mépris des conventions sociales, impulsivité, mauvaise évaluation des risques. Elle peut avoir une incidence sur le fonctionnement émotionnel, cognitif et la perception de la personne.

Désorganisation (de la pensée)

Trouble dans les processus de pensée associative, typiquement manifesté par la parole : la personne passe sans prévenir d'un sujet à un autre sans rapport avec le premier. La personne ne semble pas consciente du manque de suivi ou de logique dans sa pensée.

Deuil

Désigne les processus de perte, d'affliction et de consolation, généralement associés à un décès.

Dyskinésie tardive

Dystonie caractérisée par des spasmes musculaires reptatoires et soutenus, affectant la tête, le cou et parfois le tronc. Provoquée par les traitements antipsychotiques, elle ne s'améliore pas toujours après l'arrêt du traitement.

Encéphalopathie hépatique

Etat mental anormal, avec somnolence, confusion ou coma, provoqué par une dysfonction hépatique.

Ergothérapie

Thérapie qui vise à aider les personnes à retrouver une indépendance dans les activités du quotidien par une réadaptation, des exercices et l'utilisation de dispositifs d'assistance. Ces thérapies prévoient aussi des activités pour favoriser l'épanouissement et l'estime de soi.

Errance

Les personnes souffrant de démence ressentent souvent le besoin de marcher ou de tourner en rond et, dans certains cas, elles peuvent quitter leur lieu de vie. En outre, ayant souvent des problèmes pour s'orienter, ces personnes peuvent se perdre.

Eruption macropapulaire

Eruption comportant à la fois des macules (zones de peau non palpables mais où la couleur est altérée, ex : taches de rousseur) et des papules (petits boutons palpables, souvent arrondis avec un diamètre de moins de 5 mm)

TERME	DÉFINITION
Gestion des contingences (thérapie de la)	Méthode structurée qui consiste à récompenser certains comportements « favorables », ex : suivre les traitements, éviter l'abus de substances. Les récompenses pour ces comportements souhaités sont réduites au cours du temps, au fur et à mesure que les récompenses découlant des améliorations elles-mêmes apparaissent.
Guérisseur traditionnel	Administre des traitements basés sur des connaissances traditionnelles indigènes dans différentes cultures.
Hallucination	Perceptions faussées de la réalité : la personne voit ou entend des choses qui ne sont pas là, ou croit percevoir des sensations, des odeurs ou des goûts sans lien avec la réalité.
Hypervigilance/ Hyperexcitation	Décharge autonome intense et prolongée accompagnée par un état de veille et d'hypersensibilité aux stimuli de l'environnement. Ces manifestations sont retrouvées le plus fréquemment dans le syndrome de stress post-traumatique, et elles sont souvent associées à un abus de substances ou à un sevrage.
Hypersensibilité	Les réactions d'hypersensibilité sont des effets secondaires indésirables de produits pharmaceutiques (que ce soit en réaction à la substance active ou à l'excipient), ressemblant cliniquement à une allergie. L'hypersensibilité se classe dans la catégorie B des réactions aux médicaments définies par l'OMS comme étant dépendantes de la dose, imprévisibles et nocives, et comme étant une réaction non-recherchée à un médicament à une dose normalement prescrite chez des humains. Ce terme désigne de nombreux phénotypes cliniques, dont la survenue et la sévérité varient.
Hypotension orthostatique	Chute brusque de la tension artérielle qui peut se produire lors d'un changement de position (position couchée à position assise ou debout), provoquant généralement vertiges ou étourdissements. Sans danger particulier.
Incapacité, handicap	Toute restriction ou tout déficit (suite à une atteinte) dans la capacité à mener une activité d'une manière considérée comme normale pour un être humain. Le terme incapacité ou handicap reflète les conséquences d'une atteinte ou d'une limitation en termes de performance et d'activité.

TERME	DÉFINITION
Irritabilité	Etat de l'humeur caractérisé par le fait que la personne est facilement agacée ou se met en colère de manière disproportionnée par rapport au contexte.
Irritation des méninges	Irritation des tissus qui recouvrent le cerveau et la moelle épinière, généralement provoquée par une infection.
Méningite	Maladie des méninges (les membranes qui recouvrent le cerveau et la moelle épinière) généralement provoquée par une infection, un agent bactérien, viral, ou fongique ou par un parasite.
Myasthénie grave	Trouble de la transmission neuromusculaire caractérisé par une fatigabilité/faiblesse des muscles crâniens et squelettiques. Les manifestations cliniques peuvent comprendre : diplopie et ptosis fluctuants, faiblesse des muscles faciaux, bulbaires, respiratoires et proximaux des membres.
Naevus	Grappe de petits vaisseaux sanguins visibles sous la peau, se manifestant typiquement lors d'une grossesse ou comme symptôme de certaines maladies (ex : cirrhose ou acné rosacé).
Nécrolyse épidermique toxique	Desquamation engageant le pronostic vital, généralement en réaction à un médicament ou à une infection. Ressemble au syndrome de Stevens-Johnson, mais de nature plus grave.
Neuroinfection	Infection impliquant le cerveau et/ou la moelle épinière.
Opposition	Comportements de défi, de désobéissance, de provocation, ou de méchanceté qui peuvent se manifester dans un contexte d'humeur irritable persistante et souvent accompagnés par des crises de colère ou attitudes obstinées ou de contestation.
Parentalité (formations à la)	Ensemble de programmes qui visent à modifier les comportements de parents et à renforcer la confiance par l'adoption de stratégies de parentalité efficaces. Cela comporte par exemple une formation à la communication émotionnelle et aux savoir-faire d'interaction positive parent-enfant ; peut également comprendre des méthodes de renforcement positif pour améliorer les comportements et le fonctionnement de l'enfant/adolescent.
Pensées bousculées	Pensées qui défilent rapidement avec des passages imprévisibles d'un sujet à un autre, souvent associées à un épisode maniaque ou à d'autres maladies mentales.

TERME**DÉFINITION****Phéochromocytome**

Tumeur endocrine des glandes médullo-surrénales, provoquant des symptômes (principalement céphalées, palpitations, sudation excessive) et des signes (principalement hypertension, perte de poids et diabète), reflétant les effets de l'épinéphrine et de la norépinéphrine sur les récepteurs adrénergiques alpha et bêta.

Plantes médicinales

Eventail de remèdes traditionnels identifiés il y a des siècles pour leur efficacité qui sont à base de plantes ou de dérivés de plantes. Dans de nombreuses cultures, les connaissances sur l'efficacité de ces remèdes sont soigneusement préservées et transmises par la tradition orale de génération en génération.

Polyneuropathie

Anomalie et dysfonction du système nerveux périphérique. Elle peut se manifester par une sensation défaillante dans les extrémités, une paresthésie (fourmillements), une faiblesse des membres, une perte de masse musculaire et une perte des réflexes ostéotendineux.

Polythérapie

Délivrance de plus d'un traitement médicamenteux à la fois pour la même affection.

Porphyrie

Groupe de pathologies caractérisées par des manifestations neuro-viscérales intermittentes et/ou des lésions cutanées. Les signes cliniques apparaissent généralement à l'âge adulte, mais certaines formes peuvent affecter les enfants. Une neurotoxicité directe ou indirecte peut provoquer les manifestations neurologiques.

Prurit

Démangeaisons – une sensation intense qui provoque le besoin de frotter ou de gratter la peau pour obtenir un soulagement.

Pseudo-démence

Trouble qui ressemble à la démence mais qui n'est pas lié à une maladie organique du cerveau et qui est potentiellement traitable. Peut se manifester par des symptômes de dépression chez les personnes âgées.

Psychoéducation

Consiste à informer /sensibiliser les personnes souffrant de TMNA et leur aidant/famille sur la nature de leur maladie, ses causes possibles, la progression, les conséquences, le pronostic, le traitement et ses alternatives.

Réaction idiosyncratique

Réponse individuelle, imprévisible et non-dépendante de la dose à une substance : somnolence ou euphorie, rougeurs, spasmes des mains et des pieds, apnée, etc.

TERME**DÉFINITION****Rechute**

Retour à la consommation d'alcool ou d'autres substances après une période d'abstinence, souvent accompagné par des symptômes de dépendance. Le terme s'utilise aussi pour désigner un retour des symptômes d'un TMNA après une période de rétablissement.

Relaxation (formation à la)

Comporte des techniques parmi lesquelles des exercices de respiration pour arriver à une détente.

Répit (soins de)

Prise en charge temporaire en structure de santé/institution d'une personne vivant normalement avec un aidant, pour soulager ce dernier.

Réseau social

Notion de sociologie analytique qui concerne les liens sociaux parmi les personnes comme moyen de comprendre leurs comportements, plutôt que de cibler les caractéristiques individuelles.

Résolution de problèmes

Traitement psychologique qui comporte la mise en œuvre de techniques pour résoudre des problèmes sur un certain nombre de séances.

Retrait social

Incapacité chez une personne à s'impliquer dans des activités compatibles avec son âge, ou à avoir des interactions avec ses pairs ou les membres de sa famille.

Rigidité

Résistance aux mouvements passifs d'un membre qui persiste sur toute l'amplitude du mouvement. Un symptôme de la maladie de Parkinson.

Status epilepticus (ou état épileptique)

Défini comme 5 minutes ou plus d'activité convulsive continue, constaté cliniquement ou sur ECG, sans reprise de connaissance entre les absences/convulsions.

Stigmatisation

Fait d'établir une différence entre la personne stigmatisée et les autres, en attribuant des caractéristiques négatives à la personne. La stigmatisation des maladies mentales conduit souvent à l'exclusion sociale et à la discrimination et constitue une charge supplémentaire pour la personne qui en est la victime.

TERME

DÉFINITION

Syndrome confusionnel

Etat mental instable transitoire, caractérisé par une attention altérée (capacité réduite à s'orienter, à se concentrer, à maintenir ou à déplacer son attention) et une conscience altérée (moindre conscience de l'environnement). Cet état se développe sur une période courte et tend à fluctuer sur la journée. Il s'accompagne d'autres perturbations de la perception, de la mémoire, de la pensée, des émotions ou des fonctions psychomotrices. Il peut résulter de causes organiques aiguës, par exemple: infection, médicament, anomalies métaboliques, intoxication aux substances ou sevrage aux substances.

Syndrome de sevrage néonatal

Exposition in utero à des substances addictives peut provoquer des symptômes de sevrage chez un nouveau-né. Ceux-ci sont généralement neurologiques, entravant le fonctionnement autonome normal. La présentation clinique varie et dépend de plusieurs facteurs, ex : le type de substances et la dose, la vitesse du métabolisme et d'élimination chez la mère et chez l'enfant.

Syndrome malin des neuroleptiques (SMN)

Affection rare mais qui engage le pronostic vital, provoquée par les médicaments antipsychotiques et caractérisée par de la fièvre, un délire, une rigidité musculaire et une tension artérielle élevée.

Syndrome de Stevens-Johnson

Etat qui engage le pronostic vital, caractérisé par une peau douloureuse et une desquamation, des ulcères, des lésions bulleuses et des efflorescences des muqueuses de la bouche, des lèvres, de la gorge, de la langue et des organes génitaux, parfois accompagnés de fièvre. Le plus souvent causé par une réaction sévère aux médicaments, en particulier aux antiépileptiques.

Suicidaire, idées suicidaires

Pensées et idées récurrentes sur la possibilité de mettre fin à ses jours, allant de l'idée que l'on serait « mieux mort » à des plans élaborés pour en finir.

TERME

DÉFINITION

Thérapie cognitivo-comportementale (TCC)

Traitement psychologique qui comporte des éléments cognitifs (pour penser différemment, par exemple en identifiant et en remettant en question des idées négatives infondées) et des éléments comportementaux (pour faire les choses autrement, ex : en aidant la personne à adopter des activités plus gratifiantes).

Thérapie motivationnelle

Thérapie structurée comportant jusqu'à 4 sessions pour aider les personnes ayant un trouble lié à l'abus de substances. L'approche cherche à inciter à un changement par une technique composée d'entretiens – engager la personne dans une discussion sur ses consommations, les avantages et inconvénients selon les valeurs de la personne elle-même, en évitant d'argumenter avec la personne en cas de résistance, et en encourageant la personne à parvenir à ses propres décisions selon ses objectifs.

Thrombocytopénie

Taux anormalement faible de plaquettes dans le sang. On peut observer des hématomes ou des saignements. A confirmer par numération sanguine.

Tremblements

Tremblements involontaires, souvent des doigts.

Vie privée

Concerne la possibilité d'être protégé des intrusions non-sollicitées dans sa vie de tous les jours (ex : personnes hébergées en centre résidentiel pour leurs activités du quotidien) et également la **confidentialité** des dossiers médicaux.

Les troubles Mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives (MNS) sont très fréquents et constituent une part importante de la charge mondiale de morbidité et d'invalidité. Afin de réduire le décalage entre les ressources disponibles et les immenses besoins de soins, l'Organisation Mondiale de la Santé a lancé le Programme d'action: Combler les lacunes en santé mentale (mhGAP). L'objectif du mhGAP est de développer l'accès à des soins et des services utilisant des interventions basées sur les preuves, pour la prévention et la prise en charge des troubles MNS prioritaires. Le Guide d'Intervention (GI) version 1.0 pour la prise en charge des troubles MNS dans les structures de soins non spécialisées a été développé en 2010 comme un outil technique simple permettant la prise en charge intégrée des troubles MNS prioritaires à l'aide de protocoles de décision cliniques.

Utilisé dans près de 90 pays, le mhGAP-GI 1.0 a rencontré un grand succès. C'est avec plaisir que nous présentons désormais la version 2.0 du mhGAP-GI, qui inclut des mises à jour intégrant des recommandations basées sur des preuves. Cette version facilite l'utilisation et présente de nouvelles sections afin d'élargir l'utilisation du mhGAP-GI auprès des prestataires de soins de santé ainsi que des gestionnaires de programmes.

Nous espérons que ce guide contribuera à fournir une feuille de route pour favoriser l'accès à des soins et à des services aux personnes présentant des troubles MNS dans le monde et qu'il permettra de nous rapprocher de l'objectif d'une couverture de soins universelle.

La version 2.0 du mhGAP-GI inclut les sections suivantes :

» Notions de base du soin et de la pratique clinique

» Orientation matrix

» Dépression

» Psychoses

» Epilepsie

» Troubles mentaux et du comportement de l'enfant et de l'adolescent

» Démence

» Troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives

» Conduites auto-agressives/suicidaires

» Autres plaintes psychologiques envahissantes

» Mise en oeuvre du mhGAP-GI

**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_health/mhgap



**Organisation
mondiale de la Santé**