

Prise en charge clinique des troubles mentaux,
neurologiques et liés à l'utilisation de substances
psychoactives dans les situations d'urgence humanitaire

Guide d'intervention humanitaire mhGAP (GIH-mhGAP)



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



**Organisation
mondiale de la Santé**



UNHCR

United Nations High Commissioner for Refugees
Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés

Catalogage à la source : Bibliothèque de l'OMS

Guide d'intervention humanitaire mhGAP (GIH-mhGAP) : prise en charge clinique des troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives dans les situations d'urgence humanitaire.

1.Troubles mentaux. 2.Troubles liés à une substance. 3.Maladies du système nerveux. 4.Coopération. 5.Urgences. I.Organisation mondiale de la Santé. II.UNHCR.

ISBN 978 92 4 254892 1 (Classification NLM : WM 30)

© Organisation mondiale de la Santé 2015

Tous droits réservés. Les publications de l'Organisation mondiale de la Santé peuvent être consultées sur le site Internet de l'OMS (www.who.int) ou achetées auprès des Éditions de l'OMS, Organisation mondiale de la Santé, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 (Suisse) (téléphone : +41 22 791 3264 ; télécopie : +41 22 791 4857 ; adresse électronique : bookorders@who.int).

Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire des publications de l'OMS – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées aux Éditions de l'OMS via le site Web de l'OMS (www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html).

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

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

Citation proposée : Organisation mondiale de la Santé et Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés. *Guide d'intervention humanitaire mhGAP (GIH-mhGAP) : Prise en charge clinique des troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives dans les situations d'urgence humanitaire*. Genève : OMS, 2015.

Contact pour tous commentaires et questions : Département Santé mentale et abus de substances psychoactives de l'OMS (mhgap-info@who.int) ou section Santé publique de l'UNHCR (HQPHN@unhcr.org)

Avant-propos

Le monde d'aujourd'hui doit faire face à un nombre sans précédent d'urgences humanitaires provoquées par des conflits armés ou des catastrophes naturelles. Le nombre de réfugiés et de personnes déplacées au sein de leur propre pays n'avait jamais été aussi élevé depuis la fin de la Seconde Guerre mondiale. Des dizaines de millions d'individus, notamment au Moyen-Orient, en Afrique et en Asie, ont besoin d'aide de toute urgence, notamment de services permettant de prendre en charge les besoins exacerbés des populations en matière de santé mentale.

Les adultes et les enfants en situation d'urgence connaissent en effet de nombreux et divers troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives. La plupart d'entre eux sont en état d'affliction et de détresse aiguë, ce qui est considéré comme une réponse psychologique naturelle et passagère dans une situation d'extrême adversité. Toutefois, pour une minorité, cette situation déclenche des problèmes de santé mentale comme un trouble dépressif, un état de stress post-traumatique ou un deuil compliqué, qui peuvent gravement altérer les activités de la vie quotidienne. En outre, les individus présentant des troubles préexistants graves, comme une psychose, une déficience intellectuelle ou de l'épilepsie, deviennent encore plus vulnérables, en raison du déplacement, de l'abandon ou de l'absence des services de santé. Enfin, la consommation d'alcool ou de drogues pose de sérieux risques en matière de santé et de violence sexiste. C'est au moment où les besoins en santé mentale des populations sont exacerbés que les ressources locales en la matière font défaut. Dans un tel contexte, des outils pratiques et faciles à utiliser sont plus que jamais nécessaires.

Ce guide a été rédigé en gardant ces difficultés spécifiques à l'esprit. Le *Guide d'intervention humanitaire mhGAP* est un outil simple et pratique visant à aider les établissements de santé générale en situation d'urgence humanitaire à évaluer et prendre en charge les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives. Il s'agit d'une adaptation pour une utilisation dans les situations d'urgence humanitaire du *Guide d'intervention mhGAP (2010)* de l'OMS, un manuel fondé sur des bases factuelles et couramment utilisé pour prendre en charge ces problèmes dans les établissements de santé non spécialisés.

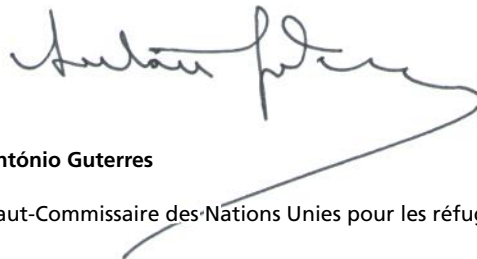
Ce guide est parfaitement cohérent avec les Directives du CPI concernant la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence (*Inter-Agency Standing Committee (IASC) Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings*) et les Directives opérationnelles de l'UNHCR pour la programmation des opérations auprès des réfugiés - Santé mentale & Soutien psychosocial (*UNHCR Operational Guidance for Mental Health and Psychosocial Support in Refugee Operations*), qui plaident pour une réponse multisectorielle face aux conséquences sociales et de santé mentale des urgences humanitaires et du déplacement. Il participe également à la réalisation du principal objectif du *Plan d'action global de l'OMS pour la santé mentale 2013-2020*, à savoir la prestation de services de protection sociale et de santé mentale réactifs, intégrés et complets dans le cadre communautaire.

Nous demandons à tous les partenaires humanitaires du secteur de la santé d'adopter et de diffuser ce guide essentiel, dans le but de réduire la souffrance et d'aider les adultes et les enfants atteints de troubles mentaux à surmonter les situations d'urgence humanitaire.



Margaret Chan

Directeur général
Organisation mondiale de la Santé



António Guterres

Haut-Commissaire des Nations Unies pour les réfugiés (UNHCR)

Table des matières

| | |
|---|----------|
| Remerciements | iv |
| Introduction | 1 |
| Conseils aux responsables cliniques | 3 |
| Principes généraux de soins (PGS) des individus atteints de troubles mentaux, neurologiques ou liés à l'utilisation de substances psychoactives dans les situations humanitaires | 5 |
| 1. Principes de communication | 5 |
| 2. Principes d'évaluation | 6 |
| 3. Principes de prise en charge | 7 |
| 4. Principes de réduction du stress et de renforcement du soutien social | 8 |
| 5. Principes de protection des Droits de l' Homme | 10 |
| 6. Principes d'attention accordée au bien-être général | 11 |
| Modules | |
| 1. Stress aigu (STR). | 13 |
| 2. Affliction (AFF) | 17 |
| 3. Trouble dépressif modéré à sévère (DEP) | 21 |
| 4. État de stress post-traumatique (ESPT) | 27 |
| 5. Psychose (PSY). | 31 |
| 6. Épilepsie/crises convulsives (EPI) | 35 |
| 7. Déficience intellectuelle (DI) | 41 |
| 8. Consommation nocive d'alcool et de drogues (SUB) | 45 |
| 9. Suicide (SUI) | 49 |
| 10. Autres troubles importants de santé mentale (AUT) | 53 |
| Annexes | |
| Annexe 1 : Système d'information sanitaire (SIS) - Définitions des cas - UNHCR (2014) | 56 |
| Annexe 2 : Glossaire. | 57 |
| Annexe 3 : Index des symptômes. | 60 |

Remerciements

Conceptualisation

Mark van Ommeren (OMS), Yutaro Setoya (OMS), Peter Ventevogel (UNHCR) et Khalid Saeed (OMS), sous la direction de Shekhar Saxena (OMS) et Marian Schilperoord (UNHCR)

Rédaction et édition

Peter Ventevogel (UNHCR), Ka Young Park (Harvard Kennedy School) et Mark van Ommeren (OMS)

Équipe de révision mhGAP de l'OMS

Nicolas Clark, Natalie Drew, Tarun Dua, Alexandra Fleischmann, Shekhar Saxena, Chiara Servili, Yutaro Setoya, Mark van Ommeren, Alexandra Wright et M. Taghi Yasamy

Autres contributeurs/réviseurs

Helal Uddin Ahmed (National Institute of Mental Health, Bangladesh), Corrado Barbui (Centre collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale, Université de Vérone), Thomas Barrett (University of Denver), Pierre Bastin (Comité international de la Croix-Rouge), Myron Belfer (Harvard Medical School), Margriet Blaauw (Groupe de référence du Comité permanent interorganisations (CPI) pour la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence), Boris Budosan (Malteser International), Kenneth Carswell (OMS), Jorge Castilla (ECHO-Commission européenne), Vanessa Cavallera (OMS), Elizabeth Centeno-Tablante (OMS), Lukas Cheney (University of Melbourne), Rachel Cohen (Common Threads), Ana Cuadra (Médecins du Monde, MdM), Katie Dawson (University of New South Wales), Joop de Jong (Université d'Amsterdam), Pamela Dix (Disaster Action), Frederique Drogoul (Médecins Sans Frontières, MSF), Carolina Echeverri (UNHCR), Rabih El Chammay (ministère de la Santé publique du Liban), Mohamed Elshazly (International Medical Corps, IMC), Michael First (Columbia University), Richard Garfield (Centers for Disease Control and Prevention, CDC), Anne Golaz (Université de Genève), David Goldberg (King's College London), Marlene Goodfriend (MSF), Margaret Grigg (MIND Australie), Norman Gustavson (PARSA Afghanistan), Fahmy Hanna (OMS), Mathijs Hoogstad (indépendant, Pays-Bas), Peter Hughes (Royal College of Psychiatrists, Royaume-Uni), Takashi Izutsu (Banque mondiale), Lynne Jones (Harvard School of Public Health), Devora Kestel (Organisation panaméricaine de la santé/OMS), Louiza Khouarta (UNHCR), Cary Kogan (University of Ottawa), Roos Korste (in2mentalhealth, Pays-Bas), Marc Laporta (McGill University), Jaak Le Roy (indépendant, Belgique), Barbara Lopes-Cardozo (CDC), Ido Lurie (Physicians for Human Rights-Israël), Andreas Maercker (Université de Zürich), Heini Mäkilä (International Assistance Mission, Afghanistan), Adelheid Marschang (OMS), Carmen Martínez-Viciano (MSF), Jessie Mbwambo (Muhimbili University of Health and Allied Sciences, Tanzanie), Fernanda Menna Barreto Krum (MdM), Andrew Mohanraj (CBM, Malaisie), Emilio Ovuga (Gulu University, Ouganda), Sarah Pais (OMS), Heather Papowitz (UNICEF), Xavier Pereira (Taylor's University School of Medicine and Health Equity Initiatives, Malaisie), Pau Perez-Sales (Hospital La Paz, Espagne), Giovanni Pintaldi (MSF), Bhava Poudyal (indépendant, Azerbaïdjan), Rasha Rahman (OMS), Ando Raobelison (World Vision International), Nick Rose (Oxford University), Cecile Rousseau (McGill University), Khalid Saeed (OMS), Benedetto Saraceno (Universidade Nova de Lisboa, Portugal), Alison Schafer (World Vision International), Nathalie Severy (MSF), Pramod Mohan Shyangwa (IOM), Yasuko Shinozaki (MdM), Derrick Silove (University of New South Wales), Stephanie Smith (Partners in Health), Leslie Snider (War Trauma Foundation), Yuriko Suzuki (National Institute of Mental Health, Japon), Saji Thomas (UNICEF), Ana María Tijerino (MSF), Wietse Tol (Johns Hopkins University et Peter C Alderman Foundation), Senop Tschakarjan (MdM), Bharat Visa (OMS), Inka Weissbecker (IMC), Nana Wiedemann (Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge) et William Yule (King's College London).

Financement

Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (UNHCR)

Conception

Elena Cherchi

Introduction

Ce guide est une adaptation du *Guide d'intervention mhGAP (GI-mhGAP) de l'OMS pour lutter contre les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives dans les structures de soins non spécialisées* pour une utilisation dans les situations d'urgence humanitaire. Son titre est donc le *Guide d'intervention humanitaire mhGAP (GIH-mhGAP)*.

Qu'est-ce que le mhGAP ?

Le **Programme d'action Comblant les lacunes en santé mentale, ou mhGAP (de l'anglais mental health Gap Action Programme)**, est un programme de l'OMS visant à répondre au **manque de soins** dont pâtissent les personnes atteintes de troubles mentaux, neurologiques ou liés à l'utilisation de substances psychoactives (MNS). Dans le cadre de ce programme, le *Guide d'intervention mhGAP (GI-mhGAP)* a été publié en 2010. Le *GI-mhGAP* est un guide clinique sur les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives destiné aux **prestataires de soins de santé généralistes** qui travaillent dans des structures de **soins non spécialisées**, notamment dans les pays à revenu faible et intermédiaire.

Il peut ainsi s'agir de médecins généralistes, de personnel infirmier, de sages-femmes et de cliniciens ainsi que de médecins spécialisés dans d'autres domaines que la psychiatrie ou la neurologie.

En plus d'un guide clinique, le programme *mhGAP* offre de nombreux outils à utiliser lors de la mise en œuvre des programmes dans le cadre de l'analyse de la situation, l'adaptation des protocoles cliniques au contexte local, la planification des programmes, la formation, la supervision et le suivi¹.

Pourquoi une adaptation aux situations d'urgence humanitaire est-elle nécessaire ?

Les urgences humanitaires comprennent de **nombreuses situations de crise aiguë ou chronique** provoquées par des conflits armés et des catastrophes naturelles et industrielles. Les urgences humanitaires impliquent souvent le déplacement massif des populations. Les besoins en services de base des populations submergent alors les capacités locales, au moment où le système local est souvent endommagé par la catastrophe. Les ressources varient en fonction de la portée et de la disponibilité de l'aide humanitaire locale, nationale et internationale.

Si les crises humanitaires apportent leur lot de défis, elles créent aussi diverses opportunités pour les prestataires de services de santé, comme une volonté politique et des ressources accrues pour assurer et améliorer les services de santé mentale².

Les défis sont principalement les suivants :

- » Urgence accrue par le besoin d'établir les priorités et d'affecter les maigres ressources disponibles
- » Durée limitée pour former les prestataires des soins de santé
- » Accès limité aux spécialistes (à des fins de formation, supervision, accompagnement, orientation-recours ou consultation)
- » Accès limité aux médicaments en raison de l'interruption de la chaîne d'approvisionnement habituelle.

Le *Guide d'intervention humanitaire mhGAP* a été élaboré pour répondre à ces défis spécifiques des situations d'urgence humanitaire.

Contenu du Guide

Le *Guide d'intervention humanitaire mhGAP* contient des **recommandations de prise en charge de première intention** des troubles MNS à destination des prestataires de soins non spécialisés dans les situations d'urgence humanitaires où **l'accès à des spécialistes et les options de traitement sont limités**.

Ce Guide reprend les informations essentielles du *GI-mhGAP* et ajoute des éléments complémentaires spécifiques aux contextes d'urgence humanitaire.

Ce Guide couvre les éléments suivants :

- » Conseils aux responsables cliniques ;
- » Principes généraux de soins applicables à des contextes d'urgence humanitaire, dont :
 - ♦ Prestation du soutien multisectoriel conformément aux **Directives du CPI concernant la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence** (CPI/IASC, 2007), aux **Directives opérationnelles de l'UNHCR pour la programmation des opérations auprès des réfugiés - Santé mentale & Soutien psychosocial** (UNHCR, 2013) et à d'autres outils portant sur les urgences humanitaires ;
 - ♦ Instructions sur la réduction du stress ;
- » Brefs modules sur l'évaluation et la prise en charge des troubles suivants :
 - ♦ Stress aigu (STR)
 - ♦ Affliction (AFF)
 - ♦ Trouble dépressif modéré à sévère (DEP)
 - ♦ État de stress post-traumatique (ESPT)
 - ♦ Psychose (PSY)
 - ♦ Épilepsie/crises convulsives (EPI)
 - ♦ Déficience intellectuelle (DI)
 - ♦ Consommation nocive d'alcool et de drogues (SUB)
 - ♦ Suicide (SUI)
 - ♦ Autres troubles importants de santé mentale (AUT)

Les autres modifications sont les suivantes :

- » Les conseils sur les troubles du comportement ont été réécrits sous forme de conseils sur les problèmes comportementaux chez l'adolescent, que l'on trouve dans le module sur les autres troubles importants de santé mentale (AUT).
- » Le module **Évaluation et prise en charge des affections spécifiquement liées au stress : Module Guide d'intervention mhGAP** (OMS, 2013) a été séparé en 3 modules : stress aigu (STR), affliction (AFF) et état de stress post-traumatique (ESPT).
- » Un glossaire a été ajouté. Les termes signalés par un astérisque * sont définis à l'Annexe 2.

Le présent guide est beaucoup plus court que le *GI-mhGAP*. Il ne contient pas de conseils sur :

- » La dépendance* et l'intoxication à l'alcool et aux drogues (le sevrage alcoolique et la consommation nocive d'alcool et de drogues sont toutefois couverts par ce guide) ;
- » Le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (même si les problèmes comportementaux chez l'adolescent sont abordés dans le module de ce guide sur les autres troubles importants de santé mentale) ;
- » Les troubles du spectre autistique ;
- » La démence (même si le soutien à apporter aux aidants des individus atteints de troubles MNS est abordé aux *Principes généraux de soins* du présent guide) ;
- » Le risque non imminent d'acte autoagressif ;
- » Les traitements de seconde intention de la plupart des troubles MNS.

Des conseils sur ces sujets restent disponibles dans le *GI-mhGAP complet*.

¹ Demander une copie de ces outils à l'adresse mhgap-info@who.int.

² Voir Organisation mondiale de la Santé (OMS). *Reconstruire en mieux - Pour des soins de santé mentale durables après une situation d'urgence*. OMS : Genève, 2013.

Conseils aux responsables cliniques

L'intégration des troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives (MNS) dans les soins de santé généraux doit être supervisée par un responsable (comme l'administrateur de la santé publique au niveau du district, le directeur médical d'une organisation, etc.) qui est chargé de concevoir et de coordonner les soins de plusieurs établissements de santé après avoir analysé la situation (voir *le Vade-mecum pour les situations humanitaires de l'OMS et de l'UNHCR (2012)*). Chaque établissement dispose d'un responsable clinique (le directeur de l'établissement de santé) avec des responsabilités spécifiques. Les responsables cliniques doivent se charger des éléments décrits ci-après.

Environnement

- » Prévoir un **espace privé**, de préférence une pièce séparée, pour réaliser les consultations des troubles MNS. Si aucune pièce séparée n'est disponible, essayer de diviser la salle avec des rideaux ou d'autres moyens pour préserver l'intimité.
- » Il est recommandé de n'apposer aucune signalisation sur cette pièce, pour éviter que les services MNS ne soient refusés par peur d'une stigmatisation sociale.

Organisation du service

- » Il est recommandé qu'au minimum un membre du personnel qualifié soit physiquement présent à tout moment pour les consultations MNS, c'est-à-dire qu'une personne soit affectée à l'évaluation et à la prise en charge des individus atteints de troubles MNS.
- » À défaut, des « consultations MNS » peuvent être organisées une fois ou deux par semaine au sein de l'établissement de santé générale, à un moment de la journée où l'établissement est moins occupé. Si des individus se présentent en dehors des heures de consultation MNS, il conviendra de leur demander avec délicatesse de revenir pendant les horaires prévus. L'organisation de ces consultations MNS peut être utile dans les établissements de santé très occupés, notamment pour réaliser un premier bilan, généralement plus long que les visites de suivi.

Personnel et formation

- » Tous les membres du personnel auront pour consigne d'instaurer un **environnement sécurisant** pour les individus atteints de troubles MNS.
- » Identifier les membres du personnel à former aux soins MNS.
- » S'assurer que les ressources sont disponibles, non seulement pour la formation mais également pour la supervision. La **supervision** clinique du personnel est une composante essentielle de soins MNS efficaces.
- » Si quelques membres du personnel seulement peuvent être formés au contenu de ce Guide, il conviendra de s'assurer que le reste du personnel clinique peut au moins dispenser des premiers secours psychologiques (PSP). L'orientation vers les PSP doit pouvoir être réalisée sous une demi-journée environ. Les documents *The Psychological First Aid Guide for Field Workers* et *Orientation materials* à destination des facilitateurs sont disponibles en ligne.
- » Indiquer au réceptionniste (ou à toute personne assumant cette fonction) à gérer les individus agités qui peuvent demander ou exiger une attention immédiate.
- » Former les agents communautaires et les bénévoles, le cas échéant, pour qu'ils puissent : (a) sensibiliser aux soins MNS (voir ci-après), (b) aider les individus atteints de troubles MNS à rechercher de l'aide auprès des établissements de santé, (c) participer aux soins de suivi.
- » Envisager de former et de superviser un membre de l'équipe soignante (comme un infirmier, un agent psychosocial, un agent social communautaire) pour qu'il puisse apporter un **soutien psychosocial** (par exemple, fournir de brefs traitements psychologiques, diriger des groupes d'entraide, enseigner la gestion du stress).
- » Former tout le personnel aux **dispositifs locaux de protection** :
 - ♦ les exigences en matière de consentement et les restrictions applicables, notamment les signalements de maltraitance sur mineur, la violence sexuelle et sexiste et d'autres violations des droits de l'homme ;
 - ♦ L'identification, la recherche et le regroupement de familles. Les enfants séparés doivent être tout particulièrement protégés et signalés aux dispositifs concernés de garde temporaire, le cas échéant.
- » Si des professionnels internationaux de la santé mentale sont affectés à l'établissement pour remplir une mission de supervision, ils seront informés de la culture et du contexte locaux.
- » Informer tout le personnel de la procédure à suivre pour s'adresser aux services disponibles.

Orientation-recours

- » S'assurer que l'établissement dispose d'une liste de contacts à jour pour les orientations-recours des troubles MNS.
- » S'assurer que l'établissement dispose d'une liste de contacts à jour pour les autres sources disponibles d'assistance dans la région (assurant par exemple les besoins basiques comme l'hébergement et l'aide alimentaire, les services et ressources sociaux et communautaires, la protection et l'assistance juridique).

Information sur les services disponibles

- » Préparer des messages à destination de la communauté sur les soins MNS disponibles (par exemple objectif et importance des soins MNS, services disponibles dans l'établissement de santé, adresse et heures d'ouverture de l'établissement).
- » Discuter de ces messages avec les dirigeants communautaires.
- » Utiliser divers canaux de diffusion de l'information, comme la radio, des affiches dans les établissements de santé, les agents communautaires ou d'autres ressources communautaires pouvant information le grand public.
- » Le cas échéant, envisager de discuter de ces messages avec les guérisseurs traditionnels et autochtones locaux qui peuvent dispenser des soins à des individus atteints de troubles MNS et peuvent souhaiter collaborer et soumettre certains cas (pour des conseils en la matière, consulter l'Aide-mémoire 6.4 des *Directives du CPI concernant la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence* [CPI/IASC, 2007]).
- » Atteindre les groupes marginalisés qui peuvent ne pas connaître ou ne pas avoir accès à l'établissement de santé.

Médicaments

- » Travailler avec les décideurs pour assurer l'**approvisionnement constant en médicaments de base**.
- » Assurer la disponibilité d'au minimum :
 - ♦ un médicament antipsychotique (sous forme injectable et de comprimés) ;
 - ♦ un médicament antiparkinsonien (pour traiter les effets secondaires extrapyramidaux potentiels*) (sous forme de comprimés) ;
 - ♦ un médicament anticonvulsivant/antiépileptique (sous forme de comprimés) ;
 - ♦ un médicament anticonvulsivant/antiépileptique (sous forme de comprimés) ;
 - ♦ un médicament anxiolytique (sous forme injectable et de comprimés).
- » Un **Kit sanitaire d'urgence interinstitutions** (OMS, 2011) est disponible, comprenant des médicaments et des fournitures médicales destinés à répondre aux besoins en soins de base d'une population de 10 000 personnes exposée à une situation d'urgence humanitaire pendant 3 mois.
 - ♦ Le Kit contient les médicaments psychotropes suivants :
 - ▶ **Comprimés d'amitriptyline** : 25 mg x 4000
 - ▶ **Comprimés de biperidène** : 2 mg x 400
 - ▶ **Comprimés de diazépam** : 5 mg x 240
 - ▶ **Solutions injectables de diazépam** : 5 mg/ml, 2 ml/ ampoule x 200
 - ▶ **Comprimés d'halopéridol** : 5 mg x 1300
 - ▶ **Solutions injectables d'halopéridol** : 5 mg/ml, 1 ml/ ampoule x 20
 - ▶ **Comprimés de phénobarbital** : 50 mg x 1000
 - ♦ La quantité de médicaments du Kit n'est pas suffisante pour les programmes qui identifient et gèrent proactivement l'épilepsie, la psychose et la dépression. Des médicaments supplémentaires devront être commandés.
 - ♦ Sur le long terme, les quantités nécessaires de médicaments seront calculées en fonction de l'utilisation réelle.
- » En plus des psychotropes, de l'**atropine** doit être disponible pour la prise en charge clinique des intoxications aiguës par les pesticides, une forme courante de conduite autoagressive. De l'atropine est présente dans le Kit sanitaire d'urgence interinstitutions (1mg/ml, 1 ml/ampoule x 50).
- » S'assurer que tous les médicaments sont **stockés en toute sécurité**.

Gestion des informations

- » **Garantir la confidentialité**. Les dossiers médicaux doivent être conservés en toute sécurité.
- » Identifier les données nécessaires pour l'enregistrement dans le système d'information sanitaire.
 - ♦ Il est recommandé d'utiliser la composante neuropsychiatrique à 7 catégories du système d'information sanitaire de l'UNHCR pour consigner les troubles MNS (voir Annexe 1).
 - ♦ Dans les situations d'urgence majeure, les décideurs de santé publique peuvent ne pas être prêts à ajouter 7 catégories au système d'information sanitaire. Dans ce cas, en dernier recours, une catégorie appelée « problème mental, neurologique ou lié à l'utilisation de substances psychoactives » peut être ajoutée au système d'information sanitaire. Elle sera par la suite remplacée par une composante plus détaillée.
- » Collecter et analyser les données et rapporter les résultats aux décideurs de santé publique concernés.

Principes Généraux de Soins des individus atteints de troubles mentaux, neurologiques ou liés à l'utilisation de substances psychoactives dans les situations humanitaires

PGS

1. Principes de communication

Dans les situations humanitaires, en raison du caractère changeant et imprévisible de l'urgence, les prestataires des soins de santé sont soumis à une énorme pression pour prendre en charge autant de personnes que possible en un minimum de temps. Les consultations dans les établissements de santé doivent être brèves, flexibles et axées sur les questions les plus urgentes. De bonnes capacités de communication aideront les prestataires de soins à atteindre ces objectifs et à dispenser des soins efficaces aux adultes, aux adolescents et aux enfants souffrant de troubles MNS.

» Créer un environnement propice à la communication.

- ◆ Si possible, s'entretenir avec la personne dans un **espace privé**.
- ◆ Se placer à la **même hauteur** que la personne (par exemple, s'asseoir si elle est également assise).
- ◆ **Accueillir** la personne, se présenter et expliquer sa propre fonction/son rôle d'une façon adaptée à la culture locale.
- ◆ **Saluer** toute personne présente.
- ◆ Demander à si la personne si elle souhaite que ses aidants ou d'autres individus restent.
 - ▶ Sauf si la personne est un jeune enfant, suggérer de s'entretenir avec elle seule. Si la personne préfère que d'autres individus restent, respecter son choix.
 - ▶ En cas d'entretien avec la personne seule, demander l'autorisation de
 - poser aux aidants des questions d'évaluation pour connaître leur point de vue, et
 - impliquer les aidants lorsque le programme de prise en charge est discuté et convenu.
- ◆ Confirmer à la personne que les informations abordées lors de la visite seront gardées **confidentielles** et ne seront pas partagées sans autorisation, sauf en cas de risque supposé pour la personne ou pour autrui (ce message peut être adapté selon les limites juridiques nationales sur la confidentialité).

» Impliquer la personne souffrant du trouble MNS autant que possible.

- ◆ Même si le comportement de la personne est entravé, **essayer de toujours l'impliquer** dans la discussion. Ceci est également valable pour les enfants, les jeunes et les personnes âgées atteints de troubles MNS. Il convient de ne pas les ignorer en parlant uniquement à leurs aidants.
- ◆ Toujours essayer d'**expliquer** à la personne ce qui se passe (pendant un examen physique, par exemple) et ce qui va se produire ensuite.

» Commencer par écouter.

- ◆ Laisser la personne souffrant du trouble MNS parler sans interruption. Il n'est pas toujours possible pour les individus en détresse de tenir un discours clair. Si cela se produit, faire preuve de patience et demander des éclaircissements. Ne pas les presser.
- ◆ Ne pas forcer la personne à parler ou à raconter des événements potentiellement traumatisants* si elle ne le souhaite pas. Lui faire simplement savoir que nous sommes là pour écouter.
- ◆ Les enfants peuvent avoir besoin de plus de temps pour se sentir à l'aise. Employer un langage qu'ils peuvent comprendre. Pour établir un lien avec les enfants, il peut être utile de parler de leurs centres d'intérêt (jouets, amis, école, etc.).

» S'exprimer de façon claire et concise.

- ◆ Employer un langage auquel la personne est habituée. Éviter d'utiliser des termes techniques.
- ◆ Le stress peut entraver la capacité des individus à traiter des informations. Expliquer un point à la fois, pour aider la personne à comprendre ce qui est dit avant de passer au point suivant.

- ◆ **Résumer et répéter** les points clés. Il peut être utile de demander à la personne ou aux aidants d'écrire les points importants. À défaut, donner un résumé écrit des points clés à la personne.

» Faire preuve d'empathie lorsque les personnes divulguent des expériences difficiles (comme des agressions sexuelles, de la violence ou une conduite autoagressive).

- ◆ Informer la personne que la confidentialité des informations sera assurée.
- ◆ Ne jamais minimiser les sentiments de la personne, faire la morale ou porter un jugement.
- ◆ Reconnaître qu'il peut être difficile pour la personne de partager son vécu.
- ◆ Si une orientation-recours vers d'autres services s'avère nécessaire, expliquer clairement quelles seront les étapes suivantes. Demander l'autorisation à la personne de partager ses informations avec d'autres prestataires de soins pouvant apporter leur aide. Par exemple :
 - ▶ *Vous m'avez dit que votre voisin vous avez fait quelque chose de très mal. Je ne vais le répéter à personne mais je pense connaître quelqu'un qui pourrait vous aider. Êtes-vous d'accord si je parle de votre cas à mon collègue de l'organisation X ?*

» Ne pas juger les individus en fonction de leurs comportements.

- ◆ Les personnes souffrant de troubles MNS peuvent faire preuve d'un comportement inhabituel. Comprendre que cela peut être dû à leur pathologie. Rester calme et patient. Ne jamais rire de la personne.
 - ▶ Si la personne se comporte de façon déplacée (par exemple en étant **agitée, agressive, menaçante**), rechercher la source du problème et suggérer des solutions. Impliquer les aidants ou d'autres membres du personnel pour créer un **environnement calme et tranquille**. Si la personne est extrêmement bouleversée ou agitée, il peut être utile de l'examiner **en priorité** et de la diriger immédiatement vers l'espace de consultation.

» Si nécessaire, faire appel à des interprètes.

- ◆ Si nécessaire, essayer de travailler avec des interprètes qualifiés, de préférence du même sexe que la personne souffrant du trouble MNS. Si aucun interprète qualifié n'est disponible, d'autres membres du personnel soignant ou des aidants peuvent assumer cette fonction, avec l'autorisation de la personne.
- ◆ Si un aidant fait office d'interprète, rester conscient que la personne souffrant de MNS peut ne pas se livrer totalement. En outre, un conflit d'intérêts entre la personne et son aidant peut influencer la communication. Si cela devient problématique, prévoir un autre interprète pour les visites ultérieures.
- ◆ Informer l'interprète qu'il doit garder les informations confidentielles et les traduire littéralement, sans ajouter son propre avis ou ses interprétations.

2. Principes d'évaluation

L'évaluation clinique implique d'identifier le trouble MNS ainsi que la compréhension du ou des problèmes par la personne elle-même. Il est également important d'évaluer les forces et les ressources (les soutiens sociaux, par exemple) de la personne. Ces informations complémentaires aideront les prestataires de soins de santé à dispenser de meilleurs soins.

Lors de l'évaluation, il est essentiel de systématiquement prêter attention à l'apparence générale, à l'humeur, aux expressions faciales, au langage du corps et au discours de la personne souffrant d'un trouble MNS.

» Prendre connaissance du motif de consultation

- ♦ *Qu'est-ce qui vous amène ici aujourd'hui ? Quand et comment le problème a-t-il commencé ? Comment a-t-il évolué au fil du temps ?*
- ♦ *Comment vous sentez-vous vis-à-vis de ce problème ? Selon vous, quelle en est la raison ?*
- ♦ *Quelles sont les conséquences de ce problème sur votre vie quotidienne ? Comment ce problème vous affecte-t-il à l'école/au travail ou dans votre vie sociale quotidienne ?*
- ♦ *Qu'avez-vous essayé de faire pour résoudre ce problème ? Avez-vous essayé de prendre des médicaments ? Si oui, de quelle sorte (sur ou sans ordonnance, à base de plantes) ? Quels effets ont-ils eus ?*

» Rechercher les éventuels antécédents familiaux du trouble MNS.

- ♦ *Savez-vous si un membre de votre famille a dû faire face à un problème similaire ?*

» Établir un bilan de santé général de la personne.

- ♦ Poser des questions sur tout problème de santé physique préalable :
 - ▶ *Avez-vous déjà rencontré un problème de santé grave ?*
 - ▶ *Recevez-vous actuellement un traitement pour un quelconque problème de santé ?*
- ♦ Demander si la personne prend des médicaments :
 - ▶ *En ce moment, prenez-vous un médicament que l'on vous a prescrit ?*
 - ▶ *Quel est le nom de ce médicament ? L'avez-vous amené avec vous ? À quelle fréquence le prenez-vous ?*
- ♦ Demander si la personne a déjà manifesté une réaction allergique suite à la prise d'un médicament.

» Étudier les facteurs de stress actuels, les stratégies d'adaptation et le soutien social disponible

- ♦ *En quoi votre vie a-t-elle changé depuis... [indiquer l'évènement ayant provoqué la crise humanitaire] ?*
- ♦ *Avez-vous perdu un être cher ?*
- ♦ *Quel est le degré d'importance du stress dans votre vie ? Comment cela vous affecte-t-il ?*
- ♦ *À l'heure actuelle, quels sont les problèmes les plus graves ?*
- ♦ *Comment faites-vous face à ces problèmes au jour le jour ?*
- ♦ *De quel type de soutien bénéficiez-vous ? Avez-vous le soutien de votre famille, d'amis ou de gens de votre communauté ?*

» Étudier la consommation éventuelle d'alcool et de drogue.

Les questions concernant l'alcool et la drogue peuvent être perçues comme sensibles et même insultantes. Elles sont toutefois une composante essentielle de l'évaluation MNS. Expliquer à la personne que ces questions font partie de l'évaluation et essayer de les poser en respectant les sensibilités culturelles et sans porter de jugement.

- ♦ *Je dois vous poser quelques questions de routine dans le cadre de l'évaluation. Consommez-vous de l'alcool (ou toute autre substance connue pour être un problème dans la région) ? [Si oui] Combien de fois par jour/semaine ?*
- ♦ *Prenez-vous des médicaments lorsque vous vous sentez stressé, bouleversé ou effrayé ? Prenez-vous quelque chose lorsque vous souffrez ? Prenez-vous des somnifères ? [Si oui] Combien par jour/semaine ? Depuis quand ?*

» Rechercher les éventuelles idées suicidaires et tentatives de suicide

Les questions concernant le suicide peuvent également être perçues comme choquantes, mais elles sont essentielles lors d'une évaluation MNS. Essayer de poser les questions en respectant les sensibilités culturelles et sans porter de jugement.

- ♦ Il est possible de commencer ainsi : *Qu'attendez-vous de l'avenir ?* Si la personne semble sans espoir, poser d'autres questions (>> **Encadré 1** du module **SUI**), comme *Pensez-vous que la vie vaut la peine d'être vécue ? Avez-vous déjà songé à vous faire du mal ? ou Avez-vous imaginé en finir avec la vie ? (>> **SUI**)*

» Procéder à un examen physique ciblé.

- ♦ Il doit s'agir d'un examen physique ciblé, basé sur les informations fournies lors de l'évaluation MNS. Si un trouble physique est trouvé à ce stade, il conviendra soit de le traiter soit de s'orienter vers des ressources compétentes.



» En cas de soupçon de trouble MNS, passer au module correspondant pour procéder à son évaluation.

» Si la personne présente des signes orientant vers plusieurs troubles MNS, tous les modules correspondants seront utilisés.

3. Principes de prise en charge

De nombreux troubles MNS sont chroniques, exigeant une surveillance et un suivi à long terme. Toutefois, dans les situations humanitaires, la continuité des soins peut s'avérer difficile car des soins de santé de santé mentale ne sont pas toujours disponibles ou les populations ont été ou vont être déplacées. Les aidants des individus atteints de troubles MNS doivent donc être reconnus comme de précieuses ressources. Ils peuvent assurer des soins, un soutien et une surveillance constants tout au long de la crise. Les aidants sont toutes les personnes partageant la responsabilité du bien-être de la personne souffrant du trouble MNS, comme des membres de la famille, des amis ou toute autre personne de confiance. En favorisant la compréhension du trouble MNS par la personne et son aidant, le programme de prise en charge et le programme de suivi seront mieux acceptés.

» Prendre en charge les affections tant mentales que physiques des personnes atteintes de troubles MNS.

- ◆ Fournir à la personne des informations sur son affection.
 - ▶ Si la personne est d'accord, communiquer également ces informations à l'aidant.
- ◆ Étudier et définir les objectifs atteignables, et élaborer un programme de prise en charge en accord avec la personne.
 - ▶ Si la personne est d'accord, impliquer également l'aidant dans la discussion.
 - ▶ Pour le programme de prise en charge proposé, fournir des informations sur :
 - les bénéfices attendus du traitement ;
 - la durée du traitement ;
 - l'importance de respecter le traitement, notamment en pratiquant toutes les interventions psychologiques appropriées (comme des exercices de relaxation) à la maison, et sur l'aide que les aidants peuvent apporter ;
 - les effets secondaires potentiels de tout médicament prescrit ;
 - l'implication éventuelle des travailleurs sociaux, des gestionnaires de cas, des agents de santé communautaires ou d'autres membres de confiance de la communauté (>> **Principes de réduction du stress et de renforcement du soutien social** ci-après) ;
 - le diagnostic. Adopter un ton optimiste mais rester réaliste quant à la guérison.
- ◆ Fournir des informations sur les aspects financiers du programme de prise en charge, le cas échéant.

» Répondre aux questions et aux préoccupations de la personne et de son aidant concernant le programme de prise en charge.

Si la personne est enceinte ou allaitante :

- » Éviter de prescrire des médicaments pouvant présenter des risques potentiels pour le fœtus et faciliter l'accès aux soins **prénataux**.
- » Éviter de prescrire des médicaments pouvant présenter des risques potentiels pour le nourrisson/ l'enfant d'une mère allaitante. Suivre le bébé d'une mère allaitante sous traitement médicamenteux. Essayer de faciliter l'accès à des espaces/tentes amis des bébés.

» Avant que la personne ne parte :

- ◆ S'assurer que la personne et son aidant comprennent et approuvent le programme de prise en charge (en leur demandant par exemple de répéter les points essentiels du programme).
- ◆ Encourager l'autosurveillance des symptômes et indiquer à la personne et à son aidant dans quels cas consulter de toute urgence.
- ◆ Programmer une visite de suivi.
 - ▶ Établir un programme de suivi, en tenant compte de la situation humanitaire actuelle (par exemple les déplacements/fuites de la population et les interruptions de services).
 - ▶ S'il est peu probable que la personne puisse avoir accès au même établissement :
 - Rédiger un bref programme de prise en charge écrit et encourager la personne à l'apporter lors de toute visite clinique ultérieure.
 - Fournir les coordonnées des autres établissements de santé à proximité.
- ◆ Les premières visites de suivi doivent être fréquentes, jusqu'à ce que les symptômes commencent à répondre au traitement.
- ◆ Lorsque les symptômes commencent à s'améliorer, des rendez-vous moins fréquents mais réguliers sont recommandés.
- ◆ Expliquer que la personne peut revenir à la clinique à tout moment entre deux visites de suivi, si nécessaire (par exemple en cas d'effets secondaires des médicaments).

» À chaque visite de suivi, évaluer :

- ◆ La réponse au traitement, les effets secondaires des médicaments, la prise correcte des médicaments et l'application des interventions psychosociales. Reconnaître tous les progrès réalisés et encourager la poursuite du programme.
- ◆ L'état de santé général. Surveiller régulièrement la santé physique.
- ◆ Les soins personnels (comme l'alimentation, l'hygiène, les vêtements) et le comportement au sein de l'environnement de vie.
- ◆ Les problèmes psychosociaux et/ou les modifications des conditions de vie pouvant affecter la prise en charge.
- ◆ La compréhension et les attentes de la personne et de son aidant concernant le traitement. Corriger tout malentendu.
- ◆ Toujours vérifier les dernières coordonnées, car elles peuvent changer fréquemment.

» Sur l'intégralité de la période de suivi :

- ◆ Maintenir un contact régulier avec la personne et son aidant. Si possible, affecter un agent communautaire ou une autre personne de confiance de la communauté pour rester en contact avec la personne. Cette personne peut être un membre de la famille.
- ◆ Disposer d'un plan d'action en cas de non-présentation de la personne.
 - ▶ Essayer de découvrir pourquoi elle n'est pas revenue. Un agent communautaire ou toute autre personne de confiance peut aider à localiser la personne (par une visite à domicile, par exemple).
 - ▶ Si possible, essayer de régler le problème afin que la personne puisse revenir à la clinique.
- ◆ Consulter un spécialiste si l'état de la personne ne s'améliore pas.

4. Principes de réduction du stress et de renforcement du soutien social

La réduction du stress et le renforcement du soutien social font partie intégrante du traitement des troubles MNS dans les situations humanitaires, où les individus subissent souvent des niveaux extrêmes de stress. Il ne s'agit pas seulement du stress ressenti par les personnes atteintes de troubles MNS mais aussi de celui subi par leurs aidants et leurs personnes à charge. Le stress contribue souvent à empirer les affections MNS existantes. Le soutien social pouvant réduire de nombreux effets négatifs du stress, il est essentiel d'y apporter une attention particulière. Le renforcement du soutien social est également une composante essentielle de la protection (>> *Principes de protection des droits de l'homme*) et du bien-être général des populations touchées par une crise humanitaire (>> *Principes d'attention accordée au bien-être général*).

» Déterminer les éventuels facteurs de stress et la disponibilité du soutien social.

- ◆ À l'heure actuelle, quel est votre plus gros facteur d'inquiétude ?
- ◆ Comment gérez-vous cette inquiétude ?
- ◆ Qu'est-ce qui vous apporte du réconfort, de la force et de l'énergie ?
- ◆ Avec qui trouvez-vous plus évident de partager vos problèmes ? Lorsque vous ne vous sentez pas bien, vers qui vous tournez-vous pour obtenir de l'aide ou des conseils ?
- ◆ Comment décririez-vous votre relation avec votre famille ? De quelle façon votre famille et vos amis vous soutiennent-ils et comment vous stressent-ils ?

» Veiller à discerner les signes de maltraitance ou de négligence.

- ◆ Être attentif aux signes potentiels de maltraitance sexuelle ou physique (y compris de violence domestique) chez les femmes, les enfants et les personnes âgées (par exemple, des ecchymoses ou des blessures inexplicables, une peur excessive, une réticence à discuter de certaines questions lorsqu'un membre de la famille est présent).
- ◆ Être attentif aux signes potentiels de négligence, notamment chez les enfants, les personnes handicapées et les personnes âgées (par exemple, une malnutrition au sein d'une famille ayant accès à suffisamment de nourriture, un enfant excessivement renfermé).
- ◆ Lorsque des signes de maltraitance ou de négligence sont présents, interroger la personne dans un espace privé pour lui demander s'il se passe quelque chose de douloureux.
- ◆ En cas de soupçon de maltraitance ou de négligence :
 - ▶ Consulter immédiatement votre superviseur pour discuter du plan d'action.
 - ▶ Avec l'autorisation de la personne, identifier les ressources communautaires de protection (par exemple, les services juridiques de confiance et les réseaux de protection).

» À partir des informations recueillies, envisager les stratégies suivantes :

- ◆ Résolution de problèmes:
 - ▶ Utiliser des techniques de résolution de problèmes* pour aider la personne à traiter ses principaux facteurs de stress. Lorsque les facteurs de stress ne peuvent pas être éliminés ou réduits, des techniques de résolution de problèmes peuvent être utilisées pour identifier des moyens d'y faire face. D'une façon générale, ne pas donner de conseil direct. Essayer d'encourager la personne à élaborer ses propres solutions.
 - ▶ En cas de travail avec des enfants et des adolescents, il est également essentiel d'évaluer et de traiter les sources de stress des aidants.
- ◆ Renforcement du soutien social :
 - ▶ Aider la personne à identifier les membres de la famille, les amis et les membres de la communauté de confiance susceptibles d'apporter un soutien, et étudier comment chacun peut participer.
 - ▶ Avec l'autorisation de la personne, l'orienter vers d'autres ressources communautaires pour un soutien social. Des travailleurs sociaux, des gestionnaires de cas ou d'autres personnes de confiance de la communauté peuvent aider à mettre la personne en contact avec des ressources appropriées comme :
 - des services sociaux ou de protection ;
 - un hébergement, une aide alimentaire et des biens non alimentaires ;
 - des centres communautaires, des groupes d'entraide et de soutien ;

- des activités génératrices de revenus et d'autres activités professionnelles ;
 - une éducation formelle/informelle ;
 - des espaces amis des enfants ou d'autres activités structurées pour les enfants et les adolescents.
- Pour orienter une personne, lui fournir toutes les informations de contact (adresse, heures d'ouverture, numéro de téléphone, etc.) et lui remettre une brève lettre de recommandation.

◆ Gestion du stress :

- ▶ Identifier et développer des moyens positifs de se détendre (comme écouter de la musique, faire du sport, etc.).
- ▶ Enseigner à la personne et aux aidants des techniques spécifiques de gestion du stress (comme des exercices de respiration (>> *Encadré PGS 2*)).
- Dans certains cas, il est possible de s'orienter vers un agent de santé (comme un infirmier ou un agent psychosocial) pour enseigner ces techniques.

» Prendre en charge le stress des aidants

◆ Questionner les aidants sur :

- ▶ leurs inquiétudes et leur anxiété concernant la prise en charge de la personne souffrant de troubles MNS dans la situation d'urgence humanitaire actuelle ;
- ▶ les difficultés pratiques rencontrées (par exemple, contraintes financières, restrictions pesant sur leur propre liberté ou temps libre) ;
- ▶ leur capacité à réaliser d'autres activités quotidiennes, comme un emploi ou une participation à des événements sociaux ;
- ▶ leur fatigue physique ;
- ▶ le soutien social dont ils pourraient bénéficier :
 - D'autres personnes peuvent-elles vous aider lorsque vous ne pouvez pas vous occuper de la personne (lorsque vous êtes malade ou très fatigué, par exemple) ?
- ▶ leur bien-être psychologique. Si les aidants semblent en état de détresse ou d'instabilité, évaluer leurs troubles MNS éventuels (par ex. >> *DEP, SUB*).

◆ Après l'évaluation, essayer de répondre aux besoins et aux préoccupations des aidants. Ceci peut impliquer de :

- ▶ leur fournir des informations ;
- ▶ les orienter vers les services et les soutiens communautaires appropriés ;
- ▶ discuter de la possibilité d'un remplacement temporaire. Un autre membre de la famille ou une personne compétente peut prendre temporairement en charge la personne pendant que l'aidant principal se repose ou réalise d'autres activités importantes ;
- ▶ utiliser le counselling par résolution de problèmes* et enseigner des techniques de gestion du stress ;
- ▶ prendre en charge tous les troubles MNS identifiés chez l'aidant.

◆ Reconnaître qu'il est stressant de s'occuper de personnes souffrant de troubles MNS mais expliquer à l'aidant qu'il est essentiel qu'il continue à le faire. Même si cela est difficile, les aidants doivent respecter la dignité des personnes dont ils s'occupent et les impliquer autant que possible dans la prise de décisions concernant leur propre vie.

Encadré PGS 1 : Le renforcement du soutien communautaire

En plus de la prise en charge clinique, **encourager les activités favorisant le soutien familial et communautaire pour chacun, notamment des membres de la communauté marginalisés**. Pour de plus amples renseignements, consulter le document *Comprendre la protection basée sur la communauté* (UNHCR, 2013) et l'Aide-mémoire 5.2 des *Directives du CPI concernant la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence* (CPI/IASC, 2007).

Encadré PGS 2 : Exercice de relaxation : la technique de respiration lente

Je vais vous apprendre à respirer de façon à favoriser la détente de votre corps et de votre esprit. Vous devrez vous entraîner un peu pour pouvoir bénéficier pleinement des avantages de cette technique de respiration.

Cette stratégie se concentre sur la respiration car, lorsque nous sommes stressés, cette dernière devient plus rapide et superficielle, ce qui nous rend encore plus nerveux. Pour vous détendre, vous devez commencer par changer votre respiration.

Avant de débiter, nous allons relaxer notre corps. Secouez doucement et relâchez vos bras et vos jambes. Ils doivent être lâches et détendus. Faites doucement rouler vos épaules vers l'arrière et bougez la tête d'un côté à l'autre.

Posez maintenant une main sur le ventre et l'autre sur le haut de votre thorax. Imaginez que vous avez un ballon dans le ventre. En inspirant, vous allez gonfler ce ballon et votre ventre va se dilater. En expirant, vous allez dégonfler le ballon et votre ventre va s'aplatir. Regardez-moi. Je vais tout d'abord expirer pour faire sortir tout l'air de mon ventre.

[Faire la démonstration de la respiration abdominale - rentrer et sortir le ventre de façon exagérée.]

Allez, maintenant, essayez de respirer avec moi depuis votre ventre. N'oubliez pas, nous commençons par expirer jusqu'à ce que tout l'air soit sorti, ensuite nous inspirons. Si vous pouvez, essayez d'inspirer par le nez et d'expirer par la bouche.

Parfait ! Maintenant, la deuxième étape consiste à diminuer le rythme de votre respiration. Vous allez donc inspirer pendant trois secondes, retenir votre respiration pendant deux secondes, puis expirer pendant trois secondes. Je vais compter avec vous. Vous pouvez fermer les yeux ou les garder ouverts.

Allez, inspirez, 1, 2, 3. Retenez votre respiration, 1, 2. Puis soufflez, 1, 2, 3. Avez-vous remarqué comme je compte lentement ?

[Répéter cet exercice de respiration pendant environ une minute.]

C'est très bien. Par la suite, lorsque vous vous entraînerez seul, ne vous focalisez pas à tout prix sur trois secondes. Faites simplement de votre mieux pour ralentir votre respiration lorsque vous êtes stressé.

Bien, maintenant, entraînez-vous seul pendant une minute.

5. Principes de protection des Droits de l' Homme

Les individus atteints de troubles MNS graves ont besoin de protection car ils courent un risque accru de violation des droits de l'homme. Ils rencontrent souvent des difficultés à prendre soin d'eux-mêmes et de leur famille, auxquelles s'ajoutent des discriminations dans de nombreux domaines, y compris le travail, le logement et la vie de famille. Leur accès à l'aide humanitaire peut être extrêmement restreint. Ils peuvent être maltraités ou négligés au sein de leur propre famille et sont souvent privés de la possibilité de participer pleinement à la communauté. Certains individus présentant des troubles MNS sévères peuvent ne pas être conscients qu'ils souffrent d'un problème nécessitant une prise en charge et des soins.

Les personnes souffrant de troubles MNS peuvent être victimes de nombreuses violations des droits de l'homme lors de situations d'urgence humanitaire, notamment :

- » Une discrimination dans l'accès aux besoins élémentaires à la survie comme la nourriture, l'eau, l'assainissement, l'hébergement, les services de santé, la protection et l'aide aux moyens de subsistance ;
- » Le déni du droit à exercer leur capacité juridique ;
- » L'absence d'accès aux services répondant à leurs besoins spécifiques ;
- » La maltraitance physique et sexuelle, l'exploitation, la violence, la négligence et la détention arbitraire ;
- » L'abandon ou la séparation d'avec la famille en cas de déplacement ;
- » L'abandon et la négligence en cas de placement en institution.

Malheureusement, les systèmes de protection communautaire et les programmes relatifs au handicap n'incluent pas toujours, et parfois excluent même activement, la protection des individus souffrant de troubles MNS graves. Les prestataires de soins de santé doivent donc œuvrer activement à combler le manque de protection de ces personnes.

Les mesures clés décrites ci-dessous visent à favoriser la protection des individus atteints de troubles MNS et vivant dans des communautés en situation d'urgence humanitaire.

» Impliquer les principales parties prenantes

- ♦ Identifier les principales parties prenantes qui devraient être informées des questions de protection des individus atteints de troubles MNS. Ces parties prenantes comprennent :
 - ▶ les individus atteints de troubles MNS et leurs aidants ;
 - ▶ les dirigeants communautaires (par exemple les représentants élus de la communauté, les anciens, les professeurs, les chefs religieux, les guérisseurs traditionnels et spirituels) ;
 - ▶ les responsables de divers services (notamment protection/sécurité, santé, hébergement, eau et assainissement, nutrition, éducation, programmes relatifs aux moyens de subsistance) ;
 - ▶ les responsables des services aux personnes handicapées (de nombreux services aux personnes handicapées omettent par inadvertance le handicap dû aux troubles MNS) ;
 - ▶ les représentants des groupes communautaires (les jeunes ou les femmes) et les organisations de défense des droits de l'homme ; la police et les autorités judiciaires.
- ♦ Organiser des activités de sensibilisation des principales parties prenantes :
 - ▶ Envisager de proposer des ateliers d'information sur les troubles MNS.
 - ▶ Consulter les individus atteints de troubles MNS, leurs aidants et les secteurs du handicap et des services sociaux pour concevoir et mettre en œuvre les activités de sensibilisation.
 - ▶ Pendant les activités de sensibilisation :
 - Informer et dissiper les idées reçues sur les individus atteints de troubles MNS.
 - Informer sur les droits des individus souffrant de troubles MNS, notamment sur l'égalité d'accès à l'aide humanitaire et à la protection.
 - Lutter contre la discrimination des personnes souffrant de troubles MNS.
 - Encourager le soutien des aidants des individus atteints de troubles MNS.

» Protéger les droits des individus atteints de troubles MNS graves dans les structures de soins.

- ♦ Toujours traiter les personnes souffrant de troubles MNS avec respect et dignité.
- ♦ S'assurer que les individus atteints de troubles MNS bénéficient du même accès aux soins de santé physique que les individus non atteints.
- ♦ Respecter le droit d'une personne à refuser les soins de santé sauf si elle ne dispose pas de la capacité à prendre cette décision (voir les conventions internationales signées).
- ♦ Dissuader de procéder à un placement en institution. Si la personne est déjà placée en institution, défendre le respect de ses droits dans ce cadre.

» Promouvoir l'intégration des individus atteints de troubles MNS graves au sein de la communauté.

- ♦ Plaider pour l'intégration des individus atteints de troubles MNS dans les aides aux moyens de subsistance, les programmes de protection et autres activités communautaires.
- ♦ Plaider pour la prise en charge des enfants atteints d'épilepsie et d'autres troubles MNS dans le système éducatif traditionnel.
- ♦ Plaider pour l'intégration de programmes en faveur des enfants et des adultes souffrant de déficience intellectuelle/ retard du développement dans les programmes communautaires de soutien aux handicapés.
- ♦ Plaider pour le maintien, autant que possible, de l'autonomie et de l'indépendance des individus atteints de troubles MNS.

Les principes généraux de protection dans l'action humanitaire sont décrits dans le *Manuel Sphère* (Projet Sphère, 2011). Pour de plus amples renseignements sur la protection des individus dans les institutions/hôpitaux psychiatriques, consulter l'Aide-mémoire 6.3 des *Directives du CPI concernant la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence* (CPI/IASC, 2007).

6. Principes d'attention accordée au bien-être général

En plus des soins cliniques, les individus atteints de troubles MNS nécessitent divers autres soutiens pour leur bien-être général. Ceci est notamment le cas dans les situations humanitaires où les services de base, les structures sociales, la vie de famille et la sécurité font souvent défaut. Les individus souffrant de troubles MNS sont confrontés à des défis supplémentaires pour mener à bien leurs activités quotidiennes et leurs soins personnels de base. Le rôle des prestataires de soins de santé dépasse les seuls soins cliniques : il vise également à défendre le bien-être général des individus atteints de troubles MNS dans divers secteurs, comme l'illustre la pyramide des directives du CPI (voir Figure PGS 1).

» Aider les individus atteints de troubles MNS à accéder convenablement aux services nécessaires à la survie et au droit de vivre dans la dignité (notamment l'eau, l'assainissement, l'aide alimentaire, l'hébergement, l'aide aux moyens de subsistance). Ceci peut impliquer de :

- ♦ informer sur la disponibilité et l'emplacement de ces services ;
- ♦ collaborer activement avec le secteur social pour mettre les individus en contact avec les services sociaux (prise en charge par des travailleurs sociaux, par exemple) ;
- ♦ fournir des renseignements sur les questions de sécurité lorsque la personne n'est pas suffisamment informée des menaces à sa sécurité.

» Organiser un accès prioritaire aux activités concernées pour les individus souffrant de troubles MNS, par exemple aider les enfants atteints à accéder à des espaces amis des enfants.

» Protéger la santé physique générale des individus souffrant de troubles MNS :

- ♦ Réaliser les vaccinations et des bilans de santé réguliers.
- ♦ Informer sur les soins personnels de base (nutrition, activité physique, rapports sexuels protégés, planning familial, etc.).

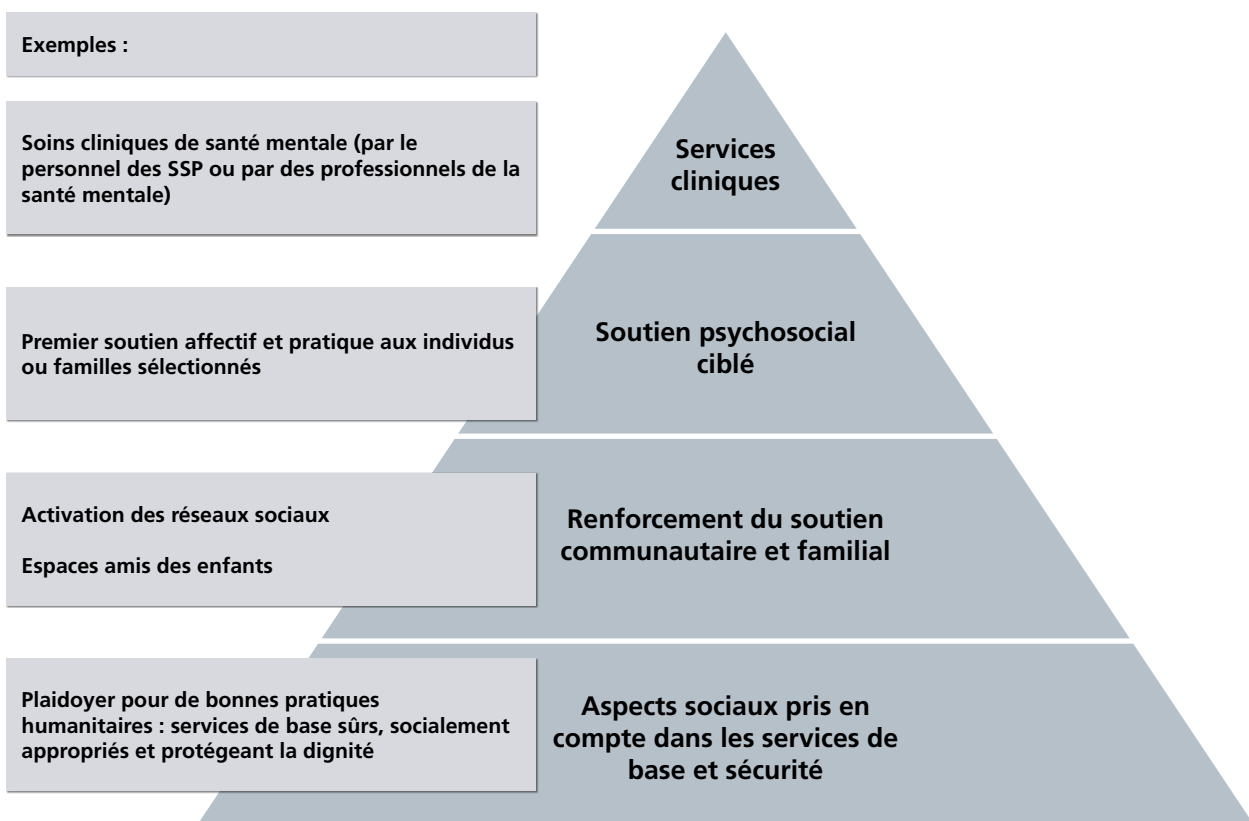


Figure PGS 1. Pyramide des interventions du CPI pour la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence (adaptée avec autorisation)

Dans les urgences humanitaires, les adultes, les adolescents et les enfants sont souvent exposés à des événements potentiellement traumatisants*. Ces événements déclenchent de nombreuses réactions émotionnelles, cognitives, comportementales et somatiques. Si la plupart des réactions sont spontanément résolutive et ne deviennent pas des troubles mentaux, les individus souffrant de graves réactions doivent la plupart du temps venir chercher de l'aide auprès des établissements de santé.

Dans les situations d'urgence humanitaire, les individus souffrent de diverses combinaisons d'événements potentiellement traumatisants et de pertes, et peuvent donc être à la fois en état d'affliction et de stress aigu. Les symptômes, l'évaluation et la prise en charge du stress aigu et de l'affliction ont beaucoup de points communs. L'affliction est toutefois couverte par un module distinct (>> *AFF*).

Après un événement potentiellement traumatisant récent, les cliniciens doivent être en mesure d'identifier les éléments suivants :

» Les symptômes significatifs de stress aigu (STR)

Les individus présentant ces symptômes peuvent manifester un large éventail de troubles physiques médicalement inexpliqués et psychologiques non spécifiques. Ces symptômes comprennent les réactions à un événement potentiellement traumatisant survenu au cours du mois passé, pour lesquelles les individus consultent ou qui provoquent des difficultés considérables dans leurs activités quotidiennes, et qui ne répondent pas aux critères des autres troubles abordés dans ce guide. Ce module couvre l'évaluation et la prise en charge des symptômes significatifs de stress aigu.

» L'état de stress post-traumatique (>> *ESPT*).

Lorsqu'un ensemble caractéristique de symptômes (reviviscence, évitement et sentiment exacerbé de menace permanente) persiste pendant plus d'un mois après un événement potentiellement traumatisant, et s'il provoque de considérables difficultés dans les activités quotidiennes, la personne peut se trouver en état de stress post-traumatique.

» Les problèmes et les troubles qui se produisent fréquemment après une exposition à des facteurs de stress (comme des événements potentiellement traumatisants), mais apparaissent également en l'absence d'une telle exposition.

Ils comprennent les troubles suivants : le trouble dépressif modéré à sévère (>> *DEP*), la psychose (>> *PSY*), la consommation nocive d'alcool et de drogues (>> *SUB*), le suicide (>> *SUI*) et les autres troubles importants de santé mentale (>> *AUT*).

» Les réactions qui ne sont pas cliniquement significatives et qui ne nécessitent pas de prise en charge clinique.

De toutes ces réactions, il s'agit des plus fréquentes. Elles comprennent les réactions passagères pour lesquelles les individus ne consultent pas et qui n'entravent pas leurs activités quotidiennes. Dans ce type de cas, les prestataires de soins doivent apporter leur soutien, tenter de répondre aux besoins et aux préoccupations de l'individu et surveiller si le rétablissement naturel attendu se produit.

Évaluation - Question 1 : La personne a-t-elle récemment subi un évènement potentiellement traumatisant ?

- » Demander si la personne a subi un **évènement potentiellement traumatisant**. Un évènement potentiellement traumatisant est un évènement de nature menaçante ou atroce, comme de la violence physique ou sexuelle (y compris la violence domestique), l'exposition à des atrocités, ou des accidents ou blessures graves. Poser par exemple les questions suivantes :
 - ♦ *Quel évènement de stress majeur avez-vous vécu ?*
 - ♦ *Votre vie a-t-elle été menacée ? Avez-vous vécu quelque chose d'effrayant ou d'horrible ou qui vous a vraiment bouleversé ? Vous sentez-vous en sécurité chez vous ?*
- » Demander **combien de temps** s'est écoulé depuis le ou les évènements.
- » Passer à la question 2 si un évènement potentiellement traumatisant s'est produit au cours du **mois passé**.
- » Si une perte majeure (comme le décès d'un proche) s'est produite, évaluer également les symptômes d'affliction (>> **AFF**).
- » Si un évènement potentiellement traumatisant s'est produit il y a plus d'un mois, évaluer les autres troubles abordés dans ce guide (>> **DEP, ESPT, PSY, SUB**).

Évaluation - Question 2 : Si un évènement potentiellement traumatisant s'est produit au cours du mois passé, la personne présente-t-elle des symptômes significatifs de stress aigu ?

- » Rechercher les signes suivants :
 - ♦ anxiété concernant les menaces liées à l'évènement traumatisant
 - ♦ troubles du sommeil
 - ♦ problèmes de concentration
 - ♦ cauchemars récurrents, flashbacks* ou souvenirs intrusifs* de l'évènement, accompagnés d'une réaction de peur intense ou d'horreur
 - ♦ évitement délibéré des pensées, des souvenirs, des activités ou des situations rappelant l'évènement à la personne (par exemple, cette dernière éviter de parler des questions rappelant l'évènement ou de se rendre à l'endroit où il s'est produit)
 - ♦ nervosité ou fébrilité, état exagéré de préoccupation et de vigilance envers le danger ou réaction anormalement élevée aux bruits ou aux mouvements inattendus
 - ♦ état de choc, d'hébètement ou d'engourdissement, ou incapacité à ressentir quoi que ce soit
 - ♦ émotions (colère ou pleurs fréquents, par exemple) ou pensées préoccupantes
 - ♦ changements du comportement comme :
 - ▶ agressivité
 - ▶ repli et isolement social
 - ▶ comportements à risque chez les adolescents
 - ▶ comportement régressif* comme énurésie, comportement accaparant ou tendance à pleurer pour un rien chez les enfants
 - ♦ hyperventilation (par exemple respiration rapide ou essoufflement)
 - ♦ troubles physiques médicalement inexpliqués, comme :
 - ▶ palpitations, vertiges
 - ▶ céphalées, douleurs et courbatures généralisées
 - ▶ symptômes dissociatifs liés au corps (par ex. paralysie médicalement inexpliquée*, incapacité de la parole ou de la vue, crises pseudo-convulsives*).
- » **Les symptômes significatifs de stress aigu** sont vraisemblables si **tous** les critères suivants sont réunis :
 - ♦ l'individu a vécu un évènement potentiellement traumatisant **au cours du mois passé** ;
 - ♦ les symptômes sont apparus **après** cet évènement ;
 - ♦ l'individu rencontre d'énormes difficultés à réaliser ses activités quotidiennes à cause des symptômes ou consulte en raison de ces derniers.

Évaluation - Question 3 : Existe-t-il une pathologie concomitante ?

- » Rechercher les **troubles physiques** qui pourraient expliquer les symptômes et, le cas échéant, les prendre en charge.
- » Rechercher tous les autres **troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives (MNS)** (y compris la **dépression**) couverts par ce guide et pouvant expliquer les symptômes. Le cas échéant, les prendre en charge.

Programme de prise en charge basique



NE PAS prescrire de médicaments pour traiter les symptômes de stress aigu (sauf dans les cas spécifiés ci-après).

1. Dans TOUS les cas :

- » Apporter un soutien psychosocial de base³
 - ♦ **Écouter** attentivement. NE PAS forcer la personne à parler.
 - ♦ **Questionner** la personne sur ses besoins et préoccupations.
 - ♦ **Aider** la personne à assurer ses besoins élémentaires, à accéder aux services appropriés et à se rapprocher de sa famille et d'autres soutiens sociaux.
 - ♦ **Protéger** la personne de tout (nouveau) danger.
- » Apporter un soutien psychosocial supplémentaire tel que décrit dans les *Principes de réduction du stress et de renforcement du soutien social* (>> **Principes généraux de soins**) :
 - ♦ S'occuper des **stresseurs psychosociaux actuels**.
 - ♦ Renforcer le soutien social.
 - ♦ Enseigner des techniques de gestion du stress.
- » **Inform**er l'individu des réactions normales à l'affliction et au stress aigu, par exemple :
 - ♦ Ces réactions sont fréquentes après de tels événements.
 - ♦ La plupart du temps, elles diminuent au fil du temps.
- » Prendre en charge les pathologies concomitantes.

2. En cas de troubles du sommeil comme symptôme de stress aigu, proposer la prise en charge supplémentaire suivante :

- » Expliquer que les troubles du sommeil (insomnie) sont fréquents après avoir connu un stress extrême.
- » Rechercher et traiter les causes environnementales d'insomnie (le bruit, par exemple).
- » Rechercher et traiter toute cause physique d'insomnie (une douleur physique, par exemple).
- » Donner des conseils sur l'hygiène du sommeil, comme les routines du sommeil (des heures régulières de coucher et de réveil) ou l'importance d'éviter le café, la nicotine et l'alcool tard dans la journée ou avant d'aller au lit. Souligner que l'alcool perturbe le sommeil.
- » Exceptionnellement, dans les cas extrêmement graves où les interventions d'ordre psychologique (comme les techniques de relaxation) ne sont pas réalisables ou efficaces, et lorsque l'insomnie perturbe considérablement les activités quotidiennes, un traitement à court terme (3 à 7 jours) par benzodiazépines peut être envisagé.
 - ♦ Posologie :
 - ▶ Chez l'adulte, prescrire 2-5 mg de diazépam au coucher.
 - ▶ Chez le sujet âgé, prescrire 1-2,5 mg de diazépam au coucher.
 - ▶ Vérifier toutes les interactions médicamenteuses avant de prescrire du diazépam.
 - ▶ La somnolence et la faiblesse musculaire font partie des effets secondaires fréquents des benzodiazépines.
 - ▶ Attention : les benzodiazépines peuvent ralentir la respiration. Un suivi régulier peut être nécessaire.
 - ▶ Attention : les benzodiazépines peuvent entraîner une dépendance*. Ne les utiliser que pour un traitement à court terme.
 - ♦ Remarque :
 - ▶ Ce traitement est réservé aux adultes.
 - ▶ Ne pas prescrire de benzodiazépines aux enfants et aux adolescents.
 - ▶ Éviter ce médicament chez les femmes enceintes ou allaitantes.
 - ▶ Surveiller fréquemment les effets secondaires en cas de prescription chez une personne âgée.
 - ▶ Les benzodiazépines représentent une solution temporaire à un trouble du sommeil extrêmement grave.
 - ▶ Elles ne doivent pas être utilisées en cas d'insomnie due à un deuil chez l'adulte ou l'enfant.
 - ▶ Elles ne doivent pas être utilisées pour d'autres symptômes que le stress aigu ou l'ESPT.

³ L'approche décrite ici est souvent appelée premiers secours psychologiques lorsqu'elle est appliquée immédiatement après un événement extrêmement stressant (>> *OMS, WTF et WVI, 2013*).

3. En cas d'énurésie chez l'enfant comme symptôme de stress aigu, proposer la prise en charge supplémentaire suivante :

- » Se renseigner sur les antécédents d'énurésie pour s'assurer que le problème a commencé **après** un évènement stressant. Écarter et traiter **les autres causes possibles** (une infection urinaire, par exemple).
- » Expliquer :
 - ♦ L'énurésie est une réaction **courante** et bénigne chez les enfants soumis à des facteurs de stress.
 - ♦ Les enfants **ne doivent pas être punis** pour leur énurésie car la punition amplifie le stress de l'enfant et aggrave le problème. L'aidant doit éviter d'embarrasser l'enfant en mentionnant son énurésie en public.
 - ♦ Les aidants doivent rester calmes et apporter un soutien psychologique.
- » Envisager de former les aidants à adopter des comportements simples (par exemple, récompenser le fait d'éviter la consommation excessive de boissons avant le coucher, récompenser le passage aux toilettes avant le coucher, récompenser les nuits au sec). La récompense peut prendre la forme de tout ce que l'enfant aime, comme une prolongation du temps de jeu, d'étoiles sur un tableau ou d'un équivalent local.

4. En cas d'hyperventilation (respiration extrêmement rapide et incontrôlable) comme symptôme de stress aigu, proposer la prise en charge supplémentaire suivante :

- » Écarter et traiter les **autres causes possibles**, même si l'hyperventilation a débuté immédiatement après un évènement stressant. Procéder systématiquement à un examen médical pour identifier les éventuelles causes physiques, comme une maladie pulmonaire.
- » Si aucune cause physique n'est identifiée, rassurer la personne en lui expliquant que l'hyperventilation se produit parfois après un stress extrême et qu'il ne s'agit généralement pas d'un problème médical.
- » Rester calme et essayer d'éliminer les éventuelles sources d'anxiété. Aider la personne à retrouver une respiration normale en appliquant la technique de respiration lente (>> **Principes de réduction du stress et de renforcement du soutien social** dans **Principes généraux de soins**) (ne pas recommander de respirer dans un sac en papier).

5. En cas de symptôme dissociatif lié au corps (par exemple paralysie médicalement inexplicée, incapacité de la parole ou de la vue, crises pseudo-convulsives) comme symptôme de stress aigu, proposer la prise en charge supplémentaire suivante :

- » Écarter et traiter les **autres causes possibles**, même si les symptômes ont débuté immédiatement après un évènement stressant. Procéder systématiquement à un examen médical pour identifier les éventuelles causes physiques. Voir le module Épilepsie pour de plus amples renseignements sur les examens médicaux liés aux crises convulsives/convulsions (>> **EPI**).
- » Reconnaître la souffrance de la personne et conserver une attitude respectueuse. Éviter de renforcer tout bénéfice que la personne pourrait tirer des symptômes.
- » Demander à la **personne son interprétation** des symptômes et appliquer les conseils généraux sur la prise en charge des troubles somatiques médicalement inexplicés (>> **AUT**).
- » Rassurer la personne en lui expliquant que ces symptômes se produisent parfois après un stress extrême et qu'il ne s'agit généralement pas d'un problème médical.
- » Envisager l'utilisation d'interventions spécifiques à la culture locale et inoffensives.

6. Demander à la personne de revenir sous 2 à 4 semaines si les symptômes ne s'améliorent pas, ou dès que les symptômes s'aggravent.

Dans les urgences humanitaires, les adultes, les adolescents et les enfants sont souvent exposés à des pertes majeures. L'affliction est la souffrance émotionnelle que les personnes ressentent après une perte. Si la plupart des réactions à une perte sont spontanément résolutive et ne deviennent pas des troubles mentaux, les individus présentant des symptômes significatifs d'affliction doivent la plupart du temps venir chercher de l'aide auprès des établissements de santé.

Suite à une perte, les cliniciens doivent être en mesure d'identifier les éléments suivants :

» Les symptômes significatifs d'affliction (AFF).

Comme avec les symptômes de stress aigu, les individus en état d'affliction peuvent manifester un large éventail de troubles physiques médicalement inexplicables et psychologiques non spécifiques. Les individus présentent des symptômes significatifs d'affliction après une perte si ces derniers provoquent des difficultés considérables dans leurs activités quotidiennes (au-delà de ce qui est culturellement admis) ou si les personnes recherchent de l'aide pour y faire face. **Ce module couvre l'évaluation et la prise en charge des symptômes significatifs d'affliction.**

» Le deuil compliqué.

Suite à un deuil, lorsque les symptômes significatifs d'affliction persistent au-delà d'une période prolongée de temps, les individus peuvent développer un trouble du deuil compliqué. Ce trouble se caractérise par 1) un état de préoccupation profonde et/ou un manque intense du défunt accompagnés par une souffrance émotionnelle extrême, 2) une difficulté considérable à assurer les activités quotidiennes, 3) une durée de 6 mois minimum (dans tous les cas bien plus longue que ce qui généralement admis dans la culture de l'individu). Dans ce cas, les prestataires de soins doivent se tourner vers un spécialiste.

» Les problèmes et les troubles qui se produisent fréquemment après une exposition à des facteurs de stress (comme un décès), mais apparaissent également en l'absence d'une telle exposition.

Ils comprennent les troubles suivants : le trouble dépressif modéré à sévère (>> *DEP*), la psychose (>> *PSY*), la consommation nocive d'alcool et de drogues (>> *SUB*), les actes autoagressifs/suicidaires (>> *SUI*) et les autres troubles importants de santé mentale (>> *AUT*)

» Les réactions qui ne sont pas cliniquement significatives et qui ne nécessitent pas de prise en charge clinique.

De toutes ces réactions, il s'agit des plus fréquentes. Elles comprennent les réactions passagères pour lesquelles les individus ne consultent pas et qui n'entravent pas leurs activités quotidiennes au-delà de ce qui est culturellement admis. Dans ce type de cas, les prestataires de soins doivent apporter leur soutien, tenter de répondre aux besoins et aux préoccupations de l'individu et surveiller si le rétablissement naturel attendu se produit ; ces réactions ne nécessitent toutefois pas de prise en charge clinique.

Évaluation - Question 1 : La personne a-t-elle récemment subi une perte majeure ?

- » Demander si la personne a subi une **perte majeure**.
Poser par exemple les questions suivantes :
 - ♦ *Comment avez-vous été affecté par la catastrophe ou le conflit ?*
 - ♦ *Avez-vous perdu des membres de votre famille ou des amis ? Votre maison ? Votre argent ? Votre travail ou votre moyen de subsistance ? Votre communauté ?*
 - ♦ *Comment avez-vous été affecté par la perte ?*
 - ♦ *Des membres de votre famille ou des amis ont-ils disparu ?*
- » Demander **combien de temps** s'est écoulé depuis le ou les évènements.
- » Passer à la question 2 si une perte majeure s'est produite au cours des **6 derniers mois**.
- » Si une perte majeure s'est produite il y a plus de six mois ou si un évènement potentiellement traumatisant est survenu il y a plus d'un mois, évaluer les autres troubles abordés dans ce guide (>> **DEP, ESPT, PSY, SUB**) ou le trouble du deuil compliqué.

Évaluation - Question 2 : Si une perte majeure s'est produite au cours des 6 derniers mois⁴, la personne présente-t-elle des symptômes significatifs d'affliction ?

- » Rechercher les signes suivants :
 - ♦ tristesse, anxiété, colère, désespoir
 - ♦ manque et préoccupation quant à la perte
 - ♦ souvenirs intrusifs*, images du défunt et pensées tournées vers ce dernier
 - ♦ perte d'appétit
 - ♦ manque d'énergie
 - ♦ troubles du sommeil
 - ♦ problèmes de concentration
 - ♦ repli et isolement social
 - ♦ troubles physiques médicalement inexpliqués (comme palpitations, céphalées, douleurs et courbatures généralisées)
 - ♦ réactions d'affliction spécifiques à la culture (comme entendre la voix du défunt ou voir ce dernier en rêve).
- » Les **symptômes significatifs d'affliction** sont vraisemblables si **tous** les critères suivants sont réunis :
 - ♦ une ou plusieurs pertes au cours des 6 derniers mois environ
 - ♦ début de l'un des symptômes précédents après la perte
 - ♦ énormes difficultés à réaliser les activités quotidiennes à cause des symptômes (au-delà de ce qui est culturellement admis) ou consultation en raison de ces derniers.

Évaluation - Question 3 : Existe-t-il une pathologie concomitante ?

- » Rechercher les **troubles physiques** qui pourraient expliquer les symptômes et, le cas échéant, les prendre en charge.
- » Rechercher tous les autres **troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives (MNS) (y compris la dépression)** couverts par ce guide et pouvant expliquer les symptômes. Le cas échéant, les prendre en charge.

⁴ Cette période peut dépasser 6 mois dans les cultures où le deuil s'étend traditionnellement sur une telle durée.

Programme de prise en charge basique



NE PAS prescrire de médicaments pour traiter les symptômes d'affliction.

1. Apporter un soutien psychosocial de base⁵

- » **Écouter** attentivement. NE PAS forcer la personne à parler.
- » **Questionner** la personne sur ses besoins et préoccupations.
- » **Aider** la personne à assurer ses besoins élémentaires, à accéder aux services appropriés et à se rapprocher de sa famille et d'autres soutiens sociaux.
- » **Protéger** la personne de tout danger (supplémentaire).

2. Apporter un soutien psychosocial supplémentaire tel que décrit dans les Principes de réduction du stress et de renforcement du soutien social (>> *Principes généraux de soins*).

- » S'occuper des facteurs de stress **psychosociaux actuels**.
- » Enseigner des techniques de gestion du stress.
- » Renforcer le soutien social.

3. Informer la personne des réactions courantes suite à une perte, par exemple :

- » *Chacun réagit différemment après une perte majeure. Certains montrent fortement leurs émotions et d'autres pas.*
- » *Pleurer ne signifie pas que vous êtes faible.*
- » *Les gens qui ne pleurent pas peuvent ressentir la même douleur émotionnelle mais ils ont d'autres moyens de l'exprimer.*
- » *Vous pouvez penser que la tristesse et la douleur que vous ressentez ne partiront jamais mais, dans la plupart des cas, ces sentiments s'apaisent avec le temps.*
- » *Vous pouvez parfois vous sentir bien puis quelque chose vous rappelle la perte et vous ressentez alors la même douleur qu'au début. Tout cela est normal et je vous assure que ces sentiments deviennent moins intenses et fréquents au fil du temps.*
- » *Il n'existe pas de bonne ou de mauvaise façon de traverser cette épreuve. Parfois, vous vous sentez très triste et, à d'autres moments, vous êtes capable de profiter à nouveau de la vie. Ne vous blâmez pas pour ce que vous ressentez.*

4. Prendre en charge les pathologies concomitantes.

5. Discuter du processus d'ajustement/de deuil* *culturellement approprié* et apporter son aide au déroulement de ce dernier.

- » Demander si des rituels/cérémonies de deuil ont eu lieu ou sont prévus. Si cela n'est pas le cas, étudier les obstacles et comment ils peuvent être levés.
- » Déterminer ce qui est arrivé à la dépouille. Si la dépouille n'a pas été récupérée, aider à la retrouver ou à identifier les restes.
- » Si la dépouille ne peut être retrouvée, envisager les divers moyens de perpétuer le souvenir, comme les monuments commémoratifs.

6. Si cela est possible et adapté à la culture locale, encourager le retour précoce aux activités habituelles (par exemple à l'école ou au travail, au domicile ou dans la vie sociale).

7. Pour la prise en charge spécifique des troubles du sommeil, de l'énurésie, de l'hyperventilation et des symptômes dissociatifs suite à une perte récente, voir les sections correspondantes du module sur le stress aigu (>> *STR*).

⁵ L'approche décrite ici est souvent appelée premiers secours psychologiques lorsqu'elle est appliquée immédiatement après un événement extrêmement stressant (>> *OMS, WTF et WVI, 2013*).

8. Si la personne est un jeune enfant :

- » Répondre aux questions de l'enfant en fournissant des explications claires et honnêtes, adaptées au niveau de développement de l'enfant. Ne pas mentir en cas de question sur la perte (par ex. *Où est ma mère ?*). Cela ne pourrait qu'engendrer de la confusion et nuire à la confiance de l'enfant envers le prestataire de soins.
- » Rechercher et dissiper les éventuelles « pensées magiques », fréquentes chez les jeunes enfants (l'enfant peut par exemple penser qu'il est responsable de la perte, ou que l'être cher est décédé parce qu'il avait été vilain ou parce que le proche était en colère contre lui).

9. Chez les enfants, les adolescents et les autres personnes vulnérables ayant perdu leurs parents ou d'autres aidants, répondre au besoin de protection et de soins constants, y compris par un soutien socioaffectif.

- » Si nécessaire, orienter la personne vers des organismes/réseaux de protection de confiance.

10. En cas de soupçon de *deuil compliqué*, consulter un spécialiste pour une évaluation et une prise en charge plus poussées.

- » La personne peut souffrir d'un deuil compliqué si les symptômes de deuil comprennent un état de préoccupation profonde et/ou un manque intense du défunt, accompagnés par une souffrance émotionnelle extrême et une difficulté considérable à assurer les activités quotidiennes pendant au minimum 6 mois⁶.

11. Demander à la personne de revenir sous 2 à 4 semaines si les symptômes ne s'améliorent pas, ou dès que les symptômes s'aggravent.

⁶ Cette période peut dépasser 6 mois dans les cultures où le deuil s'étend traditionnellement sur une telle durée.

Trouble Dépressif Modéré à Sévère

DEP

Le trouble dépressif modéré à sévère peut se développer chez des adultes, des adolescents et des enfants n'ayant été exposés à aucun facteur de stress particulier. Dans toutes les communautés, des individus en souffrent. Toutefois, les pertes et le stress importants subis lors des situations d'urgence humanitaire peuvent provoquer un état d'affliction, de la peur, de la culpabilité, de la honte et du désespoir qui amplifient les risques de développer un trouble dépressif modéré à sévère. Ces émotions peuvent néanmoins rester des réactions normales d'individus récemment confrontés à l'adversité.

La prise en charge du trouble dépressif modéré à sévère doit uniquement être envisagée si la personne présente des symptômes persistants sur plusieurs semaines, qui entravent considérablement le déroulement de ses activités quotidiennes.

Motifs de consultation typiques du trouble dépressif modéré à sévère :

baisse d'énergie, fatigue, troubles du sommeil

Divers symptômes physiques persistants sans cause apparente (douleurs et courbatures, par exemple)

Tristesse persistante ou humeur dépressive, anxiété

Manque d'intérêt ou de plaisir pour toute activité

Évaluation

Évaluation - Question 1 : La personne présente-t-elle un autre trouble dépressif modéré à sévère ?

» Évaluer les éléments suivants⁷ :

A. La personne a présenté au moins l'un des symptômes de base du trouble dépressif pendant au minimum 2 semaines :

- ♦ Humeur dépressive persistante
 - ▶ Chez l'enfant et l'adolescent : irritabilité ou humeur dépressive
- ♦ Nette diminution de l'intérêt ou du plaisir dans toutes les activités, y compris celles appréciées précédemment
 - ▶ Ce dernier point peut inclure une baisse de la libido.

B. La personne a présenté plusieurs des symptômes suivants du trouble dépressif à un degré marqué (ou la plupart des symptômes énumérés à un degré moindre) pendant au minimum 2 semaines :

- ♦ Sommeil perturbé ou excessif
- ♦ Nette variation de l'appétit ou du poids (baisse ou hausse)
- ♦ Sentiment d'inutilité ou culpabilité excessive
- ♦ Fatigue ou manque d'énergie
- ♦ Difficultés de concentration et troubles de l'attention
- ♦ Indécision

- ♦ Agitation perceptible ou nervosité physique
- ♦ Élocution ou mouvements plus lents qu'à l'accoutumée
- ♦ Manque d'espoir en l'avenir
- ♦ Idées ou actes suicidaires.

C. L'individu rencontre des difficultés considérables à assurer ses activités quotidiennes personnelles, familiales, sociales, scolaires, professionnelles ou autres.

- » Si les trois circonstances A, B et C sont présentes pendant au moins 2 semaines, il est vraisemblable que l'individu souffre d'un trouble dépressif modéré à sévère.
 - ♦ Des illusions* ou des hallucinations* peuvent être présentes. Rechercher ces symptômes. S'ils existent, le traitement du trouble dépressif doit être adapté. Consulter un spécialiste.
- » Si les symptômes de la personne ne correspondent pas aux critères du trouble dépressif modéré à sévère, passer au module >> **AUT** pour évaluer et prendre en charge le motif de consultation.

Évaluation - Question 2 : Existe-t-il d'autres explications possibles aux symptômes (que le trouble dépressif modéré à sévère) ?

» Écarter les pathologies physiques concomitantes qui peuvent ressembler à un trouble dépressif.

- ♦ Écarter et prendre en charge l'anémie, la malnutrition, l'hypothyroïdie*, l'AVC ou les effets secondaires médicamenteux (par ex. les changements d'humeur dus aux stéroïdes*).

» Écarter les antécédents d'épisode(s) maniaque(s).

- ♦ Rechercher si, par le passé, plusieurs des symptômes suivants se sont déjà produits **simultanément** :
 - ▶ diminution des besoins en sommeil
 - ▶ humeur euphorique, expansive ou irritable
 - ▶ pensées qui défilent, tendance à être facilement distrait
 - ▶ augmentation de l'activité, sensation d'énergie accrue ou élocution rapide
 - ▶ comportement impulsif ou irresponsable, comme la frénésie de jeu ou d'achat, la prise de décisions importantes sans planification adéquate estime de soi démesurée.
- ♦ Évaluer dans quelle mesure les symptômes entravent les activités ou mettent en danger la personne ou autrui. Par exemple :
 - ▶ *Votre suractivité constituait-elle un problème pour vous ou votre famille ? Est-ce que quelqu'un a essayé de vous interner ou de vous enfermer à cause de votre comportement ?*
- ♦ Il existe des antécédents d'épisode(s) maniaque(s) si les conditions suivantes se sont produites :
 - ▶ Plusieurs des 6 symptômes susmentionnés ont été présents pendant plus d'une semaine.
 - ▶ Les symptômes ont lourdement entravé les activités quotidiennes ou ont mis en danger la personne ou autrui.

- ♦ Si un épisode maniaque s'est déjà produit, la dépression est vraisemblablement la manifestation d'un autre trouble appelé **trouble bipolaire***, qui implique une prise en charge différente (>> **Encadré DEP 2** à la fin de ce module).

» Écarter les réactions normales à une perte majeure (par exemple décès, déplacement) (>> **AFF**).

- ♦ La réaction est vraisemblablement une réaction normale à une perte majeure si :
 - ▶ Une nette amélioration se produit au fil du temps sans intervention clinique ;
 - ▶ **Aucun des symptômes suivants n'est présent** :
 - sentiment d'inutilité
 - idées suicidaires
 - élocution ou mouvements plus lents qu'à l'accoutumée
 - symptômes psychotiques (illusions ou hallucinations) ;
 - ▶ Il n'existe pas d'antécédents de trouble dépressif ou d'épisode maniaque ;
 - ▶ Les symptômes ne provoquent pas de difficultés majeures dans le déroulement **des activités quotidiennes**.
 - Exception : un déroulement entravé des activités peut être considéré comme une réponse normale au deuil dans certaines cultures.
- » Écarter le **trouble du deuil compliqué** dont les symptômes comprennent : un état de préoccupation profonde et/ou un manque intense du défunt accompagnés par une souffrance émotionnelle extrême, une difficulté considérable à assurer les activités quotidiennes pendant au minimum 6 mois (et pour une durée bien plus longue que ce qui généralement admis dans la culture de l'individu). Consulter un spécialiste si ce trouble est soupçonné.

Évaluation - Question 3 : Existe-t-il un trouble concomitant mental, neurologique ou lié à l'utilisation de substances psychoactives (MNS) nécessitant une prise en charge ?

» Évaluer la présence d'idées ou d'intentions autoagressives ou suicidaires (>> **SUI**).

» Évaluer la consommation nocive d'alcool ou de drogues (>> **SUB**).

- » Si un trouble MNS concomitant est diagnostiqué, prendre en charge ce dernier ainsi que le trouble dépressif modéré à sévère.

⁷ Cette description d'un épisode dépressif modéré à sévère est conforme à la proposition actuelle de CIM-11.

Programme de prise en charge basique



Interventions psychosociales

1. Dispenser une psychoéducation.

» Messages clés à destination de la personne et des aidants :

- ♦ La dépression est un problème très courant qui peut toucher n'importe qui.
- ♦ Souffrir de dépression ne signifie pas que l'on est faible ou fainéant.
- ♦ Les attitudes négatives des autres (comme « Tu devrais être plus fort », « Ressaisis-toi ») peuvent provenir du fait que la dépression n'est pas un trouble visible (comme une fracture ou une blessure) et de l'idée erronée que les gens peuvent facilement contrôler leur dépression par la volonté.
- ♦ Les personnes souffrant de dépression ont tendance à avoir des opinions négatives et peu réalistes sur elles-mêmes, leur vie et leur avenir. Leur situation actuelle peut être très difficile, mais la dépression peut provoquer des sentiments injustifiés de désespoir et d'inutilité. Ces opinions s'améliorent généralement lorsque la dépression guérit.

- ♦ Même si c'est difficile, la personne doit essayer de réaliser le plus possible des activités suivantes, car elles peuvent toutes aider à améliorer l'humeur :
 - ▶ Essayer de recommencer (ou de poursuivre) les activités auparavant agréables.
 - ▶ Essayer de conserver des horaires réguliers de coucher et de lever.
 - ▶ Essayer de rester aussi actif que possible sur le plan physique.
 - ▶ Essayer de manger régulièrement malgré les changements d'appétit.
 - ▶ Essayer de passer du temps avec des membres de la famille et des amis de confiance.
 - ▶ Essayer de participer le plus possible à la vie communautaire et à d'autres activités sociales.
- ♦ La personne doit être consciente de ses pensées autoagressives et suicidaires. Si de telles idées surgissent, elle ne doit pas y donner suite mais se confier à une personne de confiance et revenir consulter immédiatement.

2. Apporter un soutien psychosocial supplémentaire tel que décrit dans les Principes de réduction du stress et de renforcement du soutien social (>> *Principes généraux de soins*)

» S'occuper des facteurs de stress psychosociaux actuels.

» Enseigner des techniques de gestion du stress.

» Renforcer le soutien social.

- ♦ Essayer de réactiver les réseaux sociaux préalables de la personne. Identifier les activités sociales antérieures qui, si elles étaient reprises, pourraient apporter un soutien psychosocial direct ou indirect (réunions de famille, visites à des voisins, activités communautaires, par exemple).

3. Si des thérapeutes qualifiés et encadrés sont disponibles, envisager d'encourager les personnes souffrant de dépression modérée à sévère à utiliser l'un des brefs traitements psychologiques suivants, s'ils sont disponibles :

» counselling par résolution de problèmes*

» thérapie cognitivo-comportementale (TCC)

» thérapie interpersonnelle (TIP)*

» activation comportementale*.

Il est de plus en plus avéré que les brefs traitements psychologiques de la dépression peuvent être réalisés par des agents communautaires/non professionnels qualifiés et encadrés.



Interventions pharmacologiques :

1. Envisager la prescription d'antidépresseurs.

- » Chez l'enfant de moins de 12 ans :
 - ♦ Ne pas prescrire d'antidépresseurs.
- » Chez l'adolescent de 12 à 18 ans :
 - ♦ Ne pas prescrire d'antidépresseurs en première intention. Dispenser tout d'abord des interventions psychosociales.
- » Chez l'adulte :
 - ♦ Si la personne présente une **pathologie physique concomitante** pouvant ressembler à un trouble dépressif (>> **Évaluation - Question 2**), traiter d'abord cette pathologie. Envisager la prescription d'antidépresseurs si le trouble dépressif ne s'améliore pas après la prise en charge de la pathologie physique concomitante.
 - ♦ Si vous soupçonnez que les symptômes sont des **réactions normales** à une perte majeure (>> **Évaluation - Question 2**), ne pas prescrire d'antidépresseurs.
- ♦ Discuter avec la personne et décider ensemble de la prescription d'antidépresseurs. Expliquer :
 - ▶ Les antidépresseurs ne créent pas de dépendance.
 - ▶ Il est très important de prendre le médicament chaque jour, comme prescrit.
 - ▶ Certains effets secondaires (>> **Tableau DEP 1**) peuvent être ressentis dans les premiers jours mais ils disparaissent normalement d'eux-mêmes.
 - ▶ Il faut généralement plusieurs semaines pour constater des améliorations de l'humeur, de l'intérêt ou de l'énergie.
- ♦ Lorsque la personne se sent mieux, la prise d'antidépresseurs sera généralement poursuivie au minimum 9 à 12 mois.
- ♦ Le traitement ne doit pas être interrompu simplement parce que la personne a ressenti une certaine amélioration (il ne s'agit pas d'un antalgique pour maux de tête). Informer la personne de la durée recommandée de traitement.

2. S'il est décidé de prescrire des antidépresseurs, choisir un antidépresseur adapté (>> **Tableau DEP 1**).

- » Choisir l'antidépresseur en fonction de l'âge de la personne, des pathologies concomitantes et du profil d'effets secondaires du médicament (>> **Tableau DEP 1**).
- » Chez les adolescents de plus de 12 ans :
 - ♦ Envisager la **fluoxétine** [mais pas les autres inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) ni les antidépresseurs tricycliques (ATC)] seulement si les symptômes persistent ou empirent malgré les interventions psychosociales.
- » Chez les femmes **enceintes ou allaitantes** :
 - ♦ Éviter si possible tout antidépresseur. Envisager la prescription d'antidépresseurs à la posologie minimale efficace si les interventions psychosociales s'avèrent inefficaces.

Chez les femmes allaitantes, éviter la fluoxétine. Si possible, consulter un spécialiste.
- » Chez les personnes **âgées** :
 - ♦ Éviter si possible l'amitriptyline.
- » Chez les personnes atteintes d'une **maladie cardio-vasculaire** :
 - ♦ Ne pas prescrire d'amitriptyline.
- » Chez les adultes ayant **des idées ou des intentions suicidaires** :
 - ♦ La **fluoxétine** doit être prescrite en première intention. En cas de risque imminent d'acte autoagressif ou suicidaire (>> **SUI**), ne prescrire qu'une quantité limitée d'antidépresseur (pour une semaine, par exemple). Demander aux aidants de la personne de conserver et de surveiller régulièrement les médicaments pour empêcher toute overdose médicamenteuse.

Tableau DEP 1 : Antidépresseurs

| | Amitriptyline ^a (un ATC ^b) | Fluoxétine (un ISRS ^c) |
|---|---|---|
| Posologie de départ chez l'adulte | 25-50 mg au coucher | 10 mg en une seule prise quotidienne Passer à 20 mg au bout d'une semaine |
| Posologie de départ chez l'adolescent | Sans objet (ne pas prescrire d'ATC chez l'adolescent) | 10 mg en une seule prise quotidienne |
| Posologie de départ chez les personnes âgées et les malades | 25 mg au coucher | 10 mg en une seule prise quotidienne |
| Augmentation de la posologie chez l'adulte | Augmenter de 25-50 mg par semaine | En l'absence de réponse après 6 semaines, passer à 40 mg en une seule prise quotidienne |
| Posologie généralement efficace chez l'adulte | 100-150 mg (dose maxi. 300 mg) ^d | 20-40 mg (dose maxi. 80 mg) |
| Dose généralement efficace chez les adolescents, les personnes âgées et les malades | 50-75 mg (dose maxi. 100 mg) Ne pas prescrire chez l'adolescent | 20 mg (dose maxi. 40 mg) |
| Effets secondaires graves et rares | Arythmie cardiaque | Akathisie* prolongée Saignements anormaux chez les personnes prenant de l'aspirine ou d'autres anti-inflammatoires non stéroïdiens* Pensées autoagressives (notamment chez les adolescents et les jeunes adultes) |
| Effets secondaires courants | Hypotension orthostatique (risque de chute), sécheresse buccale, constipation, difficultés à uriner, vertiges, vision brouillée et sédation | Céphalées, agitation, nervosité, troubles gastrointestinaux, dysfonctionnement sexuel réversible |
| Attention | Arrêter immédiatement le traitement si la personne développe un épisode maniaque | Arrêter immédiatement le traitement si la personne développe un épisode maniaque |

^a Disponible dans le Kit sanitaire d'urgence interinstitutions (OMS, 2011)

^b ATC signifie antidépresseur tricyclique

^c ISRS signifie inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine

^d Posologie minimale efficace chez l'adulte : 75 mg (la sédation peut être observée à des posologies inférieures).

3. Suivi

- » Proposer un suivi régulier.
 - ♦ Programmer et tenir des séances régulières de suivi conformément aux Principes de prise en charge (>> *Principes généraux de soins*).
 - ♦ Programmer le deuxième rendez-vous sous une semaine puis les consultations suivantes en fonction de l'évolution du trouble.
- » Surveiller la réponse aux antidépresseurs.
 - ♦ Plusieurs semaines peuvent être nécessaires avant de percevoir l'effet des antidépresseurs. Surveiller attentivement la réponse avant d'augmenter la posologie.
 - ♦ Si des symptômes d'épisode maniaque se manifestent (>> *Évaluation - Question 2*), **arrêter immédiatement le traitement** et consulter le module >> *PSY* pour la prise en charge de l'épisode maniaque.
 - ♦ Envisager de diminuer progressivement le traitement 9 à 12 mois après la disparition des symptômes. Réduire graduellement la posologie sur 4 semaines au minimum.

Encadré DEP 2 : Prise en charge médicale de l'épisode dépressif actuel chez une personne souffrant de trouble bipolaire



Chez un individu souffrant de trouble bipolaire, ne jamais prescrire d'antidépresseurs seuls sans thymorégulateur, car les antidépresseurs peuvent provoquer un épisode maniaque.

Si la personne présente des antécédents d'épisode maniaque :

- » Consulter un spécialiste.
- » Si un spécialiste n'est pas immédiatement disponible, prescrire un antidépresseur associé à un thymorégulateur comme de la carbamazépine ou du valproate (>> *Tableau DEP 2*).
 - ♦ **Débuter le traitement à faible posologie. Augmenter progressivement les semaines suivantes.**
 - ▶ Si possible, éviter la carbamazépine et le valproate chez la femme enceinte ou prévoyant de l'être en raison du risque potentiel pour le fœtus. La décision d'entamer un traitement par thymorégulateurs chez une femme enceinte devra être prise après discussion avec cette dernière. La gravité et la fréquence des épisodes maniaques et dépressifs seront prises en compte.
 - ♦ Consulter un spécialiste pour le traitement continu du trouble bipolaire.
- » Dire à la personne et aux aidants d'arrêter immédiatement les antidépresseurs et de revenir consulter en cas d'apparition de symptômes d'épisode maniaque.

Tableau DEP 2 : Thymorégulateurs dans le trouble bipolaire

| | Carbamazépine | Valproate |
|---------------------------------------|--|--|
| Posologie initiale | 200 mg/ jour | 400 mg/ jour |
| Posologie généralement efficace | 400–600 mg (dose maxi. 1400 mg/jour) | 1000–2000 mg/jour (dose maxi. 2500 mg/jour) |
| Schéma posologique | Deux fois par jour, oralement | Deux fois par jour, oralement |
| Effets secondaires rares mais sérieux | <ul style="list-style-type: none"> ♦ Éruption cutanée grave (syndrome de Stevens-Johnson*, épidermolyse bulleuse toxique*) ♦ Aplasie médullaire* | <ul style="list-style-type: none"> ♦ Somnolence ♦ Confusion |
| Effets secondaires courants | <ul style="list-style-type: none"> ♦ Somnolence ♦ Troubles de la marche ♦ Nausées | <ul style="list-style-type: none"> ♦ Léthargie ♦ Sédation ♦ Tremblements ♦ Nausées, diarrhée ♦ Prise de poids ♦ Perte passagère des cheveux (la croissance reprend normalement sous 6 mois) ♦ Altération de la fonction hépatique |

Comme nous l'avons vu au module Stress aigu (STR), il est fréquent que les adultes, les adolescents et les enfants soumis à un stress extrême lors d'urgences humanitaires développent divers symptômes et réactions psychologiques.

Chez la plupart des individus, ces symptômes sont passagers.

Lorsqu'un ensemble caractéristique de symptômes (reviviscence, évitement et sentiment exacerbé de menace permanente) persiste pendant plus d'un mois après un événement potentiellement traumatisant*, la personne peut se trouver en état de stress post-traumatique (ESPT).

Malgré son nom, l'ESPT n'est pas nécessairement le seul ou le principal trouble se produisant suite à une exposition à des événements potentiellement traumatisants. Ces événements peuvent également déclencher de nombreux autres troubles mentaux, neurologiques ou liés à l'utilisation de substances psychoactives (MNS) décrits dans ce guide.

Motifs de consultation typiques de l'ESPT

Les individus en ESPT peuvent être difficiles à distinguer de ceux souffrant d'autres troubles car ils peuvent initialement présenter des symptômes non spécifiques comme :

- » **des troubles du sommeil (par ex. un manque de sommeil)**
- » **de l'irritabilité, une humeur dépressive ou anxieuse persistante**
- » **divers symptômes physiques persistants sans cause physique apparente (céphalées, forts battements du cœur, par exemple).**

Toutefois, un interrogatoire plus poussé peut révéler qu'ils souffrent de symptômes caractéristiques de l'ESPT.

Évaluation - Question 1 : La personne a-t-elle subi un évènement potentiellement traumatisant il y a plus d'un mois ?

- » **Demander si la personne a subi un évènement potentiellement traumatisant.** Il s'agit de tout évènement de nature menaçante ou atroce, comme de la violence physique ou sexuelle (y compris la violence domestique), l'exposition à des atrocités, la destruction du foyer de la personne ou des accidents ou blessures graves. Poser par exemple les questions suivantes :
 - ♦ *Comment avez-vous été affecté par la catastrophe/le conflit ? Votre vie a-t-elle été menacée ? À la maison ou dans votre communauté, avez-vous vécu quelque chose d'effrayant ou d'horrible ou qui vous a vraiment bouleversé ?*
- » Si la personne a subi un évènement potentiellement traumatisant, demander quand ce dernier s'est produit.

Évaluation - Question 2 : Si un évènement potentiellement traumatisant s'est produit il y a plus d'un mois, la personne est-elle en ESPT⁸ ?

- » Rechercher :
 - ♦ **Les symptômes de reviviscence.** Il s'agit de souvenirs répétés et non souhaités de l'évènement comme s'il se reproduisait ici et maintenant (par exemple sous forme de cauchemars, de flashbacks* ou de souvenirs intrusifs* accompagnés d'une réaction intense de peur ou d'horreur).
 - Chez les enfants, cela peut consister à rejouer ou dessiner l'évènement de façon répétitive. Les jeunes enfants peuvent faire des cauchemars sans contenu explicite.
 - ♦ **Les symptômes d'évitement.** Il s'agit de l'évitement délibéré des pensées, des souvenirs, des activités ou des situations rappelant l'évènement à la personne (par exemple, cette dernière évite de parler des questions rappelant l'évènement ou de se rendre à l'endroit où il s'est produit)
 - ♦ Les symptômes liés à un **sentiment exacerbé de menace permanente** (souvent appelés « symptômes d'hypervigilance »). Ils se manifestent sous forme d'état exagéré de préoccupation et de vigilance envers le danger ou de réaction anormalement élevée aux bruits ou aux mouvements inattendus (l'individu sursaute facilement ou est « à cran », par exemple).
 - ♦ Les difficultés majeures à assurer **les activités quotidiennes.**
- » Si tous les éléments susmentionnés sont présents environ 1 mois après l'évènement, l'ESPT est vraisemblable.

Évaluation - Question 3 : Existe-t-il une pathologie concomitante ?

- » Rechercher et prendre en charge toutes les **pathologies physiques concomitantes** qui pourraient expliquer les symptômes.
- » Rechercher et prendre en charge tous les **autres troubles MNS** abordés dans le présent guide.

⁸ La description de l'ESPT est conforme à la proposition provisoire pour l'ESPT de la CIM-11 en cours d'élaboration, à une différence près : la proposition de la CIM-11 permet la classification de l'ESPT dans le mois (soit quelques semaines) suivant l'évènement. La proposition de la CIM-11 ne comprend pas de symptômes non spécifiques à l'ESPT comme la torpeur et l'agitation.

Programme de prise en charge basique

1. Informer sur l'ESPT

- » Expliquer que :
 - ♦ De nombreuses personnes parviennent à surmonter l'ESPT sans traitement au fil du temps, alors que d'autres ont besoin d'un traitement.
 - ♦ Les personnes en ESPT souffrent de souvenirs non souhaités de l'évènement traumatisant. Lorsque cela se produit, elles peuvent ressentir des émotions comme la peur ou l'horreur, identiques aux sensations connues lors de l'évènement réel. Elles peuvent également souffrir de cauchemars.
 - ♦ Les individus en ESPT ont fréquemment l'impression de continuer à courir un danger et peuvent être extrêmement tendus. Ils peuvent sursauter facilement (ou être nerveux) ou surveiller en permanence tout risque de danger.
 - ♦ Les personnes en ESPT essaient d'éviter tout ce qui leur rappelle l'évènement. Cette conduite d'évitement peut causer des problèmes dans leur vie quotidienne.
 - ♦ (Le cas échéant), les personnes en ESPT peuvent parfois souffrir d'autres troubles physiques et mentaux, comme des douleurs et courbatures corporelles, un manque d'énergie, de la fatigue, de l'irritabilité et des idées noires.
- » Conseiller à la personne de :
 - ♦ **Poursuivre ses activités quotidiennes normales**, dans la mesure du possible.
 - ♦ **Parler à des personnes de confiance** de ce qu'elle ressent ou de ce qui s'est passé, mais uniquement lorsqu'elle s'y sent prête.
 - ♦ **Entreprendre des activités de relaxation** afin de réduire l'anxiété et la tension.
 - ♦ **Éviter de consommer de l'alcool ou des drogues** pour surmonter les symptômes de l'ESPT.

2. Apporter un soutien psychosocial tel que décrit dans les *Principes de réduction du stress et de renforcement du soutien social* (>> *Principes généraux de soins*)

- » S'occuper des facteurs de stress psychosociaux actuels.
 - ♦ Si la personne a été victime de graves violations des droits de l'homme, discuter avec elle d'une éventuelle orientation vers un organisme sûr de protection des droits de l'homme.
- » Renforcer le soutien social.
- » Enseigner des techniques de gestion du stress.

3. Si des thérapeutes qualifiés et encadrés sont disponibles, envisager une orientation vers :

- » une thérapie cognitivo-comportementale post-traumatique*
- » une thérapie EMDR (désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires)*

4. Chez l'adulte, envisager la prescription d'antidépresseurs (inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine ou antidépresseurs tricycliques) lorsque la thérapie cognitivo-comportementale, la thérapie EMDR ou les techniques de gestion du stress ne fonctionnent pas ou ne sont pas disponibles.

- » Aller au module sur la dépression modérée à sévère pour de plus amples renseignements sur la prescription d'antidépresseurs (>> *DEP*).
- » NE PAS prescrire d'antidépresseurs pour prendre en charge l'ESPT chez l'enfant et l'adolescent.

5. Suivi

- » Programmer et tenir des consultations régulières de suivi conformément aux *Principes de prise en charge* (>> *Principes généraux de soins*).
- » Programmer le deuxième rendez-vous sous deux à quatre semaines puis les consultations suivantes en fonction de l'évolution du trouble.

Les adultes et les adolescents souffrant de psychose peuvent fermement croire ou ressentir des choses qui *ne sont pas réelles*, ce qui est généralement considéré comme anormal par leur communauté. Les individus atteints de psychose ne sont généralement pas conscients qu'ils souffrent d'une pathologie mentale. Ils sont souvent incapables de fonctionner normalement dans de nombreux domaines de leur vie.

Dans une situation d'urgence humanitaire, ils peuvent être confrontés à un stress extrême et de la peur, à une perte du soutien social ainsi qu'à l'interruption des services de santé et de la médication. Ces changements peuvent engendrer une psychose aiguë ou exacerber des symptômes préexistants. Lors des urgences humanitaires, ces personnes sont extrêmement vulnérables aux diverses violations des droits de l'homme : négligence, abandon, perte du foyer, maltraitance et stigmatisation sociale, par exemple.

Motifs de consultation typiques de la psychose

Comportement anormal (par ex. apparence étrange ou peu soignée, discours incohérent, errance sans but, torpeur ou rire seul sans raison)

Convictions étranges

Perception de voix ou vision de choses qui n'existent pas

Suspicion extrême

Peu d'envie d'être ou de parler avec les autres ; manque de motivation pour réaliser les tâches et le travail quotidiens.

Évaluation - Question 1 : La personne souffre-t-elle de psychose ?

- » Si les individus souffrant de psychose peuvent avoir des pensées, des convictions ou un discours anormaux, ceci ne signifie pas que tout ce qu'ils disent est faux ou imaginaire. Savoir écouter attentivement est la clé de l'évaluation d'une psychose. Plusieurs consultations peuvent être nécessaires pour garantir une évaluation complète. Les aidants sont souvent une source d'informations précieuses.
- » Rechercher les signes suivants :
 - ♦ **Illusions*** (suspensions ou convictions erronées qui persistent même en présence de preuves contraires)
 - ▶ Astuce : Approfondir en demandant à la personne ce qu'elle veut dire, et écouter attentivement.
 - ♦ **Hallucinations*** (lorsque la personne entend, voit ou ressent des choses qui n'existent pas)
 - ▶ *Entendez-vous ou voyez-vous des choses que les autres n'entendent/ne voient pas ?*
 - ♦ **Pensées désorganisées** qui passent d'un sujet à l'autre sans lien logique, discours difficile à suivre
 - ♦ Expériences inhabituelles, par exemple lorsque l'individu croit que les **autres placent des pensées** dans son esprit, que les **autres retirent des pensées** de son esprit ou que ses propres **pensées sont émises vers les autres**.
 - ♦ **Comportement anormal** comme des activités étranges, excentriques, vides de sens et agitées, une posture corporelle anormale ou aucun mouvement du tout
 - ♦ **Symptômes chroniques entraînant la perte du fonctionnement normal**, notamment :
 - ▶ manque d'énergie ou de motivation à réaliser le travail et les tâches quotidiennes
 - ▶ apathie et isolement social
 - ▶ soins personnels négligés
 - ▶ manque d'émotions et d'expressivité.
- » **La psychose est probable si plusieurs symptômes sont présents. Évaluer systématiquement le risque imminent de suicide (>> SUI) et de conduite agressive de et envers autrui.**

Évaluation - Question 2 : Des causes physiques aiguës des symptômes psychotiques peuvent-elles être traitées ?

- » Écarter le **délire*** provoqué par des causes physiques aiguës comme une blessure à la tête, des infections (par ex. neuropaludisme, sepsis* ou urosepsis*), une déshydratation ou des anomalies métaboliques (par ex. hypoglycémie*, hyponatrémie*).
- » Écarter les **effets secondaires médicamenteux** (dus par exemple à certains médicaments antipaludiques).
- » Écarter toute intoxication à l'alcool ou aux drogues et tout **symptôme de sevrage de ces substances (>> SUB)**.
 - ♦ Questionner sur la consommation d'alcool, de sédatifs ou d'autres drogues.
 - ♦ Rechercher toute odeur d'alcool.

Évaluation - Question 3 : S'agit-il d'un épisode maniaque ?

- » Écarter le trouble maniaque. Rechercher les signes suivants :
 - ♦ diminution des besoins en sommeil
 - ♦ humeur euphorique, expansive ou irritable
 - ♦ pensées qui défilent, tendance à être facilement distrait
 - ♦ augmentation de l'activité, sensation d'énergie accrue ou élocution rapide
 - ♦ comportement impulsif ou irresponsable, comme la frénésie de jeu ou d'achat, la prise de décisions importantes sans planification adéquate
 - ♦ estime de soi démesurée.
- » **L'épisode maniaque** est vraisemblable si plusieurs de ces symptômes sont présents pendant plus d'une semaine, et que soit les symptômes entraînent des difficultés considérables dans le déroulement des activités quotidiennes soit la personne ne peut être gérée en toute sécurité chez elle.

Programme de prise en charge basique



A. Interventions pharmacologiques :

1. En cas de psychose sans causes physiques aiguës

- » Débuter un traitement **antipsychotique oral**. N'envisager un traitement intramusculaire que si le traitement oral est impraticable. Rechercher si la personne a déjà pris des antipsychotiques et si cela a aidé à contrôler les symptômes. Dans l'affirmative, prescrire la même posologie. Si ce médicament n'est pas disponible, entamer un nouveau traitement. L'implication d'un aidant ou d'un agent de santé pour conserver et administrer les médicaments est essentielle en début de traitement pour assurer le respect de ce dernier en toute sécurité.
 - ♦ Prescrire uniquement un **antipsychotique** à la fois (comme de l'halopéridol >> **Tableau PSY 1**).
 - ♦ « **Commencer doucement et poursuivre doucement** » : commencer par la plus faible dose thérapeutique et augmenter progressivement pour atteindre l'effet souhaité avec la **posologie minimale efficace**.
 - ♦ Essayer le traitement pendant une durée suffisante avec une posologie généralement efficace avant d'envisager son inefficacité (c'est-à-dire au moins 4 à 6 semaines) (>> **Tableau PSY 1**).
 - ▶ Prescrire la posologie minimale efficace orale chez les femmes projetant une **grossesse**, qui sont enceintes ou qui allaitent.
 - ♦ Si l'agitation ne peut être convenablement traitée par un antipsychotique seul, administrer une dose de **benzodiazépine** (par ex. du **diazépam**, maximum 5 mg par voie orale) et consulter immédiatement un spécialiste.
- ♦ Gérer les **effets secondaires**.
 - ▶ En cas d'effets secondaires extrapyramidaux aigus* tels que le parkinsonisme (combinaison de tremblements*, de rigidité musculaire ou de diminution des mouvements du corps) ou l'akathisie* (incapacité à rester tranquille) :
 - Réduire la dose du traitement antipsychotique.
 - Si les **effets secondaires extrapyramidaux** persistent malgré la réduction de la dose, envisager l'utilisation à court terme d'**anticholinergiques** (par ex. du **bipéridène** pendant 4 à 8 semaines (>> **Tableau PSY 2**).
 - ▶ En cas de dystonie aiguë (spasmes musculaires aigus, généralement du cou, de la langue et des mâchoires) :
 - **Arrêter** temporairement le traitement antipsychotique et prescrire des **anticholinergiques** (du bipéridène, par exemple >> **Tableau PSY 2**). À défaut, du diazépam peut être administré pour favoriser la relaxation musculaire.
- ♦ Si possible, consulter un spécialiste pour plus de renseignements sur la durée du traitement et son arrêt.
 - ▶ En général, le traitement antipsychotique doit être poursuivi au minimum 12 mois après la disparition des symptômes.
 - ▶ Diminuer progressivement le traitement sur plusieurs mois.
 - ▶ Ne jamais l'arrêter brutalement.

2. En cas de symptômes psychotiques provoqués par des causes physiques (par ex. délire ou sevrage alcoolique)

Prendre en charge la cause aiguë.

- ♦ Pour la prise en charge du **sevrage alcoolique**, voir l'**Encadré 1** du module **SUB**.
- ♦ En cas de causes physiques autres que le **sevrage alcoolique**, prescrire un **antipsychotique oral** approprié (par ex. de l'**halopéridol**, tout d'abord 0,5 mg par dose jusqu'à 2,5-5 mg 3 fois par jour). Les médicaments antipsychotiques seront prescrits **uniquement** s'il faut contrôler l'agitation, des symptômes psychotiques ou l'agressivité. Arrêter les médicaments dès que possible après disparition des symptômes. N'envisager un traitement intramusculaire que si le traitement oral est impraticable.

3. En cas d'épisode maniaque

- » Entamer un traitement **antipsychotique oral** (>> **Point n°1 ci-dessus de la section Interventions pharmacologiques**).
- » Lorsque la personne est **extrêmement agitée** malgré le traitement antipsychotique, envisager d'ajouter une dose de **benzodiazépine** (du **diazépam** par exemple, maximum 5 mg par voie orale) et consulter un spécialiste immédiatement.
- » L'**épisode maniaque** est une composante du **trouble bipolaire***. Une fois le trouble maniaque aigu pris en charge, la personne doit être évaluée et traitée pour trouble bipolaire avec un **thymorégulateur** comme le **valproate** ou la **carbamazépine**. Consulter un spécialiste pour la prise en charge et/ou suivre les instructions sur le **trouble bipolaire du Guide d'intervention mhGAP complet**.

Tableau PSY 1 : Médicaments antipsychotiques

| Médicament | Halopéridol ^a | Chlorpromazine | Risperidone |
|--|---------------------------------|---|-----------------------------------|
| Posologie initiale | 2,5 mg/jour | 50-75 mg/jour | 2 mg/jour |
| Posologie généralement efficace | 4-10 mg/jour (dose maxi. 20 mg) | 75-300 mg/jour ^b (dose maxi. 1000 mg) | 4-6 mg/jour (dose maxi. 10 mg) |
| Voie | Orale/intramusculaire | Orale | Orale |
| Effets secondaires importants : | | | |
| Effets secondaires extrapyramidaux* | +++ | + | + |
| Sédation (particulièrement chez les personnes âgées) | + | +++ | + |
| Hésitation urinaire | | ++ | |
| Hypotension orthostatique* | + | +++ | + |
| Syndrome neuroleptique malin* | Rare ^c | Rare ^c | Rare ^c |

^a Disponibles dans le Kit sanitaire d'urgence interinstitutions (OMS, 2011)

^b Jusqu'à 1 g peut être nécessaire dans les cas graves.

^c Arrêter immédiatement les médicaments antipsychotiques si le syndrome est suspecté. Garder la personne au frais et l'hydrater suffisamment.

Tableau PSY 2 : Médicaments anticholinergiques

| Médicament | Bipéridène ^a | Trihexyphénidyle |
|---|--------------------------------|------------------------------------|
| Posologie initiale | 1 mg 2 fois/jour | 1 mg/jour |
| Posologie généralement efficace | 3-6 mg/jour (dose maxi. 12 mg) | 5-15 mg/jour (dose maxi. 20 mg) |
| Voie | Orale | Orale |
| Effets secondaires importants : | | |
| Confusion, troubles de la mémoire (particulièrement chez les personnes âgées) | +++ | +++ |
| Sédation (particulièrement chez les personnes âgées) | + | + |
| Hésitation urinaire | ++ | ++ |

^a Disponibles dans le Kit sanitaire d'urgence interinstitutions (OMS, 2011)



B. Interventions psychosociales

Dans tous les cas :

1. Proposer une psychoéducation

Messages clés à destination de la personne et du ou des aidants :

- » La psychose peut être soignée et la personne peut guérir.
- » Le stress peut aggraver les symptômes psychotiques.
- » Essayer de poursuivre, dans la mesure du possible, des activités sociales, éducatives ou professionnelles régulières, même si cela peut être difficile dans une situation d'urgence.
- » Ne pas consommer d'alcool, de cannabis ou de médicaments non prescrits, car ils peuvent empirer les symptômes psychotiques.
- » Les individus souffrant de psychose doivent prendre les médicaments prescrits et revenir régulièrement pour un suivi.
- » Savoir reconnaître si les symptômes reviennent ou s'aggravent. Revenir à la clinique car il peut être nécessaire de modifier le traitement.

Messages aux aidants :

- » Ne pas essayer de convaincre la personne que ce qu'elle croit ou ressent est faux ou n'existe pas.
- » Essayer de rester neutre et de continuer à soutenir la personne même si cette dernière fait preuve d'un comportement inhabituel ou agressif.
- » Éviter de vous disputer avec la personne ou de vous montrer hostile envers elle.
- » Essayer de laisser à la personne une certaine liberté. Éviter de la restreindre tout en assurant sa sécurité de base ainsi que celle d'autrui.
- » La psychose n'est pas provoquée par de la sorcellerie ou des esprits.
- » Ne pas blâmer ni accuser la personne ou les autres membres de la famille d'être à l'origine de la psychose.
- » Si la personne a récemment accouché, ne pas la laisser seule avec le bébé pour assurer la sécurité de ce dernier.

2. Faciliter la réadaptation dans la communauté

- » Parler avec les dirigeants communautaires pour favoriser l'acceptation et la tolérance de la communauté envers la personne.
- » Faciliter l'intégration de la personne dans les activités sociales et économiques communautaires.
- » Se rapprocher des ressources communautaires, comme des agents de santé communautaires, des agents des services de protection, des travailleurs sociaux ou des agents des services d'aide aux handicapés. Demander de l'aide pour aider la personne à reprendre des activités sociales, éducatives ou professionnelles appropriées.

3. Soutenir les aidants, conformément aux Principes de réduction du stress et de renforcement du soutien social (>> Principes généraux de soins)

C. Suivi

- » Programmer et tenir des séances régulières de suivi conformément aux Principes de prise en charge (>> Principes généraux de soins).
- » Programmer le deuxième rendez-vous sous une semaine puis les consultations suivantes en fonction de l'évolution du trouble.
- » Poursuivre le traitement antipsychotique au minimum 12 mois après disparition complète des symptômes. Si possible, consulter un spécialiste concernant la décision de poursuivre ou d'arrêter le traitement.



Voir l'*Encadré EPI 2* de la page 40 pour de plus amples renseignements sur l'évaluation et la prise en charge d'une personne qui convulse ou est inconsciente suite à une crise convulsive*.

L'épilepsie est le trouble MNS le plus fréquemment *traité* dans les situations humanitaires des pays à revenu faible et intermédiaire. L'épilepsie touche tous les groupes d'âge, y compris les jeunes enfants.

L'épilepsie est un trouble neurologique chronique se manifestant par *des crises non provoquées récurrentes* dues à une activité électrique anormale du cerveau. Il existe divers types d'épilepsie et ce module ne couvre que le type le plus courant, l'**épilepsie convulsive**.

L'épilepsie convulsive se caractérise par des crises qui provoquent des contractions musculaires *involontaires* en alternance avec un relâchement musculaire, provoquant des tremblements ou une rigidification du corps et des membres. Les crises s'accompagnent souvent d'une *altération de la conscience*.

Une personne qui convulse peut tomber ou se blesser.

L'approvisionnement en médicaments antiépileptiques est souvent interrompu lors des urgences humanitaires. Or, sans accès continu à ces médicaments, les épileptiques peuvent refaire des crises, mettant leur vie en danger.

Motifs de consultation typiques de l'épilepsie convulsive

- Antécédents de crises ou mouvements convulsifs.

Évaluation - Question 1 : La personne remplit-elle les critères des crises convulsives ?

- » Demander à la personne, et à son aidant, si elle a déjà présenté l'un des symptômes suivants :
 - ♦ **mouvements convulsifs pendant plus d'une à deux minutes**
 - ♦ perte ou altération de la conscience
 - ♦ raider ou rigidité du corps ou des membres pendant plus d'une à deux minutes
 - ♦ langue mordue ou meurtrie ou blessure corporelle
 - ♦ incontinence fécale ou urinaire pendant l'épisode.
 - ♦ Après les mouvements anormaux, la personne peut présenter un état de confusion, d'engourdissement, de somnolence ou un comportement anormal. La personne peut également se plaindre de fatigue, de céphalée ou de douleurs musculaires.
- » La personne remplit les critères d'une **crise convulsive** en présence de **mouvements convulsifs et d'au minimum deux autres symptômes** de la liste ci-dessus.
- » Soupçonner **des crises non convulsives ou d'autres troubles médicaux** si uniquement un ou deux des critères susmentionnés sont présents.
 - ♦ Consulter un spécialiste si la personne a connu plus d'une crise non convulsive.
 - ♦ Prendre en charge les autres troubles médicaux éventuellement soupçonnés.
 - ♦ Revoir au bout de 3 mois pour réévaluer.

Évaluation - Question 2 : En cas de crise convulsive, existe-t-il une cause aiguë ?

- » Rechercher les signes et les symptômes d'**infection du système nerveux** :
 - ♦ fièvre
 - ♦ céphalée
 - ♦ syndrome méningé* (raideur de la nuque, par exemple).
- » Rechercher les **autres causes possibles** de convulsions :
 - ♦ traumatisme crânien
 - ♦ troubles métaboliques* (hypoglycémie*, hyponatrémie*, par exemple)
 - ♦ intoxication ou sevrage lié à l'alcool ou à une substance psychoactive (>> **Encadré SUB 1 page 48**).
- » S'il existe une cause aiguë **identifiable** de la crise convulsive, **traiter cette cause**.
 - ♦ Un traitement d'entretien par des médicaments antiépileptiques n'est **pas** nécessaire dans ce type de cas.
- » **Orienter immédiatement vers un hôpital** en cas de soupçon d'infection du système nerveux*, de traumatisme crânien ou de troubles métaboliques.
 - ♦ Soupçonner une infection du système nerveux chez un **enfant** (de 6 mois à 6 ans) présentant de la **fièvre** et l'un des critères suivants de **convulsions fébriles compliquées** :
 - ▶ convulsions focales – débutent dans une région du corps
 - ▶ convulsions prolongées – durent plus de 15 minutes
 - ▶ convulsions répétées – plus d'un épisode.
 - ♦ Si aucun des 3 critères précédents n'est présent chez un enfant fébrile, soupçonner des convulsions fébriles simples. Traiter la fièvre et rechercher sa cause conformément aux directives locales de la **PCIME**. Garder l'enfant en observation pendant 24 heures.
- » Revoir au bout de 3 mois pour réévaluer.

Évaluation - Question 3 : En cas de crise convulsive sans cause aiguë identifiée, s'agit-il d'épilepsie ?

- » L'**épilepsie** est envisagée si la personne a connu deux ou plus crises convulsives non provoquées sur deux jours différents au cours des 12 derniers mois.
- » S'il n'y a eu qu'une seule crise convulsive au cours des 12 derniers mois sans cause aiguë, un traitement antiépileptique n'est pas nécessaire. Revoir au bout de 3 mois.

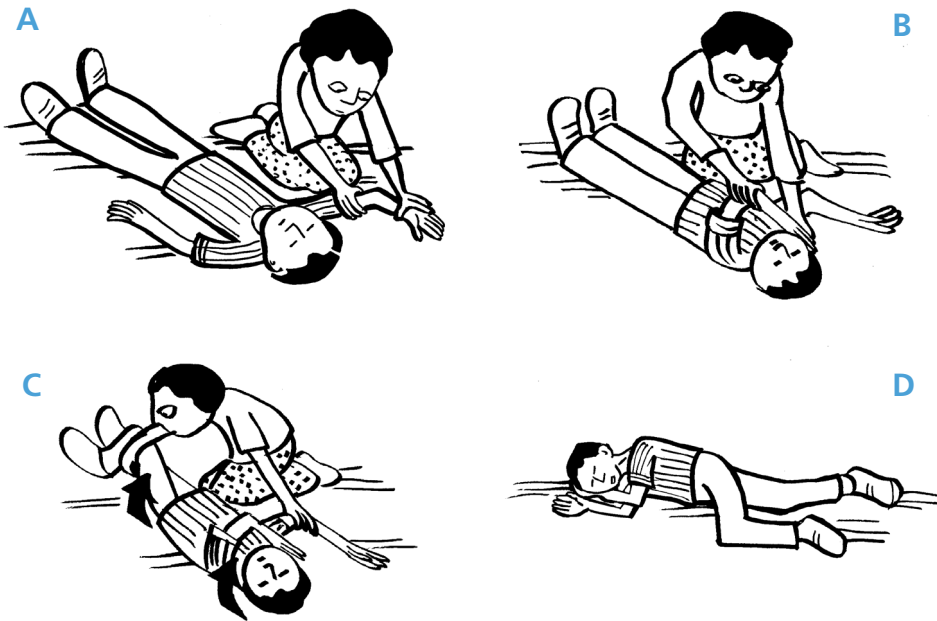
Programme de prise en charge basique

1. Informer la personne et ses aidants au sujet de l'épilepsie

» Expliquer :

- ♦ Ce qu'est l'épilepsie et **quelles en sont les causes** :
 - ▶ L'épilepsie est un trouble chronique mais, avec un traitement, trois personnes sur quatre peuvent ne plus connaître de crise.
 - ▶ L'épilepsie se caractérise par des crises récurrentes. Les crises proviennent d'une activité électrique anormale du cerveau.
 - ▶ L'épilepsie n'est pas provoquée par de la sorcellerie ou des esprits.
 - ▶ L'épilepsie n'est pas contagieuse. L'épilepsie ne se transmet pas par la salive.
- ♦ Les **conséquences** de l'épilepsie sur la **vie quotidienne** :
 - ▶ Les épileptiques peuvent mener une vie normale :
 - Ils peuvent se marier et avoir des enfants en bonne santé.
 - Ils peuvent occuper de façon sûre et productive la plupart des emplois.
 - Les enfants épileptiques peuvent aller à l'école.
 - ▶ Les épileptiques doivent éviter :
 - les emplois nécessitant de travailler à proximité de machines ou de feu
 - de cuisiner sur des foyers ouverts
 - de nager seuls
 - la consommation d'alcool et de stupéfiants
 - de regarder des lumières clignotantes
 - de modifier leurs habitudes de sommeil (dormir beaucoup moins que d'habitude, par exemple).
- ♦ **Ce qu'il faut faire à la maison** si une crise se produit (à l'attention des aidants) :
 - ▶ Si une crise débute alors que la personne est debout ou assise, prévenir toute chute en l'aidant doucement à s'asseoir ou à se coucher au sol.
 - ▶ S'assurer que la personne respire correctement. Défaire les vêtements enserrant le cou.
 - ▶ Placer la personne en position latérale de sécurité (voir les Figures A–D ci-dessous).

Figures A–D : La position latérale de sécurité



- A.** S'agenouiller à côté de la personne.
Placer le bras le plus proche à angle droit du corps, avec la main dirigée vers le haut au niveau de la tête (voir Figure A ci-dessous).
- B.** Placer l'autre main sur le côté de la tête de la personne, de façon à ce que le dos de sa main touche sa joue (voir Figure B ci-dessous).
- C.** Plier le genou le plus éloigné à angle droit.
Faites doucement rouler la personne sur le côté en tirant le genou plié (voir Figure C ci-dessous).
- D.** Le bras placé en haut va supporter la tête tandis que le bras placé en bas va empêcher la personne de trop rouler (voir Figure D ci-dessous). **Dégager les voies respiratoires de la personne en inclinant doucement sa tête vers l'arrière et en lui soulevant le menton, et s'assurer que rien n'obstrue ses voies respiratoires.** Cette manœuvre dégage la langue des voies respiratoires, aide la personne à mieux respirer et l'empêche de s'étouffer avec ses sécrétions et vomissements.
- ▶ Ne pas essayer de retenir ou de maintenir la personne au sol.
 - ▶ Ne rien lui mettre sur la bouche.
 - ▶ Éloigner tous les objets durs ou pointus de la personne pour empêcher toute blessure.
 - ▶ Rester avec la personne jusqu'à ce que la crise soit finie et qu'elle reprenne conscience.

» Demander à la personne et aux aidants de tenir un journal simple des crises (Figure EPI PGS 1).

2. Commencer ou reprendre un traitement antiépileptique

- » Vérifier si la personne a déjà pris un médicament antiépileptique ayant permis de contrôler les crises. Dans l'affirmative, prescrire la même posologie.
- » Si ce médicament n'est pas disponible, entamer un nouveau traitement.
- » Choisir un seul médicament antiépileptique (voir **Tableau EPI 1**).
 - ◆ Envisager les effets secondaires, les interactions médicament-maladie* ou les interactions médicamenteuses* éventuelles. Le cas échéant, consulter le **formulaire national** ou le **formulaire de l'OMS**.
 - ◆ Commencer par la **posologie minimale** et **augmenter progressivement** la dose jusqu'à la maîtrise totale de la crise.
- » Expliquer à la personne et aux aidants :
 - ◆ Le schéma posologique (>> **Tableau EPI 1**).
 - ◆ Les éventuels effets secondaires (>> **Tableau EPI 1**).
La plupart des effets secondaires sont légers et disparaissent au fil du temps.
Si des effets secondaires graves se produisent, la personne doit immédiatement arrêter le traitement et consulter un médecin.
 - ◆ L'importance de respecter le **traitement**. Des doses oubliées ou un arrêt brutal peuvent entraîner la reprise des crises. Les médicaments doivent être pris à la **même heure chaque jour**.
 - ◆ La durée nécessaire pour que le traitement commence à agir. Il faut généralement quelques semaines pour que les effets soient visibles.
 - ◆ Durée du traitement. Poursuivre le traitement jusqu'à ce que les crises aient disparues depuis au minimum 2 ans.
 - ◆ L'importance d'un suivi régulier.

Tableau EPI 1 : Médicaments antiépileptiques

| | Phénobarbital ^a | Carbamazépine | Phénytoïne | Valproate |
|---|--|--|---|--|
| Posologie de départ chez l'enfant | 2-3 mg/kg/jour | 5 mg/kg/jour | 3-4 mg/kg/jour | 15-20 mg/kg/jour |
| Posologie généralement efficace chez l'enfant | 2-6 mg/kg/jour | 10-30 mg/kg/jour | 3-8 mg/kg/jour (dose maxi. 300 mg/jour) | 15-30 mg/kg/jour |
| Posologie de départ chez l'adulte | 60 mg/ jour | 200-400 mg/jour | 150-200 mg/jour | 400 mg/ jour |
| Posologie généralement efficace chez l'adulte | 60-180 mg/jour | 400-1400 mg/jour | 200-400 mg/jour | 400-2000 mg/jour |
| Schéma posologique | Une fois par jour au coucher | Deux fois par jour | Chez l'enfant, à prendre deux fois par jour ; peut être pris une seule fois par jour chez l'adulte | Généralement 2 à 3 fois par jour |
| Effets secondaires rares mais graves | <ul style="list-style-type: none"> ◆ Éruption cutanée grave (syndrome de Stevens-Johnson*) ◆ Aplasie médullaire* ◆ Insuffisance hépatique | <ul style="list-style-type: none"> ◆ Éruption cutanée grave (syndrome de Stevens-Johnson*, épidermolyse bulleuse toxique*) ◆ Aplasie médullaire* | <ul style="list-style-type: none"> ◆ Anémie et autres anomalies hématologiques ◆ Réactions d'hypersensibilité, y compris éruption cutanée grave (syndrome de Stevens-Johnson*) ◆ Hépatite | <ul style="list-style-type: none"> ◆ Somnolence ◆ Confusion |
| Effets secondaires courants | <ul style="list-style-type: none"> ◆ Somnolence ◆ Hyperactivité chez l'enfant | <ul style="list-style-type: none"> ◆ Somnolence ◆ Troubles de la marche ◆ Nausées | <ul style="list-style-type: none"> ◆ Nausées, vomissements, constipation ◆ Tremblements ◆ Somnolence ◆ Ataxie et troubles de l'élocution ◆ Tics moteurs ◆ Confusion mentale | <ul style="list-style-type: none"> ◆ Léthargie ◆ Sédation ◆ Tremblements ◆ Nausées, diarrhée ◆ Prise de poids ◆ Perte passagère des cheveux (la croissance reprend normalement sous 6 mois) ◆ Altération de la fonction hépatique |
| Précautions | <ul style="list-style-type: none"> ◆ Éviter le phénobarbital chez les enfants présentant une déficience intellectuelle ou des problèmes comportementaux | | | <ul style="list-style-type: none"> ◆ Éviter le valproate chez la femme enceinte |

^a Disponibles dans le Kit sanitaire d'urgence interinstitutions (OMS, 2011)

3. Suivi

- » Assurer un **suivi régulier** :
 - ◆ Pendant les 3 premiers mois ou jusqu'à ce que les crises soient maîtrisées, programmer des rendez-vous de suivi au minimum une fois par mois.
 - ◆ Si les crises sont bien maîtrisées, voir la personne tous les 3 mois.
 - ◆ Voir *Principes de prise en charge* (>> *Principes généraux de soins*) pour de plus amples renseignements sur le suivi.
- » À **chaque visite de suivi** :
 - ◆ Surveiller la maîtrise des crises :
 - ▶ Consulter le journal des crises pour voir comment les crises sont maîtrisées.
 - ◆ Poursuivre ou ajuster le traitement antiépileptique en fonction du degré de maîtrise des crises.
 - ▶ Si les crises ne sont toujours pas maîtrisées à la dose thérapeutique maximale d'un médicament ou si les effets secondaires sont devenus insupportables, changer de médicament. Augmenter progressivement la dose jusqu'à ce que les crises soient maîtrisées.
 - ▶ Si les crises sont extrêmement rares et qu'une nouvelle augmentation de la dose risque de produire de graves effets secondaires, envisager de conserver la dose actuelle.
 - ▶ Consulter un spécialiste si deux médicaments ont été essayés l'un après l'autre et qu'aucun n'a permis de maîtriser correctement les crises. Éviter de prescrire plus d'un médicament antiépileptique à la fois.
- ◆ Envisager **d'arrêter le traitement antiépileptique** si **aucune crise** ne s'est produite depuis **2 ans**.
 - ▶ Lors de l'arrêt du traitement, la dose doit être *diminuée progressivement* sur plusieurs mois pour éviter les crises dues au sevrage médicamenteux.
- ◆ Impliquer les aidants pour surveiller la maîtrise des crises.
- ◆ Étudier le mode de vie et apporter une psychoéducation / une aide supplémentaire à la personne et aux aidants (>> *Étape 1 du Programme de prise en charge basique* décrite précédemment).



Encadré EPI 1 : Spécificités de prise en charge des femmes épileptiques

- » Si la femme est en **âge de procréer** :
 - ◆ Prescrire 5 mg/jour d'acide folique pour prévenir les éventuelles anomalies congénitales en cas de grossesse.
- » Si elle est **enceinte** :
 - ◆ Consulter un spécialiste pour la prise en charge.
 - ◆ Préconiser des visites prénatales plus fréquentes et un accouchement en milieu hospitalier.
 - ◆ À la naissance, administrer 1 mg de **vitamine K** par voie intramusculaire au nouveau-né.
- » La décision d'entamer un traitement antiépileptique chez une femme enceinte devra être prise après discussion avec cette dernière. La sévérité et la fréquence des crises ainsi que le risque potentiel pour le fœtus (dû aux crises ou au traitement) devront être pris en compte. En cas de décision d'entamer un traitement, le **phénobarbital** et la **carbamazépine** seront privilégiés. Le valproate et la polythérapie* seront évités.
- » La carbamazépine peut être utilisée chez la femme **allaitante**.

Figure EPI 1. Exemple de journal des crises

| Moment de la crise | | Description de la crise (y compris parties du corps affectées et durée de la crise) | Médicaments pris | |
|--------------------|-------|---|------------------|-------------|
| Date | Heure | | Hier | Aujourd'hui |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Encadré EPI 2 : Évaluation et prise en charge d'une personne qui convulse ou est inconsciente suite à une crise



L'évaluation et la prise en charge des crises aiguës doivent se faire en même temps.

» Évaluation des crises

- ◆ Garder son calme.
La plupart des crises s'arrêtent au bout de quelques minutes.
- ◆ Vérifier les voies respiratoires, la respiration et la circulation, y compris la pression sanguine, la fréquence respiratoire et la température.
- ◆ Vérifier les signes de traumatisme crânien ou spinal (les pupilles dilatées peuvent par exemple être un signe de traumatisme crânien grave).
- ◆ Vérifier la raideur de la nuque ou la présence de fièvre (signes de méningite).

» Poser les questions suivantes à l'aidant :

- ◆ *Quand la crise a-t-elle démarré ?*
- ◆ *Existe-t-il des antécédents de crises ?*
- ◆ *Existe-t-il des antécédents de traumatisme crânien ou cervical ?*
- ◆ *Existe-t-il d'autres problèmes médicaux ?*
- ◆ *La personne a-t-elle pris des médicaments, du poison, de l'alcool ou de la drogue ?*
- ◆ *S'il s'agit d'une femme : Est-elle dans la seconde moitié de grossesse ou a-t-elle accouché il y a moins d'une semaine ?*

» Orienter de toute urgence vers un hôpital :

- ◆ En cas de signe de blessure grave, choc* ou problème respiratoire
- ◆ Si la personne peut présenter un traumatisme crânien ou cervical grave :
 - ▶ Ne pas bouger le cou de la personne.
 - ▶ Appliquer la manœuvre du retournement en bloc* pour transférer la personne.
- ◆ Si la personne est une femme dans la seconde moitié de sa grossesse ou ayant accouché il y a moins d'une semaine
- ◆ Si une infection du système nerveux est suspectée
- ◆ Si la crise a débuté il y a plus de 5 minutes.

» Prise en charge des crises

- ◆ Placer la personne en position latérale de sécurité (voir Programme de prise en charge basique et Figures A–D ci-dessus).
- ◆ Si la crise ne s'arrête pas spontanément au bout d'une à deux minutes, poser une voie veineuse le plus rapidement possible et administrer du glucose et des benzodiazépines lentement (30 gouttes/minute).
 - ▶ Si la voie veineuse est difficile à poser, administrer les benzodiazépines par voie rectale.
 - ▶ Attention : les benzodiazépines peuvent ralentir la respiration. Si possible, donner de l'oxygène et surveiller fréquemment l'état respiratoire de la personne.
 - ▶ Dose du glucose chez l'enfant : 2–5 ml/kg de glucose à 50 %
 - ▶ Dose des benzodiazépines chez l'enfant :
 - diazépam par voie rectale 0,2–0,5 mg/kg ou
 - diazépam par voie veineuse 0,1–0,3 mg/kg ou
 - lorazépam par voie veineuse 0,1 mg/kg
 - ▶ Dose du glucose chez l'adulte : 5 ml de glucose à 50 %
 - ▶ Dose des benzodiazépines chez l'adulte :
 - diazépam par voie rectale 10–20 mg ou
 - diazépam par voie veineuse 10–20 mg lentement ou
 - lorazépam par voie veineuse 4 mg
 - ▶ Ne pas donner de benzodiazépines par voie intramusculaire.
- ◆ Donner une seconde dose de benzodiazépines si la crise se poursuit 5 à 10 minutes après la première dose.
- ◆ Administrer une dose identique à la première.
- ◆ Ne pas donner plus de deux doses de benzodiazépines. Si la personne a besoin de plus de 2 doses, la transférer à l'hôpital.
- ◆ Suspecter un état de mal épileptique si :
 - ▶ Les crises sont si fréquentes que la personne ne reprend pas conscience entre chaque épisode, ou
 - ▶ Les crises ne répondent pas à deux doses de benzodiazépines, ou
 - ▶ Les crises durent plus de 5 minutes.
- » Transférer la personne de toute urgence à l'hôpital :
 - ◆ Si un état de mal épileptique est suspecté (voir ci-dessus)
 - ◆ Si la personne ne répond pas aux 2 premières doses de benzodiazépines
 - ◆ Si la personne rencontre des problèmes respiratoires après avoir reçu des benzodiazépines.

Déficiences Intellectuelles

La déficience intellectuelle⁹ se caractérise par des limites irréversibles dans plusieurs domaines du développement intellectuel normal (cognition*, langage, motricité et relations sociales). Ces limites existent dès la naissance ou débutent pendant l'enfance. La déficience intellectuelle interfère avec l'éducation, les activités quotidiennes et l'adaptation à un nouvel environnement.

Les individus atteints de déficience intellectuelle présentent souvent des besoins de soins importants. Ils rencontrent fréquemment des difficultés pour accéder aux soins de santé et à l'éducation. Dans les environnements d'urgence chaotiques, ils sont extrêmement vulnérables à la maltraitance, à la négligence et à l'exposition à des situations dangereuses. Ils risquent, par exemple, de s'aventurer dans des zones dangereuses sans le savoir. Ils peuvent en outre être perçus comme une charge par leur famille et leur communauté, et être abandonnés lors des déplacements. Ils doivent donc faire l'objet d'une attention accrue lors des urgences humanitaires.

Ce module couvre la déficience intellectuelle modérée, sévère et profonde chez l'enfant, l'adolescent et l'adulte.

Motifs de consultation typiques

- » **Chez le nourrisson : manque d'appétit, retard de croissance staturo-pondérale, faible tonus musculaire, retard par rapport aux stades normaux de développement (sourire, se tenir assis, se tenir debout).**
- » **Chez l'enfant : retard par rapport aux stades normaux de développement (acquisition de la marche, propreté, langage, lecture et écriture).**
- » **Chez l'adulte : capacité réduite à vivre de façon autonome et à prendre soin de soi-même et/ou d'enfants.**
- » **À tous les âges : difficultés à assurer les activités quotidiennes considérées comme normales à l'âge de l'individu ; difficultés à comprendre des instructions ; difficultés à répondre aux exigences de la vie quotidienne.**

⁹ Dans le projet de CIM-11, le nom proposé pour ce trouble est *Trouble du développement intellectuel*.

Évaluation - Question 1 : La personne présente-t-elle une déficience intellectuelle ?

- » Étudier les capacités et le fonctionnement de la personne :
 - ♦ Chez les nourrissons et jeunes enfants, évaluer s'ils ont atteint **tous les stades normaux de développement** dans *tous* les domaines du développement (>> **Encadré DI 1** avec signaux d'alerte).
 - ♦ Exemples de questions à poser aux aidants d'enfants :
 - ▶ *Votre enfant se comporte-t-il comme les autres du même âge ?*
 - ▶ *Que sait faire votre enfant tout seul (s'asseoir, marcher, manger, s'habiller ou aller aux toilettes) ?*
 - ▶ *Comment votre enfant communique-t-il avec vous ? Est-ce que votre enfant vous sourit ? L'enfant réagit-il à son nom ? Comment l'enfant communique-t-il avec vous ? L'enfant est-il capable de demander ce qu'il veut ?*
 - ▶ *Comment votre enfant joue-t-il ? Votre enfant est-il capable de jouer avec d'autres enfants du même âge ?*
 - ♦ Chez les enfants plus âgés et les adolescents, demander s'ils vont à l'école et comment ils gèrent le travail scolaire (apprentissages, lecture et écriture) et les activités domestiques quotidiennes.
 - ▶ *Vas-tu à l'école ? Comment cela se passe-t-il à l'école ? Es-tu capable de terminer ton travail ? Rencontres-tu souvent des difficultés à l'école car tu ne parviens pas à comprendre ou à suivre les instructions ?*
 - ♦ Chez les adultes, demander s'ils travaillent et, le cas échéant, comment ils parviennent à gérer leur travail et les autres activités quotidiennes.
 - ▶ *Travaillez-vous ? Quel type d'emploi occupez-vous ? Rencontres-vous souvent des difficultés au travail car vous ne parvenez pas à comprendre ou à suivre les instructions ?*
 - ♦ Chez les enfants plus âgés, les adolescents et les adultes, demandez de quel soutien bénéficie la personne dans ses activités quotidiennes (par exemple à la maison, à l'école ou au travail).
- » En cas de retard par rapport aux stades normaux de développement, écarter les troubles traitables et réversibles pour ressembler à une déficience intellectuelle.
 - ♦ **Écarter les déficiences visuelles :**
 - ▶ Chez l'enfant de plus de 6 mois, poser à l'aidant les questions suivantes, tout en observant directement l'enfant :
 - L'enfant suit-il du regard un objet mobile ?
 - L'enfant reconnaît-il les visages familiers ?
 - L'enfant peut-il saisir un objet avec la main ?
 - ▶ Si la réponse à l'une de ces questions est Non, informer l'aidant que l'enfant peut présenter des troubles de la vision et consulter, si possible, un spécialiste.
 - ♦ **Écarter les déficiences auditives :**
 - ▶ Chez l'enfant de plus de 6 mois, poser à l'aidant les questions suivantes, tout en observant directement l'enfant :
 - L'enfant tourne-t-il la tête pour voir qui parle derrière lui ?
 - L'enfant réagit-il aux bruits forts ?
 - L'enfant émet-il divers sons vocaux (tata, dada, baba) ?
 - ▶ Si la réponse à l'une de ces questions est Non, informer l'aidant que l'enfant peut présenter des troubles de l'audition et consulter, si possible, un spécialiste.
 - ♦ **Écarter les problèmes d'environnement :**
 - ▶ Trouble dépressif modéré à sévère de la mère ou de l'aidant principal (>> **DEP**).
 - ▶ Manque de stimulation (la stimulation est essentielle pour le développement du cerveau des jeunes enfants).
 - *Qui interagit et joue régulièrement avec l'enfant ?*
 - *Comment jouez-vous avec l'enfant ?*
 - *À quelle fréquence ?*
 - *Comment communiquez-vous avec l'enfant ?*
 - *À quelle fréquence ?*
 - ♦ **Écarter la malnutrition** et les autres insuffisances nutritionnelles ou hormonales, notamment la carence en iode* et l'hypothyroïdisme*.
 - ♦ **Écarter l'épilepsie (>> **EPI**)**, qui peut ressembler ou se produire simultanément à la déficience intellectuelle.
- » Prendre en charge les problèmes traitables identifiés et assurer un suivi pour évaluer de nouveau si la personne présente une déficience intellectuelle.
 - ♦ Pour les cas avérés de déficiences auditives et visuelles, fournir ou demander les aides nécessaires (lunettes, appareil auditif).
 - ♦ Le cas échéant, prendre en charge le trouble dépressif de l'aidant.
 - ♦ Apprendre à l'aidant comment créer un environnement plus stimulant pour les jeunes enfants. Voir le document **Counsel the Family for Care for Development: Counselling Cards** (UNICEF et OMS, 2012).
 - ♦ Si nécessaire, orienter la personne vers les programmes de développement de la petite enfance (DPE).
- » **La déficience intellectuelle** est vraisemblable : a) en cas de retard important par rapport aux stades normaux de développement et de difficultés à assurer le quotidien, et b) si les troubles traitables et réversibles ont été écartés ou pris en charge.

Évaluation - Question 2 : Existe-t-il des problèmes comportementaux associés ?

- » N'écoute pas les aidants.
- » A des accès de colère. Fait preuve d'un comportement agressif envers autrui et lui-même lorsqu'il est contrarié.
- » Mange des matières non organiques.
- » Présente un comportement sexuel inapproprié ou tout autre trouble du comportement.

Programme de prise en charge basique

1. Proposer une psychoéducation

- » **Expliquer la déficience** à la personne et aux aidants. Les individus souffrant de déficience intellectuelle ne doivent pas être blâmés pour leur trouble. Les aidants doivent avoir des attentes réalistes et faire preuve d'attention et de soutien.
- » Former à l'exercice des responsabilités parentales. Le but est **d'améliorer les interactions positives entre le parent/l'aidant et l'enfant**. Enseigner aux aidants des techniques favorisant la réduction des problèmes comportementaux.
 - ◆ Les aidants doivent comprendre l'importance de former l'individu à assurer ses soins personnels et d'hygiène (aller aux toilettes ou se brosser les dents seul, par exemple).
 - ◆ Les aidants doivent très bien connaître la personne. Les aidants doivent connaître les facteurs de stress de la personne et ce qui la rend heureuse ; connaître la cause de ses problèmes de comportement et comment les éviter ; connaître ses atouts et ses faiblesses et la meilleure manière de lui faire acquérir des connaissances.
 - ◆ Les aidants doivent faire en sorte que les activités quotidiennes de la personne, telles que manger, jouer, apprendre, travailler et dormir, soient le plus régulières possible.
- ◆ **Les aidants doivent récompenser la personne** lorsque son comportement est satisfaisant et lui refuser toute récompense lorsque son comportement est problématique. Faire preuve d'une discipline équilibrée :
 - ▶ Donner des instructions claires, simples et brèves sur ce que la personne doit faire plutôt que sur ce qu'elle ne doit pas faire. Décomposer les activités complexes en courtes étapes afin que la personne puisse apprendre et être récompensée étape après étape (par exemple, apprendre à mettre ses pantalons avant de les boutonner).
 - ▶ Lorsque la personne fait quelque chose de bien, offrir une récompense. Distraire la personne des choses qu'elle ne doit pas faire. Cette distraction ne doit toutefois pas être agréable et vécue comme une récompense par la personne.
 - ▶ NE PAS avoir recours à des menaces ou des châtiments corporels lorsque le comportement pose problème.
- » Informer les aidants que la personne est plus vulnérable à la maltraitance physique et sexuelle en général, et qu'elle nécessite donc une attention et une protection supplémentaires.
- » Former les aidants pour éviter le placement en institution.

2. Promouvoir la protection basée sur la communauté

- » Évaluer la disponibilité de la protection basée sur la communauté (comme des groupes informels, des ONG locales, des organismes gouvernementaux ou des organisations internationales) et demander un soutien approprié pour la personne.

3. Plaider pour l'intégration dans les activités communautaires

- » Si le sujet est un enfant, essayer de le laisser scolarisé le plus longtemps possible.
 - ◆ Se mettre en relation avec l'école de l'enfant pour étudier les possibilités d'adapter l'environnement éducatif à l'enfant. Des conseils simples sont disponibles dans le document *Inclusive Education of Children At Risk* de l'INEE (ou Réseau inter-agences pour l'éducation en situations d'urgence).
- » Encourager la participation à des activités sociales agréables au sein de la communauté.
- » Évaluer la disponibilité de programmes de réadaptation à base communautaire (RBC*) et plaider pour que la personne souffrant de déficience intellectuelle soit intégrée à ces programmes.

4. Soutenir les aidants, conformément aux Principes de réduction du stress et de renforcement du soutien social (>> *Principes généraux de soins*)

5. Si possible, consulter un spécialiste pour une évaluation et une prise en charge plus poussées d'éventuels troubles concomitants du développement

- » Déficience motrice irréversible ou paralysie cérébrale*
- » Anomalies congénitales, syndromes ou anomalies génétiques (par ex. trisomie 21*).

6. Suivi

- » Programmer et tenir des séances régulières de suivi conformément aux Principes de prise en charge (>> *Principes généraux de soins*).

Encadré DI 1 : Les stades du développement : signaux d'alerte à surveiller

| | |
|--------------------|---|
| À l'âge de 1 MOIS | <ul style="list-style-type: none"> ◆ Défaut de succion ou refuse de téter ◆ Peu de mouvement des bras et des jambes ◆ Peu ou pas de réaction aux bruits forts ou aux lumières vives ◆ Pleurs prolongés sans raison apparente ◆ Vomissements et diarrhée pouvant entraîner une déshydratation |
| À l'âge de 6 MOIS | <ul style="list-style-type: none"> ◆ Raideur ou difficulté à bouger les membres ◆ Mouvement constant de la tête (éventuellement signe d'otite, pouvant provoquer une surdité si elle n'est pas traitée) ◆ Peu ou pas de réaction aux sons, aux visages familiers ou au sein ◆ Refus du sein ou de toute autre forme d'alimentation |
| À l'âge de 12 MOIS | <ul style="list-style-type: none"> ◆ N'émet aucun son en réponse aux autres ◆ Ne regarde pas les objets en mouvement ◆ Apathie et absence de réaction face à l'aidant ◆ Manque d'appétit ou refus de la nourriture |
| À l'âge de 2 ANS | <ul style="list-style-type: none"> ◆ Absence de réaction face à autrui ◆ Difficultés à garder l'équilibre pendant la marche ◆ Blessures ou changements inexplicables du comportement (notamment si l'enfant a été confié à d'autres personnes) ◆ Manque d'appétit |
| À l'âge de 3 ANS | <ul style="list-style-type: none"> ◆ Manque d'intérêt pour le jeu ◆ Chutes fréquentes ◆ Difficultés à manipuler de petits objets ◆ Incapacité à comprendre des messages simples ◆ Incapacité à parler en employant plusieurs mots ◆ Peu ou pas d'intérêt pour la nourriture |
| À l'âge de 5 ANS | <ul style="list-style-type: none"> ◆ Peur, colère ou violence lors des jeux avec d'autres enfants, pouvant révéler des signes de problèmes émotionnels ou de la maltraitance |
| À l'âge de 8 ANS | <ul style="list-style-type: none"> ◆ Difficultés à se faire et à garder des amis, et à participer à des activités de groupe ◆ Renonciation à une tâche ou un défi sans même essayer, ou signes de désespoir ◆ Difficultés à communiquer ses besoins, ses pensées et ses émotions ◆ Difficultés à se concentrer sur une tâche, à comprendre et à réaliser son travail scolaire ◆ Excès d'agressivité ou de timidité avec les amis et la famille |

Source : UNICEF, OMS, UNESCO, UNFPA, PNUD, ONUSIDA, PAM et Banque mondiale (2010)

Consommation Nocive d'Alcool et de Drogues

SUB



Voir l'Encadré SUB 1 de la page 48 pour l'évaluation et la prise en charge du sevrage alcoolique à risque vital.

L'usage d'alcool ou de drogues (telles que les opiacés* - comme l'héroïne-, le cannabis*, les amphétamines*, le khat*, divers médicaments prescrits comme les benzodiazépines* et le tramadol*) peut provoquer divers problèmes. Citons notamment *le sevrage* (symptômes physiques et mentaux se produisant en cas d'arrêt ou de réduction importante de la consommation), *la dépendance** et *la consommation nocive* (dommages pour la santé physique ou mentale et/ou le bien-être général).

La consommation d'alcool ou de drogues est nocive lorsqu'elle provoque des troubles physiques ou mentaux, des comportements à risque pour la santé, des problèmes relationnels/familiaux, de la violence sexuelle et physique, de la maltraitance ou de la négligence à l'égard d'enfants, des difficultés financières et d'autres questions liées à la protection des personnes. La prévalence de la consommation nocive d'alcool et de drogues peut augmenter lors des urgences humanitaires car les adultes et les adolescents peuvent essayer de surmonter le stress, les pertes ou la douleur par automédication*.

Dans les situations d'urgence majeure, l'approvisionnement en alcool et en drogues peut être interrompu, ce qui provoque des symptômes de sevrage imprévus mettant en danger la vie des individus qui utilisaient ces substances depuis longtemps à des doses relativement élevées. Ceci est particulièrement vrai pour l'alcool.

Ce module traite de *la consommation nocive d'alcool ou de drogues* et comprend un encadré sur *le sevrage alcoolique à risque vital* (>> Encadré SUB 1). Pour d'autres aspects de la consommation d'alcool ou de drogues, voir les modules correspondants du *Guide d'intervention mhGAP complet*.

Motifs de consultation typiques

- » **Semble être sous l'influence d'alcool ou de drogues** (par ex. sent l'alcool, semble en état d'ivresse, est agité, ne tient pas en place, manque d'énergie, présente des troubles de l'élocution, a un aspect négligé, a des pupilles dilatées/contractées*)
- » **Blessure récente**
- » **Signes de consommation de drogues injectables** (marques d'injection, infection cutanée)
- » **Demande de somnifères ou d'antalgiques**

Évaluation - Question 1 : La consommation d'alcool ou de drogues nuit-elle à la santé physique ou mentale et/ou au bien-être général de l'individu ?

- » Étudier la consommation d'alcool ou de drogues, sans porter de jugement.
- » Questionner sur :
 - ♦ **La quantité et le mode de consommation**
 - ▶ Buvez-vous de l'alcool ? Si oui, sous quelle forme ? Combien de verres par jour/semaine ?
 - ▶ Consommez-vous des somnifères/des anxiolytiques/des antalgiques ? De quel type ? Combien par jour/semaine ?
 - ▶ Prenez-vous des drogues illégales ? De quel type ? De quelle façon : par voie orale, par injection, par inhalation (sniff) ? Combien de fois par jour/semaine ?
 - ♦ **Les déclencheurs** de la consommation d'alcool ou de drogues
 - ▶ Qu'est-ce qui vous pousse à prendre de l'alcool ou des drogues ?
 - ♦ **Les préjudices pour soi ou pour autrui**
 - ▶ Blessures ou problèmes médicaux résultant de la consommation d'alcool ou de drogues
 - Avez-vous rencontré des problèmes de santé depuis que vous avez commencé à consommer de l'alcool ou des drogues ?
 - Avez-vous déjà été blessé alors que vous étiez sous l'influence de l'alcool ou de drogues ?
 - ▶ Poursuite de la consommation d'alcool ou de drogues malgré les recommandations d'arrêter
 - Alors que la personne était enceinte ou allaitante
 - Alors que la personne savait que la consommation d'alcool ou de drogues était responsable de ses troubles de l'estomac ou du foie
 - Alors que la personne prenait des médicaments provoquant des interactions nocives avec l'alcool ou la drogue, tels que des sédatifs, des analgésiques ou des antituberculeux
 - ▶ Problèmes sociaux résultant de la consommation d'alcool ou de drogues :
 - Problèmes financiers ou juridiques
 - Avez-vous déjà connu des problèmes d'argent ou avez-vous enfreint la loi en raison de votre consommation d'alcool ou de drogues ?
 - Problèmes professionnels
 - Avez-vous déjà perdu un emploi ou mal exécuté un travail en raison de votre consommation d'alcool ou de drogues ?
 - Difficultés à s'occuper d'enfants ou d'autres personnes à charge
 - Avez-vous déjà trouvé difficile de vous occuper de vos enfants/votre famille en raison de votre consommation d'alcool ou de drogues ?
 - ▶ Violence envers autrui
 - Avez-vous déjà blessé quelqu'un lorsque vous aviez pris de l'alcool ou de la drogue ?
 - ▶ Problèmes conjugaux/de couple
 - Votre consommation d'alcool ou de drogues a-t-elle déjà créé des problèmes au sein de votre couple ?
- » Réaliser un rapide **examen physique** général pour rechercher les signes d'une consommation chronique d'alcool ou de drogues
 - ♦ Hémorragie digestive
 - ▶ douleurs abdominales
 - ▶ sang dans les vomissures
 - ▶ sang dans les selles ou selles noires
 - ♦ Maladie du foie
 - ▶ Grave : ictère, ascite*, foie et rate agrandis et durcis, encéphalopathie hépatique*
 - ♦ Malnutrition, perte de poids sévère
 - ♦ Signes d'infections associées à l'usage de drogues (par ex. VIH, hépatite B ou C, infections cutanées du site d'injection ou tuberculose).
- » Évaluer à **la fois** la consommation nocive d'alcool et celle de drogues chez le même individu car les deux se produisent fréquemment ensemble.

Programme de prise en charge basique

1. Prendre en charge les effets nocifs de la consommation d'alcool ou de drogues

- » Dispenser les **soins médicaux** nécessaires au traitement des conséquences physiques de la consommation nocive d'alcool et de drogues.
- » Prendre en charge tous les **troubles mentaux concomitants**, comme le trouble dépressif modéré à sévère, l'ESPT et la psychose (>> **DEP, ESPT, PSY**).
- » Traiter les **conséquences sociales urgentes** (se mettre par exemple en rapport avec les services de protection en cas de maltraitance, comme de la violence sexiste).

2. Évaluer la motivation de la personne à arrêter ou réduire sa consommation d'alcool ou de drogues

- » Déterminer si la personne considère sa consommation d'alcool ou de drogues comme un problème et si elle est prête à faire quelque chose à ce sujet.
 - ♦ Pensez-vous avoir un problème avec l'alcool ou la drogue ?
 - ♦ Avez-vous pensé à arrêter ou à réduire votre consommation d'alcool ou de drogue ?
 - ♦ Avez-vous déjà essayé d'arrêter ou de réduire votre consommation d'alcool ou de drogue ?

3. Motiver la personne à arrêter ou réduire sa consommation d'alcool ou de drogues

- » Entamer un **bref discours motivant** sur la nocivité de la consommation d'alcool ou de drogues :
 - ♦ Poser à la personne des questions sur les **avantages qu'elle croit tirer** et les **dangers** de cette consommation. Ne pas porter de jugement mais essayer de comprendre ce qui motive la personne à consommer de tels produits.
 - ▶ Quel type de plaisir tirez-vous de votre consommation d'alcool ou de drogue ?
 - ▶ Voyez-vous des aspects négatifs liés à cette consommation ?
 - ▶ Avez-vous déjà regretté de consommer de l'alcool ou de la drogue ?
 - ♦ **Remettre en question** tout avantage exagéré que la personne croit tirer de sa consommation d'alcool ou de drogue. Ainsi, si la personne prend de l'alcool ou de la drogue pour oublier ses problèmes, dire :
 - ▶ Oublier le problème est-il la bonne solution ? Cela va-t-il le faire disparaître ?
 - ♦ **Mettre en avant** certains des aspects négatifs de la consommation d'alcool et de drogue pouvant avoir été sous-estimés par la personne.
 - ▶ Combien dépensez-vous d'argent pour vous procurer de l'alcool ou de la drogue ? Par semaine ? Par mois ? Par an ? Que pourriez-vous faire d'autre avec cette somme ?
- ♦ Fournir des informations supplémentaires sur les effets nocifs de l'alcool et de la drogue, tant à court qu'à long terme.
 - ▶ L'alcool et la drogue peuvent provoquer de graves problèmes de santé physique et mentale, notamment des blessures et une dépendance.
- ♦ **Reconnaître** qu'il est difficile d'arrêter l'alcool ou la drogue. Faire comprendre à la personne que nous voulons l'aider. Encourager les gens à *décider d'eux-mêmes* si arrêter l'alcool ou la drogue est une bonne idée.
- ♦ Si la personne n'est pas prête à arrêter ou à réduire l'alcool ou la drogue, respecter sa décision. Demander à la personne de revenir un autre jour pour en parler.
- » **Répéter** le discours motivant décrit précédemment sur plusieurs séances.

4. Discuter des divers moyens de réduire ou d'arrêter la consommation nocive

- » Discuter des stratégies suivantes :
 - ♦ Ne pas garder d'alcool ou de drogue à la maison.
 - ♦ Ne pas se rendre à des endroits où les gens risquent de consommer de l'alcool ou de la drogue.
 - ♦ Demander le soutien des aidants et amis.
 - ♦ Demander aux aidants d'accompagner la personne aux visites de suivi.
 - ♦ Encourager les activités sociales sans alcool ou drogue.
 - » Envisager, si possible, une orientation vers un groupe d'entraide pour les personnes souffrant de dépendance à l'alcool ou à la drogue.
 - » Si la personne accepte d'arrêter de consommer de l'alcool ou de la drogue, l'informer de la possibilité de connaître des symptômes de sevrage (pendant moins d'une semaine). Décrire ces symptômes (comme de l'anxiété et de l'agitation après un sevrage aux opiacés, aux benzodiazépines et à l'alcool). Conseiller à la personne de revenir à la clinique si les symptômes sont prononcés.

5. Apporter un soutien psychosocial tel que décrit dans les *Principes de réduction du stress et de renforcement du soutien social* (>> *Principes généraux de soins*)

- » S'occuper des facteurs de stress psychosociaux actuels.
- » Enseigner des techniques de gestion du stress.
- » Renforcer le soutien social.

6. Proposer un suivi régulier

- » Continuer d'apporter un soutien, de discuter et de travailler avec la personne et les aidants sur la possibilité de réduire ou d'arrêter l'alcool ou la drogue.
- » Programmer et tenir des séances régulières de suivi (>> *Principes de prise en charge dans Principes généraux de soins*).



Encadré SUB 1 Évaluation et prise en charge du sevrage alcoolique à risque vital

Motifs de consultation typiques d'un individu en sevrage alcoolique à risque vital

- » Agitation, anxiété profonde
- » Confusion ou hallucinations* (lorsque le sujet entend, voit ou ressent des choses qui n'existent pas)
- » Convulsions/crises convulsives
- » Augmentation de la pression artérielle (par ex. plus de 180/100 mm Hg) et/ou du rythme cardiaque (par ex. plus de 100 bpm).

Évaluation du sevrage alcoolique à risque vital

Évaluation - Question 1 : S'agit-il de sevrage alcoolique ?

- » **Écarter et prendre en charge les autres causes** pouvant expliquer les symptômes, notamment :
 - ♦ paludisme, VIH/SIDA, autres infections, traumatisme crânien, trouble métabolique* (par ex. hypoglycémie*, hyponatrémie*), encéphalopathie hépatique, hyperthyroïdie*, AVC, consommation de drogue (par ex. amphétamines), antécédents connus de psychose et antécédents connus d'épilepsie.
- » Si les causes précédentes sont écartées, se renseigner sur la **consommation d'alcool** en posant des questions à la personne et aux aidants :
 - ♦ La personne boit-elle de l'alcool ?
 - ♦ Quand en a-t-elle consommé pour la dernière fois ?
 - ♦ Quelle quantité boit-elle généralement ?
- » Le sevrage alcoolique est vraisemblable si les symptômes sont apparus suite à l'arrêt d'une consommation régulière/intensive d'alcool. Il se produit généralement 1 à 2 jours après le dernier verre.
 - ♦ Si la personne souffre de crises convulsives ou d'hallucinations et si le sevrage alcoolique n'est pas suspecté, rechercher les signes d'épilepsie (>> *EPI*) ou de psychose (>> *PSY*).

Évaluation - Question 2 : Si la personne est en état

de sevrage alcoolique, s'agit-il d'un sevrage alcoolique à risque vital ?

- » Évaluer les **signes de risque vital** :
 - ♦ Convulsions/crises convulsives (généralement sous 48 heures)
 - ♦ Signes de délire* (généralement sous 96 heures)
 - ▶ confusion aiguë, désorientation
 - ▶ hallucinations
- » Évaluer si la personne présente un **risque élevé de développer un sevrage alcoolique à risque vital** (convulsions ou délire) dans les 1 à 2 jours suivants :
 - ♦ Antécédents de sevrage alcoolique à risque vital (convulsions ou délire) ou
 - ♦ Symptômes de sevrage actuels prononcés :
 - ▶ forte agitation, forte irritabilité, profonde anxiété
 - ▶ transpiration excessive, tremblement des mains
 - ▶ augmentation de la pression artérielle (par ex. plus de 180/100 mm Hg) et/ou du rythme cardiaque (par ex. plus de 100 bpm).



En cas de soupçon de délire dû au sevrage alcoolique, appliquer le plan d'intervention d'urgence pour le sevrage alcoolique à risque vital (voir ci-après) et organiser le transfert accompagné vers l'hôpital le plus proche.

Plan d'intervention d'urgence pour le sevrage alcoolique à risque vital

1. Traiter immédiatement le sevrage alcoolique avec du diazépam (>> *Tableau SUB 1*)

- » La dose du traitement par diazépam dépend de la tolérance* de l'individu au diazépam, de la sévérité des symptômes de sevrage et de la présence de troubles physiques concomitants.
 - ♦ Ajuster la dose en fonction des effets observés. La dose adaptée est celle produisant une sédation légère.
 - ▶ Une dose trop élevée peut provoquer une hypersédation et une dépression respiratoire. Surveiller fréquemment la fréquence respiratoire et le niveau de sédation (la somnolence, par exemple) de l'individu.
 - ▶ Une dose trop faible expose l'individu à un risque de crises convulsives/délire.
- » Surveiller fréquemment les symptômes de sevrage (toutes les 3 à 4 heures). Continuer à utiliser du diazépam jusqu'à ce que les symptômes disparaissent (généralement sous 3 à 4 jours, sans dépasser 7 jours).
- » En cas de crise convulsive de sevrage, NE PAS administrer de médicaments antiépileptiques. Continuer à utiliser du diazépam.
- » Les symptômes de **délire**, comme la confusion, l'agitation ou les hallucinations, peuvent persister plusieurs semaines après disparition des autres symptômes de sevrage alcoolique. Dans ce cas, envisager d'utiliser des **antipsychotiques** comme de l'**halopéridol** 2,5–5 mg oralement jusqu'à 3 fois par jour jusqu'à ce que la confusion, l'agitation ou les hallucinations s'améliorent. Dans certains cas, plusieurs semaines peuvent être nécessaires pour que les hallucinations et la confusion disparaissent. Ne pas sédaté trop profondément.

- » Si possible, instaurer un environnement calme, non stimulant et bien éclairé. Essayer de toujours laisser un peu de lumière, même la nuit pour empêcher toute chute si la personne décide de se lever au milieu de la nuit. Envisager de placer la personne sur un matelas au sol pour éviter toute blessure. Si possible, demander à l'aider de rester avec la personne et de la surveiller. Si possible, éviter les dispositifs de contention.

2. Prendre en charge la malnutrition

- » Administrer de la vitamine B1 (thiamine) 100 mg/jour oralement pendant 5 jours.
- » Évaluer et traiter la malnutrition.

3. Maintenir l'hydratation

- » Si possible, débiter une hydratation par intraveineuse.
- » Encourager la prise de liquides par voie orale (au moins 2 à 3 litres/jour).

4. Lorsque le sevrage à risque à risque vital est terminé, procéder à l'évaluation et la prise en charge de la consommation nocive d'alcool et de drogues (voir le corps du texte de ce module)

Tableau SUB 1 : utilisation du diazépam pour le sevrage alcoolique à risque vital

| | Diazépam ^a |
|--|--|
| Posologie initiale | 10–20 mg jusqu'à 4 fois/jour pendant 3 à 7 jours |
| Posologie ultérieure | Diminuer progressivement la dose et/ou la fréquence dès que les symptômes s'améliorent. Surveiller fréquemment, car chaque individu réagit différemment à ce médicament. |
| Voie | Orale |
| Effets secondaires sévères (rares) | Dépression respiratoire*, altération grave de la conscience Attention : surveiller fréquemment la fréquence respiratoire et le niveau de sédation |
| Effets secondaires courants | Somnolence, amnésie, altération de la conscience, faiblesse musculaire Attention : ne pas administrer de nouvelle dose si la personne est somnolente |
| Précautions pour les populations particulières | Utiliser un quart à la moitié de la dose recommandée chez le sujet âgé Ne pas utiliser chez les individus souffrant de problèmes respiratoires |

^aDisponible dans le Kit sanitaire d'urgence interinstitutions (OMS, 2011)

Les troubles mentaux, la détresse émotionnelle aiguë et le désespoir sont courants dans les contextes humanitaires. Ces problèmes peuvent mener au *suicide** ou à des actes *autoagressifs**.

Certains professionnels de la santé craignent, à tort, que parler de suicide va inciter l'individu à commettre une tentative de suicide. Au contraire, en parler diminue souvent l'anxiété de l'individu concernant ses idées suicidaires, l'aide à se sentir compris et donne l'occasion d'approfondir le sujet.

Les adultes et les adolescents atteints de l'un des troubles mentaux, neurologiques ou liés à la consommation de substances psychoactives (MNS) couverts dans ce guide présentent un risque d'actes suicidaires ou autoagressifs.

Motifs de consultation typiques d'un individu présentant un risque suicidaire ou autoagressif

Sentiment de détresse ou de bouleversement extrême

Tristesse ou désespoir profond

Antécédents de tentatives d'actes autoagressifs (tels qu'une intoxication aiguë par les pesticides, une overdose médicamenteuse, des automutilations).

Évaluation - Question 1 : Le sujet a-t-il récemment tenté de se suicider ou de commettre des actes autoagressifs ?

- » Évaluer les éléments suivants :
 - ♦ **Empoisonnement**, intoxication à l'alcool/aux drogues, overdose médicamenteuse ou autres actes autoagressifs
 - ♦ **Signes nécessitant un traitement médical urgent**
 - Saignement dû à une automutilation
 - Perte de conscience
 - Léthargie extrême

Évaluation - Question 2 : Y a-t-il un risque imminent de conduite autoagressive / suicidaire ?

- » Interroger le sujet et/ou ses aidants sur :
 - ♦ Les idées ou les projets de suicide (à l'heure actuelle ou au cours du mois passé)
 - ♦ Les actes autoagressifs au cours de l'année écoulée
 - ♦ L'accès à des moyens de suicide (tels que des pesticides, une corde, des armes, des couteaux, des médicaments prescrits ou des drogues).
- » Rechercher les signes de :
 - ♦ Désespoir ou détresse émotionnelle aiguë
 - ♦ Comportement violent ou agitation extrême
 - ♦ Repli sur soi-même ou réticence à communiquer.
- » Le sujet est considéré comme présentant un **risque imminent** d'actes suicidaires ou autoagressifs en cas :
 - ♦ **De présence d'idées**, de projets ou d'actes suicidaires, ou
 - ♦ **D'antécédents d'idées ou de projets** d'actes autoagressifs au cours du mois précédent ou d'actes en ce sens au cours de l'année écoulée chez un sujet qui est maintenant extrêmement agité, violent, en détresse ou non communicant.

Évaluation - Question 3 : Existe-t-il des troubles concomitants associés aux actes suicidaires ou autoagressifs ?

- » Évaluer et prendre en charge les troubles concomitants possibles :
 - ♦ Incapacité ou douleur chronique (due par exemple à des blessures récentes subies lors de l'urgence humanitaire)
 - ♦ Trouble dépressif modéré à sévère (>> **DEP**)
 - ♦ Psychose (>> **PSY**)
 - ♦ Consommation nocive d'alcool ou de drogues (>> **SUB**).
 - ♦ État de stress post-traumatique (>> **ESPT**).
 - ♦ Détresse émotionnelle aiguë (>> **STR, AFF, AUT**).

Encadré SUI 1 : Comment parler des actes suicidaires ou autoagressifs

1. Instaurer un climat sécurisant et intime pour que le sujet puisse se confier.

- » Ne pas porter de jugement sur les tendances suicidaires du sujet.
- » Proposer de parler avec le sujet seul ou avec d'autres personnes de son choix.

2. Employer une série de questions où chaque réponse mène naturellement à une autre question. Par exemple :

- » [Commencer par le présent] *Comment vous sentez-vous ?*
- » [Prendre en compte les sentiments du sujet] *Vous semblez triste/bouleversé. Nous pourrions en parler.*
- » *Comment imaginez-vous votre avenir ? Qu'en attendez-vous ?*
- » *Certaines personnes connaissant les mêmes problèmes m'ont dit qu'ils pensaient que la vie ne valait pas la peine d'être vécue. Vous couchez-vous le soir en souhaitant ne plus jamais vous réveiller ?*
- » *Avez-vous déjà pensé à vous faire du mal ?*
- » *Avez-vous déjà projeté d'en finir avec la vie ?*
- » *Si oui, de quelle façon ?*
- » *Avez-vous les moyens d'en finir avec la vie ?*
- » *Avez-vous déjà pensé à quel moment le faire ?*
- » *Avez-vous déjà essayé de vous suicider ?*

3. Si le sujet a fait part d'idées suicidaires :

- » Conserver une attitude calme et prévenante.
- » Ne pas faire de fausses promesses.

Programme de prise en charge basique

1. Si le sujet a tenté de se suicider, dispenser les soins médicaux, la surveillance et le soutien psychosocial nécessaires

» Dispenser les soins médicaux :

- ♦ Traiter les personnes s'étant infligé des actes autoagressifs avec le même soin que les autres, en respectant leur intimité. Ne pas les punir.
- ♦ Traiter la blessure ou l'empoisonnement.
 - ▶ En cas d'intoxication aiguë aux pesticides, voir le document de l'OMS sur *la prise en charge clinique de l'intoxication aiguë par les pesticides* (OMS, 2008).
- ♦ En cas d'overdose à des médicaments prescrits, si un traitement reste nécessaire, le choisir le moins nocif possible. Si possible, prescrire le nouveau traitement pour de brèves périodes uniquement (par exemple, quelques jours à une semaine à la fois) pour prévenir toute nouvelle overdose.

» Surveiller continuellement le sujet tant qu'il reste un risque imminent de suicide (voir ci-après pour de plus amples renseignements).

- » Proposer un soutien psychosocial (voir ci-après pour de plus amples renseignements).
- » Consulter un spécialiste de la santé mentale, s'il y en a un de disponible.

2. S'il existe un risque imminent de conduite autoagressive ou suicidaire, surveiller et apporter un soutien psychosocial

» Surveiller le sujet :

- ♦ Instaurer un climat sécurisant et bienveillant pour le sujet. Éloigner tous les moyens possibles d'autoagression/suicide et, si possible, proposer une salle tranquille et séparée. Toutefois, ne pas laisser le sujet seul. Les aidants ou des membres du personnel doivent rester **en permanence** avec lui.
- ♦ D'une façon générale, NE PAS admettre ces individus dans les services de médecine générale afin de prévenir les actes de suicide. Le personnel hospitalier risque de ne pas être en mesure d'y surveiller suffisamment une personne suicidaire. Toutefois, si l'hospitalisation dans un service général est nécessaire pour la prise en charge des conséquences médicales d'un acte autoagressif, surveiller le sujet de près afin de prévenir une récurrence à l'hôpital.
- ♦ Quel que soit l'endroit, s'assurer que le sujet est surveillé 24h/24 jusqu'à ce que le risque imminent de suicide soit écarté.

» Offrir un soutien psychosocial :

- ♦ NE PAS commencer par proposer des solutions potentielles aux problèmes de l'individu. Essayer plutôt de lui redonner espoir. Par exemple :
 - ▶ *De nombreuses personnes ayant traversé des situations similaires (qui se sentaient désespérées, ou qui souhaitaient être mortes) ont ensuite découvert qu'il y avait de l'espoir, et leurs sentiments se sont améliorés avec le temps.*
- ♦ Aider le sujet à identifier des raisons de rester en vie.
- ♦ Rechercher ensemble des solutions aux problèmes.
- ♦ Mobiliser les aidants, des amis, d'autres individus de confiance et des ressources communautaires pour surveiller et soutenir le sujet en cas de risque imminent de suicide. Leur expliquer l'importance de surveiller le sujet 24h/24. S'assurer qu'ils disposent d'un plan concret et réalisable (par exemple, qui va surveiller le sujet à tel moment de la journée).
- ♦ Apporter un soutien psychosocial supplémentaire tel que décrit dans les *Principes de réduction du stress et de renforcement du soutien social* (>> **Principes généraux de soins**).
- » Consulter un spécialiste de la santé mentale, s'il y en a un de disponible.

3. Soutenir les aidants, conformément aux *Principes de réduction du stress et de renforcement du soutien social* (>> *Principes généraux de soins*)

4. Maintenir un contact et un suivi réguliers

» S'assurer qu'un programme concret est établi pour les consultations de suivi et que les aidants prennent la responsabilité d'assurer ce suivi (>> *Principes de prise en charge dans Principes généraux de soins*).

» Maintenir un contact régulier (par téléphone, SMS ou visites à domicile, par exemple) avec le sujet.

» Suivre fréquemment au début (par exemple, 1 fois par semaine les 2 premiers mois) puis diminuer la fréquence lorsque l'état du sujet s'améliore (toutes les 2 à 4 semaines).

» Assurer un suivi aussi longtemps que le risque de suicide persiste. Lors de chaque contact, évaluer systématiquement les idées et projets suicidaires.

Dans ce guide, nous avons abordé les principaux troubles MNS applicables aux contextes d'urgence humanitaire. Nous n'avons toutefois pas couvert tous les troubles de santé mentale possibles. Ce module a donc pour objet de fournir des conseils de base sur la prise en charge initiale des adultes, des adolescents et des enfants atteints de problèmes de santé mentale que ce guide n'aborde pas ailleurs.

Les autres troubles de santé mentale comprennent :

(a) divers symptômes physiques sans cause physique

(b) des changements d'humeur et de comportement préoccupants mais qui ne remplissent pas totalement les critères des troubles couverts par les autres modules de ce guide.

Il peut notamment s'agir d'un trouble dépressif *léger* ou de divers troubles subcliniques.

Ces autres troubles de santé mentale sont considérés comme *importants* lorsqu'ils entravent les activités quotidiennes ou lorsque l'individu recherche de l'aide pour y faire face.

Évaluation - Question 1 : Existe-t-il une cause physique pouvant totalement expliquer les symptômes ?

- » Procéder à un bilan physique général suivi par les examens médicaux appropriés.
- » Prendre en charge toute cause physique identifiée et vérifier de nouveau si les symptômes persistent.

Évaluation - Question 2 : S'agit-il d'un trouble MNS étudié dans un autre module du présent guide ?

- » Exclure :
 - ♦ **Les symptômes significatifs de stress aigu (>> STR)**
 - ▶ Caractéristiques essentielles :
 - le sujet a subi un événement potentiellement traumatisant au cours du mois passé
 - les symptômes sont apparus après cet événement
 - le sujet rencontre d'énormes difficultés à réaliser ses activités quotidiennes à cause des symptômes ou consulte en raison de ces derniers.
 - ♦ **Les symptômes significatifs d'affliction (>> AFF)**
 - ▶ Caractéristiques essentielles :
 - les symptômes sont apparus suite à une perte majeure
 - le sujet rencontre d'énormes difficultés à réaliser ses activités quotidiennes à cause des symptômes ou consulte en raison de ces derniers.
 - ♦ **Trouble dépressif modéré à sévère (>> DEP)**
 - ▶ Caractéristiques essentielles (pendant 2 semaines au minimum) :
 - humeur dépressive persistante
 - nette diminution de l'intérêt ou du plaisir dans les activités, notamment celles appréciées précédemment
 - le sujet rencontre d'énormes difficultés à réaliser ses activités quotidiennes à cause des symptômes.
 - ♦ **État de stress post-traumatique (>> ESPT)**
 - ▶ Caractéristiques essentielles :
 - un événement potentiellement traumatisant s'est produit il y a plus d'un mois
 - cauchemars récurrents, flashbacks* ou souvenirs intrusifs* de l'évènement, accompagnés d'une réaction de peur intense ou d'horreur
 - évitement délibéré de tout ce qui rappelle l'évènement
 - sentiment exacerbé de menace permanente (état exagéré de préoccupation et de vigilance envers le danger ou réaction anormalement élevée aux bruits ou aux mouvements inattendus)
 - le sujet rencontre d'énormes difficultés à réaliser ses activités quotidiennes à cause des symptômes.
 - ♦ **Consommation nocive d'alcool ou de drogues (>> SUB)**
 - ▶ Caractéristiques essentielles :
 - consommation d'alcool ou de drogues nocive pour soi et/ou pour autrui.
 - ♦ **Actes autoagressifs/suicidaires (>> SUI)**
 - ▶ Caractéristiques essentielles :
 - réalisation d'actes autoagressifs ; idées ou projets de suicide, ou
 - idées, projets et actes récents autoagressifs chez un sujet qui est maintenant extrêmement agité, en détresse, réticent à communiquer ou renfermé.
- » Si l'un des troubles susmentionnés est suspecté, passer au module correspondant pour procéder à son évaluation et sa prise en charge.
- » **Si 1) les causes physiques sont exclues, 2) les troubles MNS susmentionnés sont exclus et 3) le sujet rencontre d'énormes difficultés à réaliser ses activités quotidiennes à cause des symptômes ou consulte en raison de ces derniers, il souffre alors d'un autre trouble important de santé mentale.**
- ♦ Il faut généralement plus d'une consultation plus exclure les causes physiques et les troubles MNS susmentionnés.

Évaluation - Question 3 : Si le sujet est un adolescent, existe-t-il un problème comportemental ?

- » Interroger l'adolescent et ses aidants pour évaluer les problèmes comportementaux persistants ou préoccupants. Quelques exemples :
 - ♦ Apparition de violence
 - ♦ Consommation de drogue
 - ♦ Harcèlement ou cruauté envers ses camarades
 - ♦ Vandalisme
 - ♦ Comportement sexuel à risque.
- » Si l'adolescent présente un problème comportemental, poser des questions supplémentaires sur :
 - ♦ Les facteurs de stress extrêmes de la vie actuelle ou passée de l'adolescent (abus sexuels, par exemple)
 - ♦ L'éducation des parents (discipline trop lâche ou trop dure, soutien émotionnel limité, surveillance limitée, troubles mentaux des aidants)
 - ♦ Ce que fait l'adolescent la plupart du temps. Poser les questions suivantes :
 - ▶ (si l'adolescent travaille ou va à l'école) *Que fais-tu de ton temps libre en dehors du travail/de l'école ? Pratiques-tu certaines activités régulières ?*
 - ▶ *Est-ce que tu t'ennuies souvent ? Que fais-tu lorsque tu t'ennuies ?*

Programme de prise en charge basique



NE PAS prescrire de médicaments pour traiter les « autres troubles importants de santé mentale » (sauf sur les conseils d'un spécialiste).
NE PAS donner d'injections de vitamines ou autres traitements inefficaces.

1. Dans tous les cas (si le sujet présente des problèmes émotionnels, physiques ou comportementaux), apporter un soutien psychosocial de base tel que décrit dans les *Principes de réduction du stress et de renforcement du soutien social* (>> *Principes généraux de soins*).

- » S'occuper des facteurs de stress psychosociaux actuels.
- » Enseigner des techniques de gestion du stress.
- » Renforcer le soutien social.

2. Lorsqu'aucun trouble physique n'est identifié pour expliquer un symptôme somatique, reconnaître la réalité de ce dernier et fournir des explications possibles.

- » NE PAS demander d'analyses en laboratoire ou d'autres examens supplémentaires, **sauf s'il existe une indication médicale claire** (par ex. des signes vitaux anormaux).
 - ♦ Le fait de demander des examens cliniques superflus risque de renforcer le sentiment du sujet qu'il existe un problème physique.
 - ♦ Les examens cliniques peuvent avoir des effets secondaires indésirables.
- » Informer le sujet qu'aucune maladie grave n'a été identifiée.

Lui communiquer les résultats cliniques normaux.

 - ♦ *Nous n'avons trouvé aucun problème physique grave. Je ne vois aucune raison de procéder à de nouveaux examens pour l'instant.*
- » Si le sujet insiste pour faire de nouveaux examens, envisager de dire :
 - ♦ *Il n'est pas souhaitable de réaliser des examens superflus car ils risquent de provoquer des effets secondaires et des soucis inutiles.*
- » **Reconnaître que les symptômes ne sont pas imaginaires** et qu'il reste important de traiter des symptômes à l'origine d'une importante détresse.
- » Demander au sujet sa **propre explication** de la cause des symptômes. Ceci peut permettre d'obtenir des indices sur leur cause, aider à bâtir une relation de confiance avec le sujet et faire en sorte que ce dernier accepte mieux la prise en charge.
- » Expliquer que le stress/la souffrance émotionnelle provoque souvent des réactions corporelles (maux de ventre, tensions musculaires, etc.). Discuter des liens potentiels entre le stress/les émotions du sujet et les symptômes.
- » Encourager la poursuite des activités quotidiennes (ou le retour progressif à ces dernières).
- » Appliquer également les *Principes de réduction du stress et de renforcement du soutien social* (>> *Principes généraux de soins*).

3. Si le sujet est un adolescent qui a des problèmes comportementaux

- » **Prendre le temps d'écouter** la propre perception du problème par l'adolescent (de préférence en présence des aidants).
- » Dispenser une **psychoéducation** à l'adolescent et à ses aidants. Expliquer les aspects suivants :
 - ♦ Les adolescents développent parfois des comportements à problèmes lorsqu'ils sont en colère, qu'ils s'ennuient, qu'ils sont anxieux ou tristes. Il faut continuer à s'occuper d'eux et les soutenir malgré leur comportement.
 - ♦ Les aidants doivent faire tout leur possible pour communiquer avec l'adolescent, même si cela est difficile.
 - ♦ Messages spécifiques à destination des aidants :
 - ▶ *Essayez d'identifier des activités positives et agréables que vous pourriez faire ensemble.*
 - ▶ *Faites preuve de constance concernant ce qui est permis et ce qui est interdit.*
 - ▶ *Félicitez ou récompensez l'adolescent en cas de bonne attitude et ne corrigez que ses comportements les plus problématiques.*
- ▶ *N'ayez jamais recours à de châtiments corporels. Félicitez ses bons comportements au lieu de punir les mauvais.*
- ▶ *N'affrontez jamais l'adolescent lorsque vous êtes très énervé. Attendez de retrouver votre calme*
- ♦ Points spécifiques à aborder avec l'adolescent :
 - ▶ Il existe des façons saines de répondre à l'ennui, au stress ou à la colère (par exemple en faisant des activités relaxantes, en pratiquant des activités physiques ou en s'engageant dans des activités communautaires).
 - ▶ Il peut être utile de confier à des personnes de confiance ses sentiments de colère, d'ennui, d'anxiété ou de tristesse.
 - ▶ La consommation d'alcool et d'autres substances psychoactives peut empirer les sentiments de colère et de dépression et doit donc être évitée.
- » Encourager la participation à :
 - ♦ Une éducation formelle/informelle
 - ♦ Des activités concrètes, utiles et d'intérêt commun (la construction d'abris, par exemple)
 - ♦ Des programmes sportifs structurés.
- » Appliquer également les *Principes de réduction du stress et de renforcement du soutien social* (>> *Principes généraux de soins*) à ces adolescents et à leurs aidants.

4. Suivi

- » Conseiller au sujet de revenir si les symptômes persistent, s'aggravent ou deviennent insupportables.
- » Si aucune amélioration n'est constatée ou si le sujet ou l'aidant insiste pour réaliser de nouveaux examens et obtenir un traitement, consulter un spécialiste.

1. Épilepsie/crises convulsives

Le sujet a présenté au moins deux épisodes convulsifs non attribuables à une cause apparente telle qu'une fièvre, une infection, une blessure ou un sevrage alcoolique. Ces épisodes sont caractérisés par une perte de connaissance avec tremblement des membres s'accompagnant parfois de blessures, d'incontinence fécale/urinaire et d'une morsure de la langue.

2. Alcoolisme et autres troubles liés à l'abus de substances psychoactives

Le sujet cherche à consommer de l'alcool, ou d'autres substances engendrant une dépendance, et a des difficultés à contrôler sa consommation. Les relations interpersonnelles, les performances professionnelles et la santé physique sont souvent altérées. Le sujet continue à consommer de l'alcool, ou d'autres substances engendrant une dépendance, en dépit de ses problèmes.

3. Déficience intellectuelle

Le sujet a un très faible niveau d'intelligence qui lui cause des problèmes dans la vie quotidienne. Dans l'enfance, il a présenté un retard d'apprentissage du langage. À l'âge adulte, il ne peut travailler que si les tâches sont simples. Le sujet est rarement capable de vivre de manière indépendante ou de s'occuper de lui-même et/ou de personnes à charge sans l'aide d'autres personnes. Lorsque la déficience est sévère, il peut avoir du mal à s'exprimer et à comprendre les autres, et peut avoir besoin d'une assistance permanente.

4. Troubles psychotiques (y compris le trouble maniaque)

Il arrive que le sujet entende ou voie des choses qui n'existent pas ou croie fermement à des choses qui ne sont pas vraies. Il peut parler tout seul, avoir un discours confus ou incohérent et une apparence inhabituelle. Il peut se négliger. Il peut aussi passer des phases de grande exaltation ou d'irritation, d'hyperénergie, de volubilité et d'insouciance. Il est considéré comme très bizarre (« fou ») par d'autres personnes de même culture. La psychose aiguë, la psychose chronique, le trouble maniaque et le délire font partie de cette catégorie.

5. Trouble émotionnel/dépressif modéré à sévère

Dans la vie quotidienne, le comportement du sujet est fortement entravé depuis plus de deux semaines par : a) une tristesse/une apathie insurmontable, et/ou b) une anxiété/une peur exagérée et incontrôlable. Les relations interpersonnelles, l'appétit, le sommeil et la concentration sont souvent altérés. Il peut se plaindre d'être très fatigué et se tenir socialement en retrait, restant souvent au lit la plus grande partie de la journée. Les pensées suicidaires sont fréquentes.

Cette catégorie comprend les individus présentant des formes invalidantes de dépression, des troubles anxieux et un état de stress post-traumatique (caractérisé par des symptômes de reviviscence, d'évitement et d'hypervigilance). Les formes plus légères de ces troubles sont classées dans la catégorie « Autres troubles psychologiques ».

6. Autres troubles psychologiques

Cette catégorie englobe les troubles liés aux émotions (par exemple humeur dépressive, anxiété), aux pensées (rumination, mauvaise concentration) ou au comportement (apathie, agressivité, évitement).

Le sujet semble être capable de s'acquitter de toutes ou de la plupart des activités quotidiennes normales. Ce dont il se plaint peut être le symptôme de troubles émotionnels de moindre gravité (par exemple des formes légères de dépression, de troubles anxieux ou d'un état de stress post-traumatique) ou correspondre à des problèmes normaux (c'est-à-dire sans véritable pathologie).

Critères d'inclusion : Cette catégorie sera appliquée uniquement a) si la personne demande de l'aide, b) si la personne ne fait pas partie de l'une des 5 catégories susmentionnées.

7. Troubles somatiques médicalement inexplicables

Entrent dans cette catégorie tous les troubles somatiques/physiques sans cause organique apparente.

Critères d'inclusion : Cette catégorie sera appliquée uniquement a) après avoir réalisé les examens physiques nécessaires, b) si la personne ne fait pas partie de l'une des 6 catégories susmentionnées, et c) si la personne demande de l'aide.

| | |
|--|--|
| Ascite | Accumulation anormale de liquide dans l'abdomen, pouvant avoir diverses origines. |
| Akathisie | Impression subjective de ne pouvoir tenir en place, souvent accompagnée de mouvements excessifs observables (par exemple mouvements agités des jambes, balancement d'un pied sur l'autre, besoin de faire les cent pas, incapacité à rester assis ou immobile). |
| Amphétamines | Groupe de drogues ayant un effet stimulant sur le système nerveux central. Elles peuvent accroître la vivacité d'esprit et le sentiment d'éveil. Elles peuvent être utilisées comme base du traitement de certains troubles de santé mais sont également utilisées comme drogues d'abus pouvant engendrer des hallucinations, un état dépressif et des effets cardiovasculaires. |
| Activation comportementale | Traitement psychologique visant à améliorer l'humeur en entreprenant de nouveau des activités spécifiques qui étaient autrefois appréciées, malgré la baisse actuelle de moral. Ce traitement peut être utilisé seul ou dans le cadre d'une thérapie cognitivo-comportementale. |
| Benzodiazépines | Famille de médicaments ayant des propriétés sédatives, anxiolytiques, anticonvulsives et myorelaxantes. |
| Troubles bipolaires | Troubles mentaux sévères caractérisés par l'alternance d'épisodes maniaques et dépressifs. |
| Aplasia médullaire | Affection de la moelle osseuse, pouvant provoquer des déficiences de la production de globules sanguins. |
| Cannabis | Nom générique des différentes parties du chanvre, dont sont tirés la marijuana, le haschich et l'huile de cannabis. Ces produits sont soit fumés soit ingérés pour produire de l'euphorie, une relaxation et une altération des perceptions. Ils peuvent réduire la douleur. Les effets nocifs comprennent la démotivation, l'agitation et la paranoïa. |
| Paralysie cérébrale | Trouble des capacités motrices et intellectuelles provoqué par des dommages permanents précoces du développement cérébral. |
| Cognition | Processus mentaux associés à la pensée. Ils comprennent le raisonnement, les souvenirs, le jugement, la résolution des problèmes et la planification. |
| Thérapie cognitivo-comportementale (TCC) | Traitement psychologique combinant des composantes cognitives (visant à penser différemment, par exemple en identifiant et en remettant en cause des idées négatives non réalistes) et des composantes comportementales (visant à faire les choses différemment, par exemple en aidant l'individu à entreprendre davantage d'activités gratifiantes). |
| Thérapie cognitivo-comportementale post-traumatique (TCC-PT) | Traitement psychologique reposant sur l'idée que les personnes en ESPT ont des pensées et des convictions inadéquates concernant un événement traumatique et ses conséquences. Ces pensées et convictions entraînent un évitement inutile de tout ce qui rappelle l'évènement et entretiennent un sentiment de menace permanente. Le traitement comprend généralement une thérapie d'exposition et une remise en question des pensées et convictions inadéquates concernant le traumatisme. |
| Réadaptation à base communautaire (RBC) | Ensemble d'interventions mises en place dans le cadre communautaire via une stratégie multisectorielle, en utilisant les institutions et les ressources communautaires disponibles. Ces interventions ont pour but de permettre la réadaptation en améliorant la qualité de vie des personnes handicapées et de leur famille, en répondant aux besoins de base et en assurant l'intégration et la participation des personnes. |
| Délire | État mental variable passager caractérisé par un trouble de l'attention (comme une capacité réduite à diriger, centrer, maintenir et détourner son attention) et de la conscience (comme une perception réduite de l'environnement), qui se développe sur un court laps de temps et a tendance à varier au cours de la journée. Cet état s'accompagne d'autres troubles de la perception, de la mémoire, de la pensée, des émotions ou des fonctions psychomotrices. Il peut résulter de causes organiques aiguës comme des infections, des traitements médicaux, des anomalies métaboliques, une intoxication à des substances psychoactives ou un sevrage à ces dernières. |
| Illusion | Conviction contraire aux preuves disponibles. Elle ne peut pas être modifiée par une argumentation rationnelle et n'est pas acceptée par les autres membres de la culture ou de la sous-culture de l'individu (c'est-à-dire qu'elle ne résulte pas de la foi religieuse). |
| Dépendance | Les personnes sont dépendantes d'une substance (drogues, alcool ou tabac) lorsqu'elles développent des symptômes cognitifs, comportementaux et physiologiques désagréables en son absence. Ces symptômes de manque les poussent à consommer de nouveau cette substance. Elles ne parviennent pas à contrôler leur consommation et continuent malgré les conséquences néfastes. |
| Pupilles dilatées/contractées | La pupille (partie noire de l'œil) est l'ouverture au centre de l'iris régulant la quantité de lumière pénétrant dans l'œil. Normalement, les pupilles se rétractent (rétrécissent) à la lumière pour protéger l'œil et se dilatent (s'élargissent) dans l'obscurité pour laisser pénétrer le maximum de lumière. Avoir des pupilles dilatées ou contractées peut être le signe que l'on est sous l'influence de drogue. |
| Trisomie 21 | Anomalie génétique provoquée par la présence d'un chromosome 21 supplémentaire. Elle s'accompagne de divers degrés de déficience intellectuelle, de retards de croissance physique et de traits caractéristiques du visage. |
| Interaction médicament-maladie | Situation où un médicament prescrit pour traiter une pathologie affecte un autre trouble de santé chez la même personne. |
| Interaction médicamenteuse | Situation où deux médicaments pris par la même personne interagissent l'un avec l'autre, modifiant les effets de l'un ou des deux médicaments. Les interactions peuvent réduire, amplifier ou accélérer les effets d'un médicament, ou avoir des effets toxiques. |
| Effets secondaires extrapyramidaux | Anomalies des mouvements musculaires, majoritairement provoquées par les médicaments antipsychotiques. Il peut s'agir de spasmes, de rigidité ou de tremblements musculaires et/ou d'akathisie. |
| Désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires (EMDR) | Traitement psychologique reposant sur l'idée que les pensées, les sentiments et les comportements négatifs découlent de souvenirs non assimilés d'évènements traumatisants. Le traitement utilise des procédures standardisées, impliquant notamment de se concentrer simultanément sur (a) les associations d'images, de pensées, d'émotions et de sensations corporelles traumatisantes, et (b) la stimulation bilatérale, généralement sous forme de mouvements oculaires répétitifs. |

¹⁰ Les termes du glossaire sont signalés par un astérisque* dans le texte.

¹¹ Les définitions opérationnelles données dans ce glossaire sont destinées uniquement à un usage dans le cadre et le contexte du *Guide d'intervention humanitaire mhGAP (GIH-mhGAP)* : *Prise en charge clinique des troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives dans les situations d'urgence humanitaire* (OMS et UNHCR, 2015).

| | |
|---|---|
| Flashback | Épisode au cours duquel la personne pense et agit momentanément comme si elle était revenue au moment de l'évènement, le vivant à nouveau. Les personnes connaissant des flashbacks perdent brièvement contact avec la réalité, généralement pendant quelques secondes ou minutes. |
| Hallucination | Perception erronée de la réalité, lorsque la personne entend, voit, ressent, sent ou goûte des choses qui n'existent pas. |
| Encéphalopathie hépatique | État mental anormal (comprenant notamment somnolence, confusion ou coma) provoqué par un dysfonctionnement hépatique. |
| Hyperthyroïdie | Trouble dans lequel la glande thyroïde produit et sécrète des quantités excessives d'hormones thyroïdiennes. Certains des symptômes de ce trouble, comme le délire, les tremblements, l'hypertension artérielle et l'accélération du rythme cardiaque, peuvent être confondus avec le sevrage alcoolique. |
| Hyperventilation | Respiration anormalement rapide, provoquant une hypocapnie (manque de CO ₂ dans le sang). Elle peut produire des symptômes caractéristiques de fourmillements ou de picotements au bout des doigts et autour de la bouche, une douleur dans la poitrine et des vertiges. |
| Hypoglycémie | Concentration anormalement faible de glucose (sucre) dans le sang. |
| Hyponatrémie | Concentration anormalement faible de sodium (sel) dans le sang. |
| Hypothyroïdie | Activité anormalement faible de la glande thyroïde. Chez l'adulte, elle peut se manifester sous divers symptômes comme fatigue, léthargie, prise de poids et idées noires, pouvant alors passer pour de la dépression. Si elle est présente à la naissance et non traitée, elle peut provoquer une déficience intellectuelle et un retard de croissance. |
| Thérapie interpersonnelle (TIP) | Traitement psychologique orienté vers le lien entre symptômes dépressifs et problèmes interpersonnels, notamment ceux dus à une perte, un conflit, un isolement et des changements majeurs de vie. |
| Souvenirs intrusifs | Souvenirs récurrents, involontaires et douloureux d'un événement traumatisant. |
| Carence en iode | État se produisant lorsque le corps ne dispose pas de la quantité suffisante d'iode pour la production normale d'hormones thyroïdiennes, affectant la croissance et le développement. |
| Khat | Feuilles de l'arbuste <i>Catha edulis</i> , contenant une substance stimulante. Il s'agit d'une drogue à la fois récréative et d'abus, pouvant créer une dépendance. |
| Retournement en bloc | Manœuvre permettant de tourner une personne d'un côté à l'autre sans courber son cou ni son dos, afin d'éviter toute atteinte de la moelle épinière. |
| Paralysie médicalement inexpliquée | Perte totale ou partielle de force dans l'une des parties du corps sans cause organique identifiable. |
| Syndrome méningé | Inflammation des membranes tapissant le cerveau et la moelle épinière, généralement due à une infection. |
| Trouble métabolique | Anomalie au niveau des hormones, des minéraux, des électrolytes ou des vitamines du corps. |
| Deuil | Processus par lesquels une personne endeuillée fait ses adieux et commémore le défunt, tant en privé qu'en public. Le deuil implique généralement des rituels (comme des funérailles) et des comportements coutumiers (comme changer de vêtements, rester à la maison ou jeûner). |
| Infection du système nerveux : | Infection impliquant le cerveau et/ou la moelle épinière. |
| Syndrome neuroleptique malin | Pathologie rare mais potentiellement mortelle, provoquée par des médicaments antipsychotiques et se caractérisant par de la fièvre, un délire, une rigidité musculaire et une hypertension artérielle. |
| Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) | Groupe de médicaments utilisés pour supprimer l'inflammation. Ils sont souvent utilisés pour soulager la douleur (par exemple, l'ibuprofène est un AINS). |
| Opiacé | Stupéfiant dérivé du pavot à opium. Les opiacés sont des antalgiques très efficaces mais pouvant engendrer une dépendance. L'héroïne est un opiacé. |
| Hypotension orthostatique | Chute soudaine de la pression artérielle pouvant se produire lorsque l'on passe de la position couchée ou assise à la position debout, provoquant généralement une sensation d'étourdissements ou de vertiges. Elle ne met pas en danger la vie des individus. |
| Polythérapie | Traitement médicamenteux comprenant plusieurs médicaments différents pour la même pathologie. |
| Évènement potentiellement traumatisant | Tout évènement de nature menaçante ou atroce, comme de la violence physique ou sexuelle, l'exposition à des atrocités, la destruction du foyer d'une personne ou des accidents ou blessures graves. Ces évènements seront vécus comme traumatisants ou non en fonction de la réponse émotionnelle de la personne. |
| Counselling par résolution de problèmes | Traitement psychologique impliquant l'usage systématique de techniques d'identification et de résolution de problèmes sur plusieurs séances. |
| Techniques de résolution de problèmes | Techniques impliquant de travailler avec une personne pour trouver des solutions et des stratégies de résolution de problèmes identifiés, de classer ces derniers par ordre de priorité et de discuter de la façon d'appliquer ces solutions et stratégies. Dans le mhGAP, l'expression « counselling par résolution de problèmes » est utilisée lorsque ces techniques sont employées systématiquement sur plusieurs séances. |
| Crise pseudo-convulsive | Épisode ressemblant à une crise d'épilepsie mais qui n'en est pas une. Ces épisodes peuvent ressembler à des crises d'épilepsie en termes d'altération de la conscience et des mouvements, mais les morsures de la langue, les blessures graves dues aux chutes et l'incontinence urinaire/fécale y sont rares. Ces épisodes ne présentent pas la même activité électrique que les crises d'épilepsie. Les symptômes ne sont pas dus à un trouble neurologique ni aux effets directs d'une substance psychoactive ou d'un médicament. Dans la proposition de CIM-11, ces épisodes sont classés comme un trouble moteur dissociatif. |
| Premiers secours psychologiques (PSP) | Premiers soins apportés à des individus en détresse venant d'être exposés à une crise : évaluation des préoccupations et besoins immédiats, prise en charge des besoins physiques de base immédiats, apport ou mobilisation d'un soutien social, protection contre tout nouveau danger. |
| Comportement régressif | Comportement inapproprié au stade de développement d'un enfant mais qui correspondrait à celui d'un enfant plus jeune. L'énurésie et le comportement accaparant en sont des exemples courants. |
| Dépression respiratoire | Fréquence respiratoire trop lente, provoquant un manque d'oxygène. Les lésions cérébrales et l'intoxication (par exemple due aux benzodiazépines) font partie des causes courantes. |

| | |
|--------------------------------------|--|
| Crise convulsive | Épisode de dysfonctionnement cérébral dû à des décharges électriques anormales. |
| Actes autoagressifs | Empoisonnement ou blessure que l'on s'inflige intentionnellement, dont l'intention ou l'issue peut être mortelle ou pas. |
| Automédication | Alcool, drogues ou médicaments (y compris prescrits) que l'on s'administre soi-même pour atténuer des problèmes physiques ou psychologiques sans consulter un professionnel de la santé. |
| Sepsis | Trouble potentiellement mortel provoqué par une infection grave, notamment caractérisé par de la fièvre, une interruption du système circulatoire et un dysfonctionnement des organes. |
| Choc | Effondrement du système circulatoire à cause d'une infection ou d'autres toxines, faisant chuter la pression sanguine à un niveau fatal. Il se caractérise par une pression sanguine faible ou indécélable, une peau froide, un pouls faible ou absent, une respiration difficile et une altération de la conscience. |
| ISRS | Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine : catégorie d'antidépresseurs qui bloquent de façon sélective la recapture de la sérotonine. La sérotonine est un messager chimique (neurotransmetteur) du cerveau affectant l'humeur d'une personne. La fluoxétine est un ISRS. |
| Stéroïdes | Groupe d'hormones disponible comme médicament ayant des fonctions importantes comme la suppression des réactions inflammatoires aux infections, aux toxines et à d'autres troubles de l'immunité. Les glucocorticoïdes (prednisolone, par exemple) et les contraceptifs hormonaux sont des exemples de stéroïdes. |
| Syndrome de Stevens-Johnson | Maladie cutanée potentiellement mortelle caractérisée par une desquamation douloureuse, des ulcères, des cloques et des croûtes des tissus muco-cutanés comme la bouche, les lèvres, la gorge, la langue, les yeux et les organes génitaux, parfois accompagnés de fièvre. Elle est souvent provoquée par une réaction sévère aux médicaments, notamment les antiépileptiques. |
| Suicide | Acte délibéré de mettre fin à sa propre vie. |
| ATC | Antidépresseurs tricycliques : catégorie de médicaments antidépresseurs bloquant la recapture des neurotransmetteurs noradrénaline et sérotonine. L'amitriptyline et la clomipramine en sont des exemples. |
| Tolérance | Diminution de l'effet d'une drogue prise à la même dose. Elle résulte de l'accoutumance du corps à cette drogue en raison de sa consommation continue. Des doses supérieures sont alors nécessaires pour produire le même effet. |
| Épidermolyse bulleuse toxique | Desquamation cutanée potentiellement mortelle généralement due à une réaction à un médicament ou à une infection. Similaire au syndrome de Stevens-Johnson, elle est toutefois plus grave. |
| Tramadol | Opioïde prescrit pour alléger la douleur. Il est parfois détourné de son usage car il peut provoquer des sensations d'euphorie (impression de « planer » ou de joie intense). |
| Tremblements | Mouvements de tremblements ou secousses, généralement des doigts. |
| Urosepsis | Sepsis provoqué par une infection de l'appareil urinaire |

Annexe 3 : Index des symptômes

| | |
|---|--|
| Anxiété | Stress aigu (STR) Trouble dépressif modéré à sévère (DEP) État de stress post-traumatique (ESPT) Psychose (PSY) Consommation nocive d'alcool et de drogues (SUB) |
| Problème d'appétit | Stress aigu (STR) Affliction (AFF) Trouble dépressif modéré à sévère (DEP) |
| Énurésie | Stress aigu (STR) Déficience intellectuelle (DI) |
| Confusion | Psychose (PSY) Épilepsie/crises convulsives (EPI) Consommation nocive d'alcool et de drogues (SUB) |
| Illusions | Psychose (PSY) |
| Difficulté à assurer les activités habituelles | Stress aigu (STR) Affliction (AFF) Trouble dépressif modéré à sévère (DEP) État de stress post-traumatique (ESPT) Psychose (PSY) Déficience intellectuelle (DI) Consommation nocive d'alcool et de drogues (SUB) |
| Flashbacks | Stress aigu (STR) État de stress post-traumatique (ESPT) |
| Hallucinations | Psychose (PSY) Consommation nocive d'alcool et de drogues (SUB) |
| Désespoir | Affliction (AFF) Trouble dépressif modéré à sévère (DEP) Suicide (SUI) |
| Hyperventilation | Stress aigu (STR) |
| Incontinence | Épilepsie/crises convulsives (EPI) Déficience intellectuelle (DI) |
| Insomnie | Stress aigu (STR) Affliction (AFF) Trouble dépressif modéré à sévère (DEP) État de stress post-traumatique (ESPT) Consommation nocive d'alcool et de drogues (SUB) |
| Souvenirs intrusifs | Stress aigu (STR) Affliction (AFF) État de stress post-traumatique (ESPT) |
| Irritabilité | Stress aigu (STR) Affliction (AFF) Trouble dépressif modéré à sévère (DEP) État de stress post-traumatique (ESPT) Consommation nocive d'alcool et de drogues (SUB) |
| Trouble de l'apprentissage | Déficience intellectuelle (DI) |
| Manque d'énergie | Affliction (AFF) Trouble dépressif modéré à sévère (DEP) |
| Manque d'intérêt, de plaisir | Stress aigu (STR) Affliction (AFF) Trouble dépressif modéré à sévère (DEP) |
| Hygiène insuffisante | Psychose (PSY) Déficience intellectuelle (DI) Consommation nocive d'alcool et de drogues (SUB) |

| | |
|--|--|
| Baisse de la concentration | Stress aigu (STR) Affliction (AFF) Trouble dépressif modéré à sévère (DEP) État de stress post-traumatique (ESPT) Consommation nocive d'alcool et de drogues (SUB) |
| Tristesse | Affliction (AFF) Trouble dépressif modéré à sévère (DEP) |
| Crises convulsives, convulsions | Épilepsie/crises convulsives (EPI) Consommation nocive d'alcool et de drogues (SUB) |
| Actes autoagressifs | Suicide (SUI) |
| Isolement social | Stress aigu (STR) Affliction (AFF) Trouble dépressif modéré à sévère (DEP) Psychose (PSY) |
| Symptômes physiques inexplicables | Stress aigu (STR) Affliction (AFF) Trouble dépressif modéré à sévère (DEP) État de stress post-traumatique (ESPT) |



Organisation
mondiale de la Santé



UNHCR

United Nations High Commissioner for Refugees
Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés

Dans tout établissement de santé générale en situation d'urgence humanitaire, au moins un membre encadré du personnel soignant devrait être en mesure d'évaluer et de prendre en charge les troubles mentaux, neurologiques et liés à la consommation de substances psychoactives.

Le *Guide d'intervention humanitaire mhGAP (GIH-mhGAP)* est une ressource simple et pratique pour atteindre cet objectif.



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

