

Psychiatres Réseau Mondial de Formation
Un organisme à but non-lucratif

AIDE-MÉMOIRE



GUIDE DE LA SANTÉ MENTALE

DANS LES ZONES OÙ LES RESSOURCES EN SANTÉ MENTALE SONT LIMITÉES

Dr. Pamela Smith

Guide d'aide-mémoire en santé mentale pour les zones où
les ressources en santé mentales sont limitées.

Première édition 2010

Droits d'auteur © 2010 par Pamela Smith

Des efforts ont été mis en oeuvre afin de confirmer l'exactitude de l'information présentée, et afin de décrire les pratiques généralement acceptées. Toutefois, l'auteur n'est pas responsable des erreurs ou des omissions, ou de toutes conséquences entraînées par l'application de l'information contenue dans ce document, et n'offre aucune garantie, expresse ou tacite, du niveau de mise à jour, de la complétude ou de l'exactitude du contenu. L'application de cette information dans le cadre d'une situation particulière demeure la responsabilité du praticien ou du prestataire de soins de santé.

Publication indépendante. Pamela Smith, MD/Psychiatres Réseau Mondial de Formation. Veuillez acheminer vos requêtes à: info@pgtn.org.

À PROPOS DE L'AUTEUR

Pamela Smith, MD. Dr Smith a complété une formation spécialisée en psychiatrie à New York, au Presbyterian University Hospital of Columbia & Cornell et à ensuite oeuvré au sein de la faculté de l'UCLA Medical School en tant qu'enseignante clinique adjointe. Elle a travaillé en aide humanitaire internationale en offrant un soutien en santé mentale à des individus vivant avec le VIH/SIDA en Ouganda, aux survivants du tsunami en Indonésie et au Sri Lanka, et aux réfugiés des conflits en Irak et au Darfour. Le Dr. Smith a participé à la coordination de projets auprès d'organisations et d'agences incluant l'AIDS Healthcare Foundation (AHF), l'International Medical Corps (IMC), l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'UNICEF, et l'United Nations High Commission for Refugees (UNHCR). De plus, elle a fait partie du comité de révision par les pairs des Nations Unies/ de l'Inter-Agency Standing Committee Mental Health Task Force, pour le développement de lignes directrices internationales pour les interventions en santé mentale, lors de secours d'urgence au sinistrés. Le Dr Smith a aussi fourni des services cliniques aux communautés à ressources limitées en milieux urbains et ruraux des États-Unis, et a travaillé pour l'U.S. Indian Health Services (IHS), offrant des services de santé mentale aux amérindiens.

REMERCIEMENTS

Un merci spécial à Aleksandra Bajic, PharmD et Whitney A. Relf, MA .

TABLE DES MATIÈRES

Introduction p. 7

Éléments d'évaluation de santé mentale p. 9

Trouble anxieux p. 11

Dépression majeure p. 17

Trouble bipolaire (manie-dépression) p. 19

Troubles psychotiques p.21

Délire & démence p.23

Plaintes & symptômes physiques inexpliqués p.25

Abus d'alcool ou d'autres drogues p.27

Epilepsie p. 29

Situations de crise (VSFS/violence sexuelle ou fondée sur le sexe; agitation/comportement agressif; suicide); catastrophes/d'urgences p. 33

Problèmes chez les adolescents p. 37

Problèmes chez les enfants p. 39

Perte d'êtres chers & deuil p. 43

Groupes d'entraide p. 53

Guide de médication psychiatrique (pour prescripteurs autorisés) p.59

Médications pour schizophrénie/conditions psychotiques
p.63

Médications pour dépression majeure p. 67

Médications pour manie & trouble bipolaire p. 69

Médications pour conditions reliées à l'anxiété p.71

Médications pour agitation/comportement agressif p. 73

Medications pour epilepsie p. 75

Références p. 77

INTRODUCTION

Objectif du guide

Ce guide est conçu pour être utilisé en tant qu'aide-mémoire pratique et rapide présentant les concepts de base et les interventions pratiques en matière de conditions et de problèmes de santé mentale. Il a été élaboré pour aider les praticiens généralistes et les travailleurs du domaine de la santé dans les zones où l'accès aux psychiatres et aux autres professionnels de la santé mentale est limité ou inexistant. Il ne vise pas à être un substitut aux textes, à la formation, à la supervision ou à la consultation psychiatriques auprès de spécialistes de la psychiatrie.

Les différences en matières de croyances et de pratiques culturelles peuvent influencer la façon dont ce guide est utilisé ainsi que sa portée, selon les praticiens individuels au sein des diverses régions. De plus, une approche allopathique (occidentale) est mise de l'avant. Les soins de santé mentale allopathiques peuvent être décrits comme étant un système de soin au sein duquel le personnel a été formé en science médicale, en science du comportement, en psychothérapie et qui offre des services aux patients hospitalisés, dans les cliniques de soins externes, et dans d'autres installations communautaires. Cette approche représente une seule des méthodes pour l'offre de soins de santé mentale. D'autres méthodes ou systèmes de soins pourraient s'avérer plus pertinents ou adaptés dans diverses régions et cultures.

ÉLÉMENTS D'ÉVALUATION DE SANTÉ MENTALE

A) Historique psychiatrique

- 1) Identification des données: nom, sexe, âge, lieu de résidence.
- 2) Motif de consultation: raison offerte par le patient pour la consultation.
- 3) Historique de maladie actuelle: historique relative au problème actuel.
- 4) Historique passé de santé mentale: problèmes antérieurs de santé mentale?
- 5) Historique familial de santé mentale: membres de la famille souffrant de problèmes de santé mentale?
- 6) Historique médical: problèmes médicaux? médication? allergies?
- 7) Historique de consommation: utilisation d'alcool ou de drogues? quelle quantité? à quelle fréquence?
- 8) Historique social: marié? enfants? travail? scolarité?

B) Examen de l'état mental (EEM)

(État mental du patient au moment de l'interview)

- 1) Apparence
- 2) Mouvement/comportement moteur (ex: tremblements, agitation, lenteur)
- 3) Parole (ex: rapide, incohérente)
- 4) Attitude
- 5) Humeur (ex: dépressif, irritable, manie)
- 6) Affect (expression faciale)
- 7) Contenu représentatif (délire, suicidaire)
- 8) Processus mental (suite d'idées illogiques)
- 9) Perception (hallucinations)
- 10) Jugement
- 11) Intuition
- 12) Cognition (orientation; mémoire; concentration; capacité de raisonnement; coordination visuelle/des mouvements).

TROUBLES ANXIEUX (DSM IV-TR)

Symptômes d'anxiété (sx = symptômes)

PHYSIQUES: mal de tête; tension musculaire; douleur abdominale; fatigue, engourdissement ; palpitations; tremblements; sueurs; souffle court; sursaut/hyper-vigilance

PSYCHOLOGIQUES: sentiment d'angoisse; sommeil, concentration ou désir sexuel affecté.

Types de troubles anxieux

1) Généralisé

Des sx d'anxiété excessive surviennent constamment

Trouble =sx se produisent plus de jours que non pour >6mois; interférence avec le fonctionnement.

2) Panique

Attaque soudaine, inattendue de sx d'anxiété

a) avec agoraphobie (peur d'un endroit/d'une situation dont il est difficile de s'échapper)

b) sans agoraphobie.

Trouble = attaques répétées avec apparition de 4 sx ou plus en 10 minutes; interférence avec le fonctionnement.

3) Obsessif-compulsif

Pensées répétitives, intrusives (obsessions) entraînant des sx d'anxiété + le besoin d'exécuter un comportement ritualiste (compulsion) afin de réduire les sx d'anxiété.

Trouble =sx prennent plus de 1 heure quotidiennement ou interfèrent avec le fonctionnement.

4) Phobie

Les sx d'anxiété surviennent lorsqu'il faut faire face à un objet ou à une situation spécifique et apeurant.

Trouble =sx interfèrent avec le fonctionnement.

5) Stress post-traumatique

Évènement traumatisant suivi d'une ré-expérience constante de l'évènement + sx d'anxiété.

Trouble =sx > 6 mois.

INTERVENTION

Si des symptômes de trouble surviennent:

-Référence à un centre de crise/médecin/hôpital pour évaluation plus poussée, diagnostic & traitement.

-Offre de soutien: aider l'individu à identifier & se concentrer sur ce qu'il/elle peut contrôler; l'aider à identifier des moyens de détourner son attention des moments de pensées ou sentiments anxieux (ex: utilisation d'une respiration ou exercice de relaxation).

Note: Les traitements cliniques comprennent la psychothérapie & la médication antianxolytique pour les symptômes graves (ex : diazépam, fluoxétine).

EXERCICES POUR RÉDUIRE L'ANXIÉTÉ

1) Exercice de respiration

(Peut être particulièrement utile pour l'angoisse/
l'agoraphobie; l'anxiété globale; la phobie; la phobie sociale/
l'anxiété; les troubles post-traumatiques & le stress aigu).

L'essoufflement est une manifestation habituelle ressentie par bon nombre de personnes atteintes d'anxiété. Lorsque l'on se sent essoufflé, la tendance naturelle consiste à respirer plus profondément et plus rapidement. Ce réflexe peut conduire à de l'hyperventilation, pouvant aggraver encore davantage l'anxiété.

Une méthode efficace permettant de contrôler une respiration anormale en cas d'anxiété est d'appliquer les principes suivants :

Inspirez lentement jusqu'à trois.

Inspirez à l'aide de votre abdomen et non de votre poitrine.

Lorsque vous arrivez à trois, expirez lentement pendant trois secondes.

Faites une pause pendant trois secondes puis inspirez à nouveau pendant trois secondes.

Continuez cet exercice pendant cinq minutes.

Pratiquez deux fois par jour.

2) Exercice de relaxation musculaire
(Peut être particulièrement utile pour l'angoisse/
l'agoraphobie; l'anxiété globale; la phobie; la phobie
sociale/l'anxiété; les troubles post-traumatiques & le
stress aigu).

Pour chaque groupe de muscles de votre corps, étirez
les muscles pendant 5 à 10 secondes, puis détendez-
vous pendant 10 secondes. Vous devez étirer vos mus-
cles doucement (de manière à ne pas occasionner de
douleur). Ne forcez pas le relâchement de la tension
musculaire – relâchez simplement la tension dans vos
muscles et laissez-les se détendre. Détendez vos mus-
cles dans l'ordre suivant :

Mains — serrez un poing bien fort, puis relâchez. Répé-
tez avec l'autre main.

Avant-bras — pliez votre main vers le bas, au niveau du
poignet, comme si vous essayiez de toucher la face in-
férieure de votre bras, puis relâchez.

Haut des bras — pliez vos coudes et tendez vos bras.
Vous allez sentir une tension dans le haut du bras, puis
vous relâchez.

Épaules— soulevez vos épaules comme si vous vouliez
atteindre vos oreilles, puis relâchez.

Cou — étendez votre cou tout doucement sur votre
gauche, puis vers l'avant, puis sur votre droite; ensuite
vous étendez vers le dos, dans un mouvement de rota-
tion lente, puis vous relâchez.

Front et cuir-chevelu — soulevez vos sourcils puis
relâchez.

Yeux - regarder autour , en tournant les yeux , puis détendez-vous .

Mâchoire - Serrez les dents (juste pour serrer les muscles) , puis détendez-vous .

Langue - Appuyez sur la langue contre le toit de votre bouche, puis détendez-vous .

Poitrine - respirez profondément pour gonfler vos poumons , puis expirez et détendez-vous .

Estomac - Appuyez sur le ventre pour serrer les muscles , puis détendez-vous .

Haut du dos - Tirez vos épaules vers l'avant avec bras à vos côtés , puis détendez-vous .

Bas du dos - lorsque vous êtes assis , penchez votre tête et le haut du dos en avant , en roulant le dos dans un arc en douceur ainsi tenseur le bas du dos , puis détendez-vous .

Fesses - serrez vos fesses , puis détendez-vous .

Cuisses - en position assise , appuyez vos pieds fermement dans le sol, puis détendez-vous .

Veaux - lever les orteils sur le sol vers les mollets , puis détendez-vous .

Pieds - curl doucement vos orteils vers le bas afin qu'ils soient en appuyant sur le sol, puis se détendre.

Profitez de la sensation de détente : Prenez quelques respirations lentes pendant que vous rester en place pendant quelques minutes , en appréciant le sentiment de détente .

Pratique une ou deux fois par jour pendant au moins huit semaines . Pendant la journée , essayez de relaxer les muscles spécifiques chaque fois que vous remarquerez qu'ils sont tendus.

DÉPRESSION MAJEURE (DSM IV-TR)

Symptômes de dépression majeure:

- Humeur dépressive persistante ou perte de jouissance des activités qui procurent habituellement du plaisir;
- perte ou gain de poids;
- trop peu ou trop de sommeil;
- agitation ou retard (mouvement ralenti); perte d'énergie;
- sentiment d'inutilité ou de culpabilité;
- faible concentration ou mémoire;
- désespoir ou pensées suicidaires avec l'intention d'agir ou en ayant des plans spécifiques.

Trouble= 5 ou plus des mêmes symptômes pendant plus de 2 semaines.

INTERVENTIONS

Si des symptômes de trouble surviennent:

-Référence à un centre de crise/médecin/hôpital pour évaluation plus poussée, diagnostic, & traitement.

-Offre de soutien: mettre l'emphase sur le fait qu'il n'y a pas de honte à se sentir déprimé; l'aider à identifier les gens qui peuvent lui offrir du soutien (famille, amis); l'aider à identifier & se concentrer sur ses forces personnelles et sur les points positifs d'une situation difficile; l'aider à identifier & à se concentrer sur ce qu'il/elle peut contrôler; questionner à propos des sentiments de désespoir et suicidaires et de l'intention d'agir relativement à ces sentiments.

Note: Les traitements cliniques incluent la psychothérapie & les antidépresseurs pour les symptômes graves (amitriptyline, fluoxétine).

TROUBLE BIPOLAIRE (Manie-dépression) (DSM IV-TR)

Symptômes de trouble bipolaire (manie-dépression)

Phase maniaque:

- Humeur euphorique/irritable;
- énergie excessive ou agitation;
- estime exaltée ou grandiloquence;
- rythme rapide de pensées;
- besoin réduit de sommeil;
- parole excessive, sous pression;
- distractibilité;
- comportement impulsif, potentiellement destructif.

Trouble = humeur euphorique/irritable pendant au moins 1 semaine + 3 symptômes supplémentaires.

Phase dépression:

- Humeur dépressive persistante ou perte de jouissance des activités qui procurent habituellement du plaisir;
- perte ou gain de poids;
- insomnie ou hypersomnie (trop ou trop peu de sommeil);
- agitation ou retard (mouvement ralenti); perte d'énergie;
- sentiment d'inutilité ou de culpabilité;
- faible concentration ou mémoire;
- désespoir ou pensées suicidaires avec l'intention d'agir ou en ayant des plans spécifiques.

Trouble = 5 ou plus des mêmes symptômes pour plus de 2 semaines.

INTERVENTIONS

Offrir une référence

Phase maniaque

- Référence à un centre de crise/médecin/hôpital pour évaluation plus poussée, diagnostic, & traitement.

Notes: le diazépam ou l'halopéridol est utilisé dans les cas d'agitation sévère; l'acide valproïque ou le lithium est utilisé pour stabiliser l'humeur à long terme; éducation & counseling de soutien pour le patient et la famille.

Phase dépression

- Référence à un centre de crise/médecin/hôpital pour évaluation plus poussée, diagnostic, & traitement.

Notes: l'amitriptyline et la fluoxétine peuvent être utilisés pour traiter la dépression long terme; éducation & counseling par encouragement.

Offrir de l'éducation

- Aider le patient à identifier & à éviter les sources de stress déclenchant la maladie
- Éduquer les prestataires de soins à propos des symptômes et de comment favoriser les actions saines
- Aider le patient à développer une routine et à respecter la prise de médication.

TROUBLES PSYCHOTIQUES (DSM IV-TR)

Symptômes psychotiques (sx=symptômes):

- a) Illusions (fausses croyances constantes)
- b) Hallucinations
- c) Parole ou pensée désorganisée, illogique
- d) Comportement bizarre, désinhibé, illogique
- e) Absence d'expression faciale ou de motivation

Types de troubles psychotiques

1) Schizophrénie

Signes/Caractéristiques de schizophrénie:

Déclin du niveau de fonctionnement et de la capacité à socialiser;

Symptômes psychotiques pouvant inclure:

- a) Illusions
- b) Hallucinations
- c) Parole ou pensée désorganisée, illogique
- d) Comportement bizarre, désinhibé, illogique
- e) Absence d'expression faciale ou de motivation

Trouble = 2 symptômes ou plus, chacun significativement pendant au moins 1 mois, déclin au niveau du fonctionnement.

2) Autres troubles psychotiques:

Trouble délirant (illusion est le sx prééminent)

Schizophréniforme

Trouble schizo-affectif (sx à la fois d'humeur et psychotiques sont présents)

Brève psychose (sx psychotiques <1 mois)

Psychose post partum (sx psychotique après l'accouchement)

Psychose secondaire à des substances psycho-actives ou à des conditions médicales.

INTERVENTIONS

Offrir de l'éducation

- Aider le patient à identifier & à éviter les sources de stress déclenchant la maladie
- Éduquer les prestataires de soins à propos des symptômes et de comment encourager les actions saines
- Aider le patient à développer une routine et à respecter la prise de médication.

Offrir une référence

- Référence à un centre de crise/médecin/hôpital pour évaluation plus poussée, diagnostic, & traitement.
- Note: L'halopéridol, la chlorpromazine sont des médicaments utilisés pour traiter les symptômes psychotiques.*

DÉLIRE & DÉMENCE

DÉLIRE

Perte de mémoire + durée d'attention affectée lors de l'examen de l'état mental (EEM)

Autres symptômes:

- apparition soudaine
- cours variable; réversible
- agitation
- irritabilité
- psychose.

DÉMENCE

Perte de mémoire + SANS durée d'attention affectée lors de l'examen de l'état mental (EEM)

Autres symptômes:

- apparition lente
- cours continu; irréversible sauf VIH
- agitation
- irritabilité; dépression
- psychose
- déclin graduel, permanent des fonctions.

INTERVENTIONS

Délire & Démence

- Référence à un hôpital pour évaluation plus poussée, diagnostic, & traitement

Notes: Diazépam et halopéridol sont des médicaments utilisés pour traiter une agitation sévère; la démence VIH est réversible via un traitement ARV.

Délire

- Ajuster la stimulation sensorielle tel qu'indiqué (ex : diminuer la stimulation si la personne est agitée; l'augmenter si la personne est privé de sensation).
- Placer la personne sans une zone sécuritaire et sûre (aucun objet dangereux ou risque à proximité) et où il/elle peut aisément être observé(e).

Démence

- Disposer l'environnement afin qu'il existe de clairs indicateurs d'orientation relativement à la date, l'heure, l'endroit.
- Incorporer une nutrition appropriée, de l'exercice, & une activité de stimulation mentale.
- Offrir du soutien à la famille (ex : éducation, thérapie de groupe).

Accessoires pour améliorer les fonctions:

Accessoires de mémoire:

- Calendriers; organisateurs
- Plan des routines pour les activités quotidiennes

- listes de vérification

- Boîtes à médicaments; minuteries

Accessoires physiques:

- Cannes

- Poids aux poignets

Accessoires de stimulation physique et mentale:

- Exercice – marche, étirements, tir de balle.

- Identifier/encourager les hobbies antérieurs.

- Jeux de carte/de société; casse-têtes. · Encourager les contes, chant.

- Encourager le temps passé avec des individus stimulations (amis bavards).

PLAINTES & SYMPTÔMES PHYSIQUES INEXPLIQUÉS (DSM IV-TR)

TROUBLE SOMATOFORME

- Plaintes physiques SANS maladie médicale présente.

Types de troubles somatoformes:

Somatisation

Conversion

Hypocondrie

Dysmorphophobie

Douleur

TROUBLE PSYCHOSOMATIQUE

- Une maladie médicale pouvant être aggravée par une détresse psychologique.

Maladies communément aggravées par une détresse psychologique:

Asthme

Hypertension

Ulcère

Évaluation pour symptômes de dépression sous-jacente ou de symptômes d'anxiété.

INTERVENTION

Si des symptômes d'un trouble sont présents, référence pour évaluation plus poussée, diagnostic & traitement.

ABUS D'ALCOOL OU D'AUTRES DROGUES

(DSM IV-TR)

Alcool

Symptômes d'intoxication:

- trouble de l'élocution
- démarche instable
- saute d'humeur
- agression
- anxiété
- psychose
- problèmes de sommeil
- délire

Symptômes d'abstinence: Nausée; mal de tête; nystagmus (mouvement horizontal rapide des globes oculaires); BP ou RC instable; psychose; anxiété; trouble de l'humeur; trouble du sommeil; délire; crise.

Cannabis

Symptômes d'intoxication:

- humeur euphorique ou dépressive
- Anxiété
- rires inappropriés;
- paranoïa;
- hallucinations;
- yeux rouges
- appétit accru;
- bouche sèche
- rythme cardiaque élevé.

Haute dose = délire, panique, psychose continue.

Utilisation à long terme = anxiété, dépression, perte de motivation.

INTERVENTIONS (Alcool/Drogues)

- Référence pour évaluation médicale, diagnostic, & stabilisation
- Évaluation pour conditions psychiatriques sous-jacentes (ex : dépression, anxiété)
-Référence à un programme d'aide aux consommateurs de drogues si disponible, ou à des services psychologiques pour traitement.

L'ÉPILEPSIE

Symptômes/Particularités de l'Épilepsie

Dans 70% des cas, la cause de l'épilepsie est inconnue. D'autres facteurs peuvent inclure une infection, une lésion cérébrale, des drogues/l'alcool, une maladie vasculaire, ou un déséquilibre alimentaire. Ces conditions peuvent entraîner des —crises ou une déstabilisation et une stimulation anormale des cellules du système nerveux. On peut définir les crises comme étant, soit partielles (localisées) ou généralisées (globales) :

1) Crise partielle – provient d'une zone localisée et demeure localisée

a) simple – la conscience n'est pas affectée (c'est-à-dire la conscience motrice).

b) complexe – certaines zones du cerveau, localisées ou spécifiques peuvent présenter des associations et une fonction plus complexes que d'autres zones. L'intensité de la crise au sein de ces circuits peut engendrer des crises —complexes et localisées. Les crises complexes et localisées peuvent être caractérisées par une —aura ou un ensemble de manifestations de signaux sensoriels inhabituels tels que, des flashes lumineux, des hallucinations olfactives ou auditives et qui précèdent le début d'une crise. La conscience peut également être altérée lors de ce type de crise.

c) généralisée secondaire – la crise se diffuse, d'une région locale à une zone totale.

2) Crise généralisée– provient d'une zone centrale et se propage sur les zones généralisées (c'est-à-dire globalement).

a) absence/petit mal (regard fixe et absent; phrase interrompue au milieu puis la diction reprend).

b) grand mal (aura; tonico-clonique; les 4 membres sont atteints; perte de conscience; incontinence; confusion post-ictale, maux de tête, ou sommeil excessif).

Manifestations Psychiatriques

Le trouble de la personnalité est fréquent ; il a toutefois été détecté que la psychose et la violence surviennent moins couramment que précédemment décelé. Un lien a été établi entre l'humeur instable et l'épilepsie du lobe temporal.

Interventions thérapeutiques en matière d'Épilepsie

1. Accompagnez la famille/les auxiliaires de vie. Étudiez avec eux les signes et les symptômes de l'épilepsie. Donnez des conseils sur l'attitude à adopter si quelqu'un est atteint d'une crise. Insistez sur l'importance de se conformer au traitement médical. Expliquez aux parents que l'épilepsie a un lien entre le changement d'attitude et la perturbation comportementale chez l'enfant. Apportez-leur un soutien quant à la manière d'établir des limites et de renforcer les actes constructifs.
2. Aidez le patient à identifier les situations qui sont sources de stress ou d'anxiété dans la mesure où celles-ci peuvent se révéler être des facteurs déclencheurs de rechute de la maladie. Aidez le patient à limiter la survenance de ce type de situations ou (si la situation est inévitable) aidez-le à anticiper les effets qui en résulteraient et la manière dont il/elle pourra y faire face. Des exercices de respiration et de relaxation peuvent être introduits afin de faciliter la diminution de la sensation d'anxiété qui est ressentie lors de ces situations.
3. Insistez sur l'importance de faire un suivi des rendez-vous. Les rendez-vous manqués peuvent conduire le patient à se trouver à cours de médicaments. L'omission de doses médicamenteuses peut exposer le patient à un risque de réapparition des symptômes ainsi qu'à une rechute de la maladie.
4. Se conformer à la prescription médicale. Le patient doit aborder, avec son médecin, les différentes options en matière de traitement médical et les schémas posologiques qui faciliteront la prise des comprimés (utilisation de piluliers; une dose journalière est-elle envisageable?).

SITUATIONS DE CRISE

1) AGITATION & AGGRESSIVE BEHAVIOR

Causes potentielles

- condition psychiatrique incontrôlée telle que manie, trouble bipolaire, ou psychose
- condition médicale non-traitée affectant le cerveau tel qu'une infection, tumeur, ou une maladie métabolique
- toxicité médicamenteuse causée par une quantité ou une variété excessive de médicaments ingérés
- intoxication à l'alcool ou aux drogues et abstinence.

INTERVENTION POUR AGITATION/AGRESSION

- Alerter et obtenir l'aide de d'autres prestataires/autorités de soins de santé
- Garder une certaine distance et aider les autres à demeurer à une distance sécuritaire de la personne agitée.
- Sécurité – si possible, tenter de retirer de l'environnement les articles qui sont potentiellement dangereux pour la sécurité. Demeurer calme et confiant.
- Écouter, porter attention, ne pas argumenter.
- Si possible (sans vous mettre en danger) tenter de calmer ou de désamorcer l'individu en utilisant un ton doux, en exprimant son soutien et sa réassurance, et en minimisant les gestes physiques.

2) VSBS (violence sexuelle ou basée sur le sexe)

- Actions ou implications violentes, destructives, imposées au niveau sexuel (violence sexuelle) ou envers un groupe de sexe particulier (violence basée sur le sexe)
- La VSBS peut avoir des impacts psychologiques, sociaux, & économiques.

INTERVENTION POUR VSBS

- Protection
- Soins médicaux
- Soins psychosociaux

3) SUICIDE

Facteurs de risques (études occidentales)

- Âge (15-24 ans; gens âgés)
- Sexe masculin
- Pensées suicidaires intenses, prolongées
- Comportement suicidaire antérieur.

Questions générales à poser à propos du suicide:

- Vous sentez-vous très triste?
- Sentez-vous que personne ne vous accorde d'importance?
- Sentez-vous que vous ne pouvez plus continuer?
- Sentez-vous que la vie ne mérite pas d'être vécue?
- Souhaitez-vous parfois être mort?
- Avez-vous pensé mettre fin à vos jours?
- Y pensez-vous actuellement?

INTERVENTION POUR HAUT RISQUE DE SUICIDE (La personne a un plan défini & les moyens de le réaliser immédiatement).

- Rester auprès de la personne. Ne jamais laisser la personne seule.
- Parler doucement à la personne et retirer cachets, couteau, pistolet, insecticide, etc. (distancer les moyens de suicide).
- Contacter un professionnel de la santé mentale immédiatement, si disponible; Contacter les services d'urgence locaux (ou la police) si aucun professionnel de la santé mentale n'est disponible; Prendre arrangement pour une ambulance et une hospitalisation.
- Contacter la famille ou d'autres proches de l'individu et obtenir leur implication.
- Si un professionnel n'est pas disponible pour un soutien continu, prendre arrangement pour des rencontres futures à des intervalles réguliers et maintenir un contact constant .

4) Catastrophes/d'urgences

Une catastrophe ou d'urgence peut être défini comme un événement important reliées à la nature (tremblements de terre par exemple, tsunami, ouragans, inondations, etc) ou liés à l'homme (par exemple les conflits armés) qui menace directement la vie ou de compromis, les besoins de base nécessaires pour maintenir la vie (c.-à-nourriture, abri, eau et assainissement, sécurité, lutte contre les maladies, ou l'accès aux soins de santé).

Une catastrophe ou de l'effort de secours d'urgence peut être décrite en termes de phases qui comprennent une phase d'urgence aiguë et de post-urgence ou phase de redressement.

Au cours de la phase d'urgence, les interventions psychologiques et psychiatriques sont destinées à des situations graves: le soulagement de la détresse par le biais de premiers soins psychologiques (voir tableau 1), l'évaluation et le traitement des conditions sévères, y compris intentions suicidaires, psychose, manie, la dépression sévère, et l'épilepsie; et assurer la disponibilité des médicaments psychotropes pour les patients souffrant déjà de troubles psychiatriques.

Le post-urgence ou phase de redressement a été définie comme la période où les besoins de base ont été rétablis à des niveaux pré-urgence ou à une norme au sein de la population qui représente un état de santé stable. Interventions phase d'urgence sociale, psychologique et psychiatrique sont maintenus comme nécessaire durant cette phase. Interventions post-urgence sociale sont axées sur la sensibilisation et l'éducation alors que les services psychologiques et psychiatriques d'évaluation et de traitement sont ensuite intégrées dans la structure existante soins de santé primaires.

Table 1: Premiers secours psychologiques

Premiers secours psychologiques
1) Engager - prendre contact d'une manière respectueuse, non intrusive, de façon utile.
2) Evaluer - évaluer la sécurité, identifier les besoins et des préoccupations actuelles; recueillir de l'information.
3) Offrent un Confort - stabiliser grâce à calmer et à orienter les survivants émotionnellement accablé; fournir un appui continu.
4) Fournir de l'aide - offrir de l'aide pratique pour les besoins immédiats et aux préoccupations des survivants aider à communiquer avec primaire et d'autres soutiens sociaux (la famille, les ressources communautaires, les amis,); fournir des informations pratiques sur les réactions de stress et d'adaptation pour diminuer la détresse et de promouvoir le fonctionnement adaptatif; les survivants se connecter avec les services de collaboration.
5) Prendre le temps de gérer vos besoins affectifs.

PROBLÈMES CHEZ LES ADOLESCENTS

1) CONSOMMATION

Facteurs de risque (études occidentales):

- Sexe masculin
- Jeune âge
- Génétique
- Santé mentale
- Faibles compétences personnelles/sociales
- Dysfonction familiale
- Dysfonction du groupe de proches
- Opportunités éducationnelles ou occupationnelles limitées.

Intervention

- Évaluer le statut mental et médical
- Stabiliser les conditions psychiatriques et médicales aiguës
- Évaluer la présence de conditions psychiatriques chroniques sous-jacentes; évaluer situation sociale actuelle
- Offrir information factuelle en matière d'impacts de la consommation de drogue
- Offrir encouragement et référence à des services de soutien

2) RELATIONS SEXUELLES NON-PROTÉGÉES

Facteurs pouvant promouvoir ou entraîner un comportement à risque:

- a) Facteurs personnels (croyances individuelles, connaissances, intentions, estime)
- b) Environnement rapproché (relations interpersonnelles & environnement de vie immédiat)
- c) Environnement distal ou social plus vaste (facteurs culturels, sociétaux)
- d) Interaction entre tous les facteurs.

Intervention

- Évaluation psychosociale/psychiatrique & médicale
- Offrir information factuelle en matière de pratiques sexuelles sécuritaires
- Référence à des services de soutien.

3) VIOLENCE

Facteurs de risque (études occidentales):

- Sexe (mâle)
- Âge (15-24yrs)
- Appartenance à un gang
- Facteurs psychiatriques
- Historique de victimisation
- Dysfonction sociale
- Utilisation de drogue
- Exposition à la violence
- Privation de contact social
- Culture de violence
- Inégalité et instabilité sociale & économique.

Intervention

1) Protection: évaluer sécurité & besoin d'assistance pour le maintien de la sécurité.

2) Soins médicaux: évaluer les blessures & le besoin d'interventions médicales.

3) Psychosociale:

a) Survivants de la violence peuvent adopter de forts mécanismes de défense qui incluent l'oubli, le déni et une profonde répression des événements.

b) Réactions peuvent aller de la dépression légère, du chagrin, de l'anxiété, de la phobie, et des problèmes somatiques à des conditions mentales graves et sévères.

PROBLÈMES CHEZ LES ENFANTS

1) RETARD MENTAL & TROUBLES ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT

- Causes peuvent inclure des facteurs génétiques (Syndrome de Down, Tay-Sachs;); des facteurs psychosociaux (Léger MR souvent causé par une absence de stimulation intellectuelle); et d'autres facteurs pré, péri, ou post-nataux (ex : infection, toxine, trauma au cerveau).
- Les indicateurs de retard mental peuvent inclure des problèmes de *fonctionnement adaptatif* (ex. capacité de communication, autonomie, vie à la maison, compétences sociales/interpersonnelles, utilisation des ressources de la communauté, auto-direction, capacité pour compétences académiques, travail, plaisir, santé ou sécurité). Si un test de QI est disponible, un score sous 70 est associé à un retard mental.
- Autres troubles envahissants du développement peut ressembler à un retard mental, y compris *Autisme* (altération du fonctionnement adaptatif avec des limitations dans le langage, communicatif et la compréhension et les relations sociales , de la capacité sensorielle , et le développement cognitif); et *Trouble d'Asperger* de même altération de la fonction d'adaptation , mais pas de retard dans le langage ou le développement cognitif .

Interventions pour retard mental & troubles envahissants du développement:

■ Effectuer une évaluation complète de l'historique psychiatrique de l'enfant (particulièrement l'historique développemental) et effectuer un examen d'état mental. S'assurer de demander si des proches sont atteints d'une condition similaire.

■ Éduquer la famille à propos du fait que l'enfant a à la fois des limites et du potentiel. Les tâches importantes seront que l'acceptation que l'enfant ne peut faire certaines choses, et l'encouragement du développement des compétences que l'enfant a déjà.

Le retard mental peut être associé à d'autres problèmes tels que l'hyperactivité, la dépression (quand l'enfant prend conscience de ses limites) et des conditions médicales telles que l'épilepsie. Poser des questions relatives à ces problèmes et offrez ou référez-les vers un traitement approprié.

Structure – organiser un horaire de routine que l'enfant doit suivre, qui est approprié au niveau de fonctionnement de l'enfant.

L'horaire devrait inclure une liste des activités-clé de la vie quotidienne qui sont appropriées au niveau de fonctionnement, afin que les compétences de soin de base sont encouragées et maintenues

Inclure des tâches appropriées au niveau de fonctionnement, afin de maintenir un sentiment de responsabilité.

Promouvoir des facteurs de « protection » pour éviter la détérioration de la condition d'une enfant et aider l'enfant à atteindre ses objectifs.

Les facteurs de protection importants comprennent une bonne santé physique, un attachement parent-enfant sain, et une unité familiale cohérente au sein d'un réseau social de soutien.

Utiliser des images pour aider les enfants non verbale communiquer leurs besoins et intérêts.

2) DÉPRESSION & ANXIÉTÉ

Signes:

- Dépression et anxiété peuvent coexister.
- Peut être exprimé à travers le comportement ou d'autres expressions non-verbales
- L'enfant peut sembler triste, fâché, agité, ou peut s'isoler des autres.
- Les enfants peuvent aussi avoir des troubles du sommeil, ou obtenir de faibles résultats en classe.

Interventions pour dépression & anxiété :

- Médications ne sont pas recommandées de façon routinière pour es enfants
- Aider l'enfant & la famille à identifier les actions qui peuvent représenter une détresse et les aider à identifier les circonstances dans lesquelles ces actions se produisent.
- Utiliser un tableau d'images culturellement appropriées présentant diverses émotions et situations que l'enfant peut identifier.
- Encourager la verbalisation de la détresse.
- Aider l'enfant à reconnaître et à comprendre que les sentiments négatifs (tels que la colère et la déception) sont des émotions humaines naturelles et qu'il existe des façons constructives de gérer ces émotions.
- Aider les aidants gérant la détresse à obtenir de l'aide.

PERTE D'ÊTRES CHERS & DEUIL

Signes/Caractéristiques

Le chagrin est le nom des sentiments accompagnant la perte d'un être cher, d'un endroit ou d'un objet important. Cela peut inclure la maison d'une personne, sa santé (ex. obtenir le diagnostic d'une maladie à long terme ou subir l'amputation d'un membre) et même son pays ou sa culture (ex : être un réfugié).

La perte et le processus de deuil est complexe, et variera selon les individus. Les réponses émotionnelles à la perte, à la mort et à l'agonie ont été décrites par Kubler-Ross et comprennent:

- a) Dénier – Il existe une incapacité à accepter que la perte est survenue. Cela peut être accompagné d'un sentiment de choc, de surprise et d'engourdissement. La personne ne peut croire qu'un tel événement lui est arrivé.
- b) Colère – la colère et l'hostilité peuvent survenir. Blâmer les autres ou se blâmer soi-même de n'avoir pu prévenir la perte est un thème commun.
- c) Négociation – la croyance que si la personne agit ou pense différemment, la perte pourra être récupérée (ou dans le cas de sa propre mort, que la perte peut être évitée). Une personne peut ressentir une profonde culpabilité (« Peut-être que ça ne se serait pas produit si j'avais été plus attentif... »).

d) Dépression ou défaillance émotionnelle– la réalité de la perte s'intègre. Il peut exister des sentiments de solitude insoutenable, de tristesse, de perte de motivation et d'intérêts; la personne pourrait éviter le contact avec les autres. L'anxiété, la panique et une désorganisation de la pensée peuvent survenir. La détresse émotionnelle peut aussi être exprimée sous la forme d'agitation, de fatigue, de sommeil troublé, et d'appétit affecté.

e) Acceptation – la personne est ultimement en mesure de placer la perte en perspective et d'aller de l'avant avec de nouvelles activités et relations.

Initialement, la croyance voulait que ces réactions se produisent de façon linéaires, sous la forme d'étapes, toutefois, les réponses n'ont pas à suivre un ordre établi. Les sentiments peuvent survenir en succession rapide, ou en combinaison (ex : dépression et colère). De plus, les prestataires de soins assistant les gens mourants peuvent aussi expérimenter ces réactions.

Une variété de facteurs peut influencer la capacité d'une personne à gérer la perte. Ces facteurs peuvent inclure:

1. Âge/maturité émotionnelle.
2. Traits de personnalité - capacité de résilience, indépendance, déception, patience.
3. Systèmes de croyance – Qu'est-ce que cette perte représente? Commentaire une personne envisage-t-elle la mort – en tant que partie du cycle de vie, ou en tant qu'évènement horrible devant être évité ? Une personne pourrait penser que l'esprit de l'être cher décédé peut survivre à travers les souvenirs maintenus par ses survivants.
4. Mécanismes de défense psychologiques- ex : en sublimant ou en neutralisant la perte via l'humour ou les actions humanitaires.
5. Attentes personnelles.
6. Système de soutien - famille, amis, travailleurs de la santé.

Interventions en counseling

Le degré du deuil et la façon de le vivre variera selon les individus. Les gens vivant une détresse prolongée (plus de 2 ans) ou vivant une détresse affectant leur fonctionnement devraient être évalués pour déceler une dépression majeure et toutes autres conditions psychologiques.

Les points généraux suivants pourraient être utiles pour aider les gens à travers le processus de deuil:

1. S'assurer que les processus de deuil normaux culturellement appropriés sont en mesure d'être réalisés.

2. Offrir l'assurance que le processus de deuil est normal malgré les sentiments douloureux qu'il cause. Ne pas forcer les gens à en parler. Les gens choisissent eux-mêmes les moments et les situations lors desquels ils souhaitent partager leurs émotions – toutefois, exprimer clairement que vous êtes prêt à écouter s'ils souhaitent partager leurs expériences et sentiments douloureux.
3. Encourager la découverte de méthodes simples pour apprécier les souvenirs positifs du passé (ex : via des photographies et des histoires).
4. Offrir l'assurance que ces sentiments insoutenables et douloureux pourront s'apaiser avec le temps.
5. Aider la personne à comprendre qu'il n'est pas anormal que les gens aient des rêves, des cauchemars et de visions, ou encore le désir de parler au mort.
6. Recommander d'éviter de prendre des décisions importantes, complexes..
7. Aider l'individu à être conscient qu'il peut exister des événements ou des circonstances lors desquels les sentiments douloureux liés à la perte peuvent être déclenchés (ex : fêtes, anniversaires, autres décès, etc...). Être préparé à cela en diminuera l'impact.
8. Aider la personne à comprendre que la perte implique un changement et que de nouvelles activités ou relations peuvent faire partie du changement.

Perte d'êtres chers & deuil chez les enfants

A) Général

Les enfants à divers niveaux du développement ont des réactions différentes face à une perte. Certains individus pourraient développer une compréhension plus rapidement ou plus tardivement que leurs pairs, toutefois, en général, les enfants débutent à développer une compréhension de la finalité de la mort vers l'âge de cinq ans. Les études (occidentales) démontrent que les enfants qui souffrent d'un deuil à un jeune âge présentent une incidence plus élevée de troubles psychiatriques que la population générale. Lorsque d'autres pertes se produisent, ils peuvent devenir plus à risque de dépression et d'anxiété que la population générale.

B) Enfants de moins de 5 ans

Avant cinq ans, les enfants ne comprennent pas l'irréversibilité de la mort. Les enfants de moins de cinq ans font généralement preuve d'une pensée irréaliste ou « magique », qui résulte en des conceptions erronées relativement aux causes et aux effets. Ils possèdent aussi une vision égocentrique ou centrée sur eux-mêmes du monde, menant à un sentiment de responsabilité relatif à la mort (ex : « Maman ne reviendra pas, car je n'ai pas été sage ... »). Les réactions sont similaires à celles qui suivent une séparation, où plus longue est l'absence, plus grande est la détresse. Un enfant pourrait sembler détaché comme s'il ou elle n'accordait pas d'importance à l'évènement.

C) Enfants de 5 à 10 ans

Après l'âge de cinq ans, les enfants peuvent comprendre que la mort est irréversible, toutefois, ils peuvent encore ne pas la considérer comme quelque chose pouvant les affecter. Ils peuvent continuer à avoir une pensée magique, concrète et égocentrique. Les enfants de cet âge comprennent le concept du bien et du mal, et deviennent curieux relativement aux causes et effets, et sont en mesure d'articuler leur inquiétude aux autres. Les enfants pourraient exprimer le désir de demeurer en contact avec le parent décédé.

D) De l'âge de 10 ans à l'adolescence

Au cours de cette étape, les enfants commencent à développer une compréhension des concepts abstraits relatifs à la mort (ex : la mort est universelle et inévitable et peut les affecter directement). Ils peuvent aussi devenir conscients des contradictions et expérimentent le conflit entre les concepts tels que la justice versus l'injustice et le désir d'indépendance versus le besoin de proximité.

La mort peut sembler déroutante et conflictuelle - les individus de cet âge peuvent exprimer des sentiments d'indifférence, de détachement, d'identification, ou de nostalgie. Les réactions immédiates additionnelles communes à la mort chez les enfants de cet âge sont présentées dans le tableau à la page suivante.

Réactions immédiates communes à la mort/ à une perte (enfants de 10 ans et plus-adolescence).

Choc & incrédulité	Culpabilité, reproches à soi-même et honte
Désarroi et protestation	Plaintes physiques
Apathie et sentiment d'abattement	Problèmes scolaires
Continuation des activités normales	Comportement agressif
Anxiété	Isolation sociale
Souvenirs vifs	Rêves éveillé
Problèmes de sommeil	Modifications à la personnalité
Tristesse et nostalgie	Pessimisme à propos du futur
Colère et comportement de comédie	Maturation rapide

E) Lignes directrices pour la gestion de la perte d'êtres chers & le deuil chez les enfants

Lorsqu'un enfant a fait l'expérience d'une perte, il est préférable de ne pas cacher la vérité. Les enfants ont besoin d'explications claires, honnêtes et cohérentes, appropriées à leur niveau de développement. Ils doivent accepter la réalité de la perte, et non pas d'être protégés de celle-ci. La pensée magique devrait être explorée et être corrigée. Ce qui est imaginé pourrait être pire que la réalité, et les enfants pourraient se blâmer eux-mêmes pour des événements étant hors de leur contrôle. Encourager un environnement de soutien où une communication ouverte est possible, où les questions difficiles obtiennent une réponse, et où les sentiments d'affliction sont tolérés. Permettre aux enfants d'exprimer leur deuil de la façon qu'ils jugent appropriée, de l'exprimer aux gens en qui ils ont le plus confiance, et au moment de leur choix.

Si l'enfant a perdu un parent ou un tuteur significatif, l'enfant devra obtenir des soins constants, continus et appropriés. Le plus de continuité avec la vie antérieure, le mieux. Les enfants pourraient souhaiter éviter des éléments de rappel traumatiques, mais un retrait complet de leur environnement familial pourrait causer encore plus de douleur et de problèmes à long terme.

Ils devraient se réunir avec des membres attentionnés de la famille étendue si disponible.

GROUPES D'ENTRAIDE

Un groupe d'entraide est un groupe de gens ayant vécu le même type d'expériences, qui se rencontrent sur une base régulière afin de s'aider les uns les autres afin de traiter avec les problèmes reliés à une condition médicale ou à une expérience spécifique. Les gens ayant vécu des expériences similaires peuvent s'aider les uns les autres au cours du processus de guérison. Au sein des groupes d'entraide, les gens peuvent obtenir du soutien, de l'attention, et les autres participants peuvent représenter des exemples de comment gérer les sessions. Les participants peuvent y assister lorsqu'ils le veulent, et la facilitation ou le leadership au sein du groupe est moins structuré. Les groupes d'entraide peuvent être utiles en tant qu'intervenant de soutien unique, ou en combinaison avec d'autres interventions telles que le counseling individuel.

L'objectif des groupes d'entraide est d'offrir des moyens de:

- 1) Partager l'information et le savoir à propos d'un problème;
- 2) rencontrer d'autres individus qui peuvent faire preuve d'empathie car ils ont vécu une expérience similaire;
- 3) soutien et autonomisation;
- 4) reconnaissance et acceptation;
- 5) parole et création de contact;
- 6) reprise de confiance en soi;
- 7) apprentissage de méthodes alternatives constructives pour surmonter l'épreuve.

Avantages et façons dont les groupes d'entraide peuvent différer des groupes professionnels de psychothérapie comprennent:

1) Leaders et participants ont vécu des expériences similaires, et tous deux partagent leurs expériences. Il existe un moins grand potentiel de différences de pouvoir entre le facilitateur et les membres du groupe.

2) Les groupes d'entraide peuvent être moins dispendieux (et ainsi plus accessibles), car les assistants thérapeutes professionnels peuvent charger des frais considérables pour leurs services.

Désavantages possibles des groupes d'entraide comprennent:

1) Périodes potentielles où la turbulence émotionnelle et le conflit entre les membres du groupes sont moins contrôlés, car il existe une moins grande structure et moins de guidage professionnel;

2) Aucune garantie de continuité car la fréquentation régulière n'est pas une règle établie, et le leadership du groupe peut fréquemment changer.

3) Le tri des participants est limité, donc il pourrait être difficile de gérer les besoins des individus possédant des capacités émotionnelles ou intellectuelles qui varient significativement des autres membres du groupe;

4) Dans des situations hautement stressantes, telles que des situations de perte massive, les gens pourraient trouver que de partager leurs expériences avec d'autres amplifie leur détresse plutôt que de la réduire.

Commentaire mener un groupe d'entraide

Habituellement, les groupes sont menés par deux co-leaders qui ont vécu des expériences similaires à celles des autres membres du groupe, et qui ont été des participants à un groupe d'entraide dans le passé. L'avantage des deux meneurs est qu'ils peuvent agir à titre de soutien l'un pour l'autre lorsque des questions difficiles émergent, que le groupe peut continuer sans interruption si l'un des leaders doit manquer une session, et que les tâches organisationnelles de logistique peuvent être partagées.

Il est important que les meneurs du groupe possèdent une connaissance de base des conditions psychologiques afin que des ressources de soutien additionnelles puissent être offertes aux individus qui semblent avoir des besoins supplémentaires. Au cours des sessions de groupe, il est commun que des individus expriment de très fortes émotions (ex : colère), et il est aussi commun que des attitudes ou thèmes globaux émergent du groupe dans son ensemble (ex : bouc émissaire – le groupe semble se rallier ou blâmer un membre en particulier pour un conflit ou pour un sentiment de détresse ayant fait son apparition au sein du groupe).

Les autres problèmes communs qui surviennent dans les groupes comprennent la domination d'individu dans la discussion, le choix de certains individus de se retirer ou de refuser de parler, ou l'exclusion d'individus de la discussion. Il est important que les leaders soient conscientisés et qu'ils possèdent une connaissance de base des émotions et thèmes problématiques – parfois ces émotions et thèmes peuvent être si forts que le groupe est distrait, et dévie de l'objectif constructif de leur rencontre. Les meneurs du groupe peuvent jouer un rôle en aidant le groupe à reconnaître, à porter attention et à garder en perspective les émotions et thèmes forts.

Les leaders de groupe doivent être bien établis dans leurs vies, en ayant surmonté ou en ayant mis en perspective les pensées et sentiments qu'ils ont eu en lien avec leur propre expérience ou événement douloureux. Faire partie d'un groupe comprenant des individus en détresse pourrait déclencher des émotions difficiles. Les meneurs de groupe doivent être en mesure de reconnaître et de gérer ces situations, sans ajouter un fardeau émotionnel aux membres vulnérables du groupe. Le but des leaders du groupe d'entraide est d'initier le groupe, ou de le diriger vers une route pour l'expression et l'opération indépendantes ou sans facilitation.

Gestion des sessions d'entraide

Les sessions peuvent commencer par les participants étant invités à partager leur nom (habituellement le prénom seulement, pour une question de vie privée) et la raison pour laquelle ils se sont joints au groupe. Les « règles » du groupe devraient être mentionnées, afin que les membres aient une idée de ce qui est attendu d'eux et des autres. Une emphase devrait être mise sur le fait que la présentation des règles ne vise pas un but de contrôle, mais plutôt à créer un environnement où le respect et les attentes sont partagés de tous.

À nouveau, les groupes d'entraide sont flexibles – les gens peuvent y assister lorsqu'ils le souhaitent, et être présents au nombre de sessions qu'ils le souhaitent. Les groupes d'entraide sont habituellement ouverts à toute personne partageant une expérience similaire qui se continue. L'heure de début et de fin du groupe devrait être clairement indiquée, ainsi que le nombre de rencontre, le lieu de rencontre régulier (c.-à-d. le lieu de réunion usuel). Demander aux membres du groupe de respecter la vie privée des autres est important (c.-à-d. ne pas partager d'information sur les membres avec des gens n'étant pas impliqués dans le groupe). De plus, les leaders devraient mettre l'emphase sur le fait que la violence en tous genres (ex : assaut physique ou attaque verbale) est inacceptable et qu'elle représente un motif suffisant pour l'expulsion du groupe.

Les participants devraient être encouragés à partager les expériences réelles qui ont entraîné une détresse, la façon dont ces expériences ont eu un impact sur leur vie et leur fonctionnement, et les émotions ressenties en résultante. Le point du groupe est d'amener les membres à réaliser qu'ils ne sont pas seuls, et qu'il est humain et naturel de vivre des émotions pouvant être négatives ou douloureuses. Les discussions de groupe devraient aussi aider les individus à développer une conscience de leurs propres forces, et servir en tant qu'environnement où leurs forces leur sont sans cesse remémorées. De plus, entendre les façons qui ont aidé les autres à s'en sortir peut aider les individus à améliorer leurs propres méthodes pour s'en sortir.

Lorsque des individus expriment de fortes émotions, telles que la colère, il faut leur permettre de s'exprimer ouvertement. Leurs sentiments devraient être reconnus. Les autres qui peuvent se reconnaître dans les émotions de l'individu devraient pouvoir exprimer leurs sentiments relativement à la vision d'un autre individu exprimant sa colère. En permettant aux membres du groupe de parler de comment ils ont géré cette émotion est important. Les méthodes mentionnées par le groupe qui ont créé une sensation de paix et d'espoir devraient être soulignées. S'il existe une agression excessive ou un potentiel de violence – rappelez à tous les membres du groupe les règles de base relatives à la violence et aux agressions.

Après un certain nombre de sessions (le nombre réel variera de groupe à groupe) les membres devraient avoir développé une idée de l'objectif, de la structure et de l'opération du groupe. Le but de co-meneurs est de transférer cette compréhension, d'ultimement se retirer en tant que facilitateurs, et de permettre au groupe de fonctionner indépendamment.

Guide de médication psychiatrique (pour utilisation par les prescripteurs autorisés seulement)

Principes généraux de prescription

1. Avant de prescrire une médication, connaître clairement le diagnostic psychiatrique et les symptômes cibles.
2. Être au courant des conditions médicales sous-jacentes, de la consommation excessive d'alcool ou de drogues, ou d'interactions entre les médicaments pouvant représenter un facteur de présentation de symptômes psychiatriques.
3. Être clair relativement aux effets secondaires attendus, aux interactions médicamenteuses possibles et au potentiel de dépendance.
4. Questionner les patients à propos des autres médicaments qu'ils prennent, incluant ceux étant auto-prescrits ou les remèdes à base de plantes, et les avertir relativement à la combinaison de médicaments, ou la consultation d'autres praticiens sans en informer le prescripteur.
5. Compléter en entier les essais de médicaments, avec des doses et une durée de traitement adéquates.
6. Surveiller les effets secondaires.
7. Faire des efforts afin de simplifier le schéma de médication, afin d'encourager son respect.
8. Éviter la polypharmacie (médications multiples ou répétitives).

9. Ajuster les doses de façon appropriée pour les populations particulières, telles que les gens âgés et les enfants.

10. Conserver un dossier de la réponse du patient & des effets secondaires tout au long du traitement.

LISTE D'ABRÉVIATIONS MÉDICALES

bid –deux fois par jour
BP –pression sanguine
cap -capsule
CBC –formule sanguine
CNS– système nerveux central
DSM IV-TR–Manuel statistique de diagnostic IV edition, texte revision
dx –diagnostic
EEM– examen d'état mental
EKG– électrocardiogramme
EPS- symptômes extrapyramidaux
ESR-vitesse de sédimentation sérotonine
HR– rythme cardiaque sx-symptômes
ICD– Classification internationale des maladies
IM-intramusculaire
IV– intraveineux
MAOI- inhibiteur de la monoamine oxidase
Meq/L– milliequivalent/liter
mg– milligramme
ml– millilitre
ng– nanogramme
NMS– syndrome malin des neuroleptiques
po- oralement
prn –au besoin
q –chaque
qhs– à chaque coucher
qid– 4 fois par jour
SNRI–inhibiteur sélectif de recaptage de noradrénaline
dx –diagnostic
SR – libération lente
SSRI- inhibiteur sélectif de captage de
TD– dyskinésie tardive
tid-trois fois par jour
IV– intraveineux
WHO– Organisation mondiale de la santé
XL– période prolongée
XR– Libération prolongée

Pharmacothérapie pour schizophrénie/conditions psychotiques

NOM DU MÉDICAMENT	DOSE DE DÉPART	VARIATION DE DOSE EFFICACE	EFFETS SECONDAIRES	COMMENTAIRE
Chlorpromazine	10mg-100mg quotidiennement (dose unique ou divisée); il est sécuritaire d'augmenter la dose de 10-50mg à chaque 3-7 jours jusqu'à 150mg. Surveiller pendant 2-6 semaines avant nouvelle augmentation.	150-800mg quotidiennement	Sédation; constipation; rétention urinaire; orthostatisme; arythmie; Pourrait augmenter la possibilité de crise chez les patients présentant un problème de crise existant; Dyskinésie tardive avec usage à long terme	Faible potentiel d'EPS; peut aussi être utilisé à faible dose pour <u>agitation</u>
Fluphénazine (oral)	5mg quotidiennement; 2.5-5mg à chaque 3-7 jours jusqu'à 5-10mg quotidiennement. Surveiller pendant 2-6 semaines avant nouvelle augmentation	5-15mg quotidiennement	Sédation; EPS; Dyskinésie tardive avec usage à long terme	Potentiel élevé d'EPS
Décanoate de fluphénazine (25mg/ml injectable)	0.2ml-0.5ml pendant 2 semaines	0.2ml-0.5ml IM à chaque 2-3 semaines	Sédation; EPS; Dyskinésie tardive avec usage à long terme	Potentiel élevé d'EPS; considérer l'usage chez les patients présentant une psychose chronique ne respectant pas la prise de médication par voie orale
Halopéridol (oral)	0.5-10mg (dose unique ou divisée); il est sécuritaire d'augmenter la dose de 0.5-1mg à chaque 3-7 jours jusqu'à 5-10mg quotidiennement. Surveiller pendant 2-6 semaines avant nouvelle aug-	0.5-20mg quotidiennement	Sédation; EPS; Dyskinésie tardive avec usage à long terme	Potentiel élevé d'EPS; peut aussi être utilisé à faible dose pour <u>agitation</u> ne pouvant être traitée avec une médication anxiolytique
Décanoate d'halopéridol (50mg/ml injectable)	1ml IM = 5mg par voie orale; 0.5ml-1.0ml pendant 4 semaines	0.5ml – 2ml à chaque 4 semaines	Sédation; EPS; Dyskinésie tardive avec usage à long terme	Potentiel élevé d'EPS; considérer l'usage chez les patients présentant une psychose chronique ne respectant pas la prise de médication par voie orale

Notes particulières relatives à la médication antipsychotique

1) La rémission des symptômes chroniques sévères peut nécessiter au moins 4 à 6 semaine de thérapie avec médication antipsychotique.

2) EPS = symptômes extrapyramidaux (tremblements; acathisie ou une sensation subjective d'agitation physique; raideur musculaire ou « signe de la roue dentée »; cadence de marche traînante; posture voûtée; salivation ou suintement incontrôlé de salive de la bouche). L'observation (ex : surveiller l'existence de tremblements, de salivation, de posture voûtée, et d'une cadence de marche traînante) et l'examen physique (ex : plier les articulations du coude et toucher les muscles du bras pour y déceler une raideur ou rigidité) sont des méthodes de détection des symptômes. Des études (recherche occidentale) démontre que les EPS sont plus fréquents avec des antipsychotiques à haute activité typiques (ex: halopéridol et fluphénazine) qu'avec des antipsychotiques à faible activité (ex: phénothiazines tels que la chlorpromazine). Des doses élevées de médication antipsychotique sont associées à un risque accru d'EPS. Des études occidentales (États-Unis) ont démontré que les symptômes sont plus courants chez les hommes âgés de moins de 35 ans, qui possèdent des corps plutôt musclés. Les EPS surviennent habituellement au cours des 4 premières semaines d'usage d'antipsychotiques, et sont réversibles lors de l'arrêt de la médication. Les symptômes peuvent disparaître de quelques jours à quelques mois après que la médication antipsychotique ait été arrêtée. Si un patient doit demeurer sous médicaments pour contrôler des symptômes psychotiques sévères, les EPS peuvent être atténués à l'aide de médicaments anticholinergiques, tels que le trihexyphénidyle ou la diphénhydramine et, spécifiquement pour l'acathisie, le propranolol et les benzodiazépines (soit le diazépam, le lorazépam, et le clonazépam).

3) Dyskinésie tardive = mouvement or torsion involontaire des muscles (habituellement la tête, les membres ou le tronc); la dyskinésie tardive est irréversible et la médication antipsychotique devrait être immédiatement cessée si des symptômes se produisent.

4) Syndrome malin des neuroleptiques (NMS) = peut se produire en raison de la médication antipsychotique, particulièrement chez les individus présentant une condition médicale sous-jacente. Les symptômes incluent la rigidité musculaire, l'incapacité à bouger, le mutisme, une tension artérielle ou un rythme cardiaque, une température extrêmement élevée, des sueurs et de l'agitation. Cette condition est potentiellement mortelle, donc la médication doit être cessée immédiatement et une aide médicale doit être obtenue.

5) Syndrome métabolique = anormalités du métabolisme du glucose, du métabolisme des graisses, du poids corporel/de la distribution de la masse grasseuse, et de la tension artérielle généralement associées à la schizophrénie et à une médication antipsychotique atypique. Les patients traités à l'aide d'antipsychotiques atypiques devraient être surveillés afin de déceler ces conditions.

Médicaments pour traiter les symptômes extrapyramidaux causés par la médication antipsychotique

***NOTES:**

1) Seuls les effets secondaires communs sont inscrits. Les prescripteurs devraient consulter la documentation relative à la médication afin d'obtenir tous les effets secondaires potentiels et les interactions médicamenteuses.

2) Les enfants, les personnes âgées et les adultes présentant une constitution de petite taille, ainsi que les individus présentant une maladie ou des déficiences nutritionnelles pourraient nécessiter une dose de départ et des doses de maintenance moins élevées afin d'obtenir les effets, et pourraient être plus susceptibles aux effets secondaires.

NOM DU MÉDICAMENT	DOSE DE DÉPART	VARIATION DE DOSE EFFICACE	EFFETS SECONDAIRES & CONTRE-INDICATIONS
Benztropine	0.5mg – 1mg q jour; peut augmenter q 5-7 jours de 0.5 – 1mg quotidiennement jusqu'à un total de 2mg quotidiennement	1mg - 4mg quotidiennement	Bouche sèche; constipation; vision floue; rétention urinaire; hyperthermie; euphorie; délire
Diphenhydramine	25-100mg quotidiennement; peut être augmentée de 25-50mg quotidiennement jusqu'à 100mg/jour	25-100mg	Sédation; bouche sèche
Trihexyphénidyle	2mg quotidiennement; il est sécuritaire d'augmenter la dose de 2mg à chaque 2-7 jours jusqu'à dose efficace	2mg quotidiennement-4mg trois fois par jour	Bouche sèche; constipation; vision floue; rétention urinaire; hyperthermie; euphorie; délire

Pharmacothérapie pour dépression majeure

Antidépresseurs

Des classes variées d'antidépresseurs ont démontré être efficaces pour traiter les symptômes de dépression. Chaque classe agit différemment sur les récepteurs neurochimiques (ex: sérotonine, norépinephrine, dopamine) du cerveau afin de produire des effets. Les classes d'antidépresseurs fréquemment utilisés comprennent:

SSRI (inhibiteurs spécifiques du recaptage de la sérotonine) – citalopram, escitalopram, fluoxétine, fluvoxamine, paroxétine, sertraline.

SNRI (inhibiteurs spécifiques du recaptage de la noradrénaline) – duloxétine, néfazodone, venlafaxine.

Atypiques ou autres (agissent sur divers récepteurs) – bupropion, mirtazapine, trazodone.

Tétracycliques (agissent sur divers récepteurs)– amoxapine, maprotiline.

Tricycliques – (agissent sur divers récepteurs) – amitriptyline, clomipramine, désipramine, doxépine, imipramine, nortriptyline.

MAOI (inhibiteurs de la monoamine oxidase) – sélégiline; phenelzine.

Les antidépresseurs SSRI, SNRI, et atypiques sont plus récents que les antidépresseurs tétracycliques et tricycliques et sont associés à un nombre inférieur d'effets secondaires, et en une létalité moindre lors d'une overdose.

NOTES:

1) Seuls les effets secondaires communs sont inscrits. Les prescripteurs devraient consulter la documentation relative à la médication afin d'obtenir tous les effets secondaires potentiels et les interactions médicamenteuses. 2) Les enfants, les personnes âgées et les adultes présentant une constitution de petite taille, ainsi que les individus présentant une maladie ou des déficiences nutritionnelles pourraient nécessiter une dose de départ et des doses de maintenance moins élevées afin d'obtenir les effets, et pourraient être plus susceptibles aux effets secondaires 3) Des études aux États-Unis ont démontré que les antidépresseurs peuvent augmenter le risque de pensées et comportements suicidaires chez les enfants, les adolescents, et les jeunes adultes de 18 à 24 ans présentant un trouble dépressif sévère (critère DSM IV). Un certain nombre d'agents ne sont pas autorisés pour l'utilisation auprès de la population pédiatrique.

Pour une explication des abréviations présentées dans les tableaux, veuillez consulter la page "Liste des abréviations médicales" à la page 61.

Antidépresseur	DOSE DE DÉPART	VARIATION DE DOSE EFFICACE	EFFETS SECONDAIRES	COMMENTAIRE
AMITRIPTYLINE	50-100mg quotidiennement; il est sécuritaire d'augmenter la dose de 25-50mg à chaque 3-7 jours jusqu'à 150mg quotidiennement; vérifier le taux sanguin à chaque 1-4 semaines; <i>si aucun test sanguin n'est disponible, surveiller pour détecter tout symptôme de toxicité et ajuster conséquemment</i> ; peut être donné en doses différentes	150-300mg; nécessite une surveillance du taux sanguin thérapeutique (si un test sanguin est disponible, le niveau sanguin thérapeutique devrait être de >120ng/ml)	Sédation; arythmie; constipation; rétention urinaire; Pourrait augmenter la possibilité de crise chez les patients présentant un problème de crise existant	<i>*Si aucun test sanguin n'est disponible, surveiller pour détecter tout symptôme de toxicité (grippe, fièvre, douleurs musculaires/aux articulations, nausée ou vomissements, Hr anormal, délire)</i>
FLUOXÉTINE	20mg à chaque matin; Surveiller pendant 4 semaines avant nouvelle augmentation; à des doses plus élevées, peut être donné en doses différentes (soit 1 comprimé chaque matin & après-midi).	10-80mg Quotidiennement	Insomnie ou agitation en raison de l'effet stimulant	<i>Peut être particulièrement pratique dans les cas de dépression qui comprennent un niveau faible d'énergie en raison de son potentiel d'activation.</i>

Pharmacothérapie pour manie et trouble bipolaire

Lithium, anticonvulsivants (ex: carbamazépine, lamotrigine, oxcarbazépine, topiramate, valproate) et la médication antipsychotique atypique (ex: aripiprazole, olanzapine, rispéridone, ziprasidone) ont été utilisés pour gérer les symptômes maniaques. Habituellement, une combinaison de médication anti-manie (pour stabiliser les symptômes maniaques) est utilisée en même temps pour un trouble bipolaire. Une médication antipsychotique est ajoutée si des symptômes psychotiques sont présents.

Notes relatives aux tableaux de médication des pages suivantes:

1) Seuls les effets secondaires communs sont inscrits. Les prescripteurs devraient consulter la documentation relative à la médication afin d'obtenir tous les effets secondaires potentiels et les interactions médicamenteuses. 2) Les enfants, les personnes âgées et les adultes présentant une constitution de petite taille, ainsi que les individus présentant une maladie ou des déficiences nutritionnelles pourraient nécessiter une dose de départ et des doses de maintenance moins élevées afin d'obtenir les effets, et pourraient être plus susceptibles aux effets secondaires. 3) Les médicaments dans les zones ombragées sont présentées dans le Model List of Essential Medicines de l'OMS (révisé en mars 2005). 4) Pour une explication des abréviations présentées dans les tableaux, veuillez consulter la page "Liste des abréviations médicales" à la page 61.

NOM DU MÉDICAMENT	DOSE DE DÉPART	VARIATION DE DOSE EFFICACE	EFFETS SECONDAIRES	COMMENTAIRE
Carbamazépine	200mg bid; doses de plus de 200mg quotidiennement devraient être divisées en 2 doses quotidiennement; il est sécuritaire d'augmenter la dose de 100-200mg à chaque 7 jours jusqu'à 200mg bid; surveiller pendant 1-2 semaines avant nouvelle augmentation	200mg bid - 800mg bid; les niveaux sanguins thérapeutiques ne sont habituellement pas surveillés pour un trouble bipolaire (au contraire de l'épilepsie)	vertiges; maux d'estomac; ataxie; Cause de façon rare une maladie du foie ou des éruptions cutanées; rarement une chute des globules rouges et blancs causant anémie/ agranulocytose/ susceptibilité aux infections	Stabilises la phase maniaque du trouble bipolaire; Normalement, le niveau de globules blancs est surveillé, mais si aucun test n'est disponible, <i>surveiller afin de déceler tout symptôme toxique (grippe; fièvre; faiblesse; douleurs musculaires/articulaires; nausées ou vomissements; HR anormal;</i>

(Pharmacothérapie pour manie & trouble bipolaire, suite...)

NOM DU MÉDICAMENT	DOSE DE DÉPART	VARIATION DE DOSE EFFICACE	EFFETS SECONDAIRES	COMMENTAIRE
Carbonate de lithium	300mg bid – 300mg tid. Pour manie aiguë, surveiller le niveau à chaque 2 jours et doser le niveau de sérum à 1.0 – 1.5 Meq/L; pour thérapie d'entretien, surveiller les niveaux à chaque 1 semaine jusqu'à ce qu'un niveau thérapeutique (0.6 – 1.2 Meq/L) soit atteint; à dose stable, le niveau peut être surveillé à chaque 1-6 mois.	Manie aiguë: dose équivalent au niveau de sérum 1.0 – 1.5 Meq/L Thérapie d'entretien: dose équivalent à un niveau de sérum de 0.6 – 1.2 Meq/L	Soif; miction accrue; tremblements; gain de poids	Stabilise la phase maniaque du trouble bipolaire; <i>si aucun test de n'est disponible, surveiller afin de déceler tout signe de toxicité (ataxie; dysarthrie; irritabilité; vomissements confusion/délire; stupeur; crise)</i>
Valproate	250-500mg/quotidiennement en doses divisées; il est sécuritaire d'augmenter la dose de 125-500mg à chaque 3-7 jours jusqu'à 500-1000mg quotidiennement; surveiller les niveaux à chaque 1 semaine jusqu'à ce qu'un niveau thérapeutique soit atteint; à dose stable, le niveau peut être surveillé à chaque 1-6 mois	250-1500mg quotidiennement; nécessite un niveau sanguin thérapeutique (50-150ng/ml)	Problème gastro-intestinal sédation; tremblements; ataxie; toxicité hépatique	Stabilise les phases maniaques du trouble bipolaire

Pharmacothérapie pour conditions reliées à l'anxiété

Général

a) La classe benzodiazépine de médication (ex: diazépam) est communément utilisée pour l'anxiété, mais une attention devrait être portée lors de sa prescription en raison des risques de tolérance, de dépendance et de symptômes d'abstinence. L'utilisation de benzodiazépines à court terme est habituellement recommandée.

b) Pour les conditions chroniques d'anxiété (ex: trouble panique, trouble obsessionnel-compulsif, trouble anxieux généralisé, stress post-traumatique, trouble anxieux social) d'autres agents tels que les SSRI (inhibiteurs sélectifs de recaptage de sérotonine – ex: fluoxétine, fluvoxamine, paroxétine, sertraline, citalopram, escitalopram), les SNRI (inhibiteurs sélectifs de recaptage de noradrénaline – ex: venlafaxine), buspirone, et tricycliques (imipramine) se sont avérés efficaces.

NOM DU MÉDICAMENT	INDICATIONS	DOSE DE DÉPART	VARIATION DE DOSE EFFICACE	EFFETS SECONDAIRES	COMMENTAIRE
DIAZEPAM	Anxiété intermittente; trouble anxieux généralisé (GAD)	2-10mg quotidiennement tel que requis pour anxiété intermittente; 2-10mg quotidiennement pour anxiété généralisée; il est sécuritaire d'augmenter la dose de 2-10mg à chaque 1-7 jours jusqu'à ce qu'un effet soit observé (pour anxiété généralisée)	2-40mg quotidiennement	Sédation; détresse respiratoire; délire	Action en 20-30 minutes; action prolongée; présente un potentiel de dépendance

(Pharmacothérapie pour conditions reliées à l'anxiété, suite...)

NOM DU MÉDICAMENT	INDICATIONS	DOSE DE DÉPART	VARIATION DE DOSE EFFICACE	EFFETS SECONDAIRES	COMMENTAIRES
FLUOXETINE	Trouble panique; trouble obsessionnel-compulsif (OCD)	20mg à chaque matin; Surveiller pendant 4 semaines avant nouvelle augmentation; à des doses plus élevées, peut être donné en doses différentes (soit 1 comprimé à chaque matin & après-midi).	20-80mg Quotidiennement	Insomnie ou agitation en raison de l'effet stimulant	Aucun potentiel de dépendance
PAROXETINE	Trouble anxieux généralisé (GAD); trouble panique; OCD; trouble de stress post-traumatique (PTSD); social trouble anxieux	1) Trouble panique: débutez avec 10mg quotidiennement; peut augmenter chaque semaine de 10mg quotidiennement. 2) Autres troubles: débutez avec 20mg quotidiennement; peut augmenter chaque semaine de 10mg quotidiennement. Pour tous les troubles, réduire graduellement la dose lors de l'arrêt.	1) Trouble panique: 40-60mg quotidiennement; 2)GAD: 20-50mg quotidiennement; 3)PTSD: 20-50mg quotidiennement; 4) anxiété sociale: 20mg quotidiennement	Agitation si arrêt soudain; Trouble gastro-intestinal; éjaculation retardée	Aucun potentiel de dépendance

Médications pour agitation: Benzodiazépines

NOTES:

1) Seuls les effets secondaires communs sont inscrits. Les prescripteurs devraient consulter la documentation relative à la médication afin d'obtenir tous les effets secondaires potentiels et les interactions médicamenteuses. 2) Les enfants, les personnes âgées et les adultes présentant une constitution de petite taille, ainsi que les individus présentant une maladie ou des déficiences nutritionnelles pourraient nécessiter une dose de départ et des doses de maintenance moins élevées afin d'obtenir les effets, et pourraient être plus susceptibles aux effets secondaires. 3) Pour une explication des abréviations présentées dans les tableaux, veuillez consulter la page "Liste des abréviations médicales" à la page 61.

NOM DU MÉDICAMENT	DOSE DE DÉPART	VARIATION DE DOSE EFFICACE	EFFETS SECONDAIRES	COMMENTAIRE
DIAZÉPAM	2-10mg à chaque 8-12hrs sur une base au besoin	2-40mg quotidiennement	Sédation; détresse respiratoire; délire	Action en 20-30minutes; action prolongée; présente un potentiel de dépendance
LORAZÉPAM	0.5-1mg à chaque 4-8hrs au besoin	0.5-4mg quotidiennement	Sédation; détresse respiratoire; délire	Action en 20-30 minutes; action de courte durée; présente un potentiel de dépendance

Médications pour agitation sévère: antipsychotiques à faible dose

NOTES: 1) Seuls les effets secondaires communs sont inscrits. Les prescripteurs devraient consulter la documentation relative à la médication afin d'obtenir tous les effets secondaires potentiels et les interactions médicamenteuses. 2) Les enfants, les personnes âgées et les adultes présentant une constitution de petite taille, ainsi que les individus présentant une maladie ou des déficiences nutritionnelles pourraient nécessiter une dose de départ et des doses de maintenance moins élevées afin d'obtenir les effets, et pourraient être plus susceptibles aux effets secondaires. 3) Pour une explication des abréviations présents dans les tableaux, veuillez consulter la page "Liste des abréviations médicales" à la page 61.

NOM DU MÉDICAMENT	DOSE DE DÉPART	VARIATION DE DOSE EFFICACE	EFFETS SECONDAIRES	COMMENTAIRE
Chlorpromazine (oralement ou injection IM) POUR AGITATION AIGUË, SÉVÈRE ne pouvant être traitée via les autres médicaments anxiolytiques	10-100mg quotidiennement (dose unique ou divisée); il est sécuritaire d'augmenter la dose de 10-25mg à chaque 4-6 heures jusqu'à ce qu'un effet soit observé.	10-800mg quotidiennement	Sédation; constipation; rétention urinaire; orthostatisme; arythmie; Pourrait augmenter la possibilité de crise chez les patients présentant un problème de crise existant; Dyskinésie tardive avec usage à long terme	Faible potentiel d'EPS
Halopéridol (oral or IM) POUR AGITATION AIGUË, SÉVÈRE ne pouvant être traitée via les autres médicaments anxiolytiques	0.5-10mg (dose unique ou divisée); il est sécuritaire d'augmenter la dose de 0.5-1mg à chaque 4-6 heures jusqu'à ce qu'un effet soit observé.	0.5-20mg quotidiennement	Sédation; EPS; Dyskinésie tardive avec usage à long terme	Potentiel élevé d'EPS

Traitement médicamenteux de l'Épilepsie

REMARQUES : 1) Seuls quelques effets secondaires courants sont indiqués. Les médecins prescripteurs doivent vérifier les informations relatives au médicament pour tous effets secondaires potentiels et interactions médicamenteuses. 2) Les enfants, les personnes âgées et les adultes de constitution fragile, ainsi que les personnes atteintes de maladies ou présentant des carences nutritives peuvent demander à ce que les doses initiales et les doses de traitement soient diminuées; cette catégorie de sujets peut être davantage sensible aux effets secondaires. 3) Pour une information relative aux abréviations indiquées dans le tableau, reportez-vous à la "Liste des Abréviations Médicales" à la page 61.

NOM DU MÉDICAMENT	DOSE INITIALE	MARGE POSOLOGIQUE APPLICABLE	EFFETS SECONDAIRES	REMARQUES
Carbamazapine	100mg par jour- 100mg bid ; peut être augmentée de 100mg à 200mg tous les 3 à 7 jours	100mgbid - 400mg bid	vertige; maux d'estomac; peut causer, dans de très rares cas, des maladies du foie ou des démangeaisons; dans de très rares cas, une diminution des globules blancs et des globules rouges peut entraîner une anémie ou un risque d'infections; en règle générale, les niveaux de globules blancs sont surveillés, mais si aucun test n'est disponible, il faut vérifier les symptômes de toxicité (grippe; fièvre; affaiblissement; douleurs musculaires/articulaires; nausée ou vomissement; rythme cardiaque anormal; syndrome confusionnel)	De premier ordre pour les crises tonico-cloniques survenant parallèlement à des crises partielles; deuxième choix pour les crises partielles isolées
Clonazepam	2mg à 4mg par jour	2mg à 8mg par jour	Sédation; ataxie; confusion; détresse respiratoire	Pour les crises de petit-mal, les crises myocloniques, les spasmes chez l'enfant et les épilepsies de l'enfant; dépendance potentielle
Gabapentin	100mg par jour à 300mg tid; on peut augmenter la dose de 100 à 300mg, sans risque, tous les 3 à 7 jours	900 à 1800mg par jour	Ataxie; tremblement; confusion	Pour les crises partielles/partielles et complexes et les crises tonico-cloniques; Pas de dépendance potentielle
Lamotrigine	25mg/jour pour les semaines 1 & 2; 50mg/jour durant les semaines 3 & 4; 100mg/jour durant la semaine 5; il est recommandé de prendre 100mg bid durant les semaines 6 & 7. Il est recommandé de surveiller la prise pendant 2 à 4 semaines avant d'augmenter les doses supplémentaires. Pour des doses supplémentaires, il est recommandé d'augmenter de 25-mg/jour à 50mg bid chaque semaine pour une dose journalière totale de 200mg bid.	25mg par jour à 200mg bid	Ataxie; confusion; Syndrome de Stevens-Johnson	Pas de dépendance potentielle; stabilise les phases manico-dépressives des troubles bipolaires. La dose doit être réduite de 50% si de l'acide valproïque est également pris. Le traitement doit être diminué si le médicament est supprimé.

(médicamenteux de l'Épilepsie)

DRUG NAME	STARTING DOSE	EFFECTIVE DOSE RANGE	SIDE EFFECTS	COMMENT
Phenobarbitol	30mg daily	30-180mg daily	sedation	Has addiction potential; First-line for partial & generalized tonic-clonic seizures; not to be used for seizure associated with cerebral malaria ; tolerated by children
Phenytoin	100mg daily – 100mg bid	100-400mg daily (divided doses)	Potential toxicity; Normally blood levels are monitored due to toxicity potential but if no test available, monitor for symptoms of toxicity (flu; fever; weakness; muscle/joint aches; nausea or vomiting abnormal HR; delirium)	Second-line drug for tonic-clonic and partial seizures (do not use for absence seizures)
Valproate	250mg bid; increase by 250mg every 3-7 days to dose equivalent to a blood level of 40-150ng/ml.	250mg bid-750-bid; Therapeutic blood levels are required (40-150ng/ml); if no blood test available monitor for signs of toxicity (nausea, vomit, ataxia, confusion, jaundice)	Sedation; gastrointestinal distress; tremor; hepatic toxicity	First-line for absence seizures, myoclonic and akinetic seizures, and tonic-clonic seizures associated w/absence seizures; no addiction potential

RÉFÉRENCES

- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM IV-TR (text revision), quatrième édition. Washington, D. C.: American Psychiatric Association, 2000.
- American Red Cross. From Crisis to Recovery, the Road to Resiliency: A Small Pocket Manual. New Delhi: American Red Cross Psychosocial Group, 2004.
- Bolton P., Tang A.M. "An Alternative Approach to Cross-Cultural Function Assessment." Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. 2002 (37): 537-43.
- Brymer M, Jacobs A, Layne C, et al. (National Child Traumatic Stress Network/National Center for PTSD): Psychological First Aid: Field Operations Guide, 2nd Edition. July 2006. Available at: <http://www.naccho.org/topics/HPDP/infectious/upload/PsyFirstAid-2.pdf>. Accessed May 9, 2011.
- Inter-Agency Standing Committee (IASC) Task Force on Mental Health & Psychosocial Support. Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. Genève: WHO, 2007.
- OMS. Brief Intervention for Hazardous and Harmful Drinking: A Manual for Use in Primary Care. Genève: OMS, 2001.
- OMS. The Effectiveness of Mental Health Services in Primary Care: View from the Developing World. OMS: Geneva: OMS, 2001.
- OMS. Essential Drugs in Psychiatry. Geneva: OMS, 1993.
- OMS. Investing in Mental Health. Geneva: OMS, 2003.
- OMS. International Classification of Mental and Behavioral Disorders: ICD - 10. Geneva: OMS, 1992.
- OMS. Mental Health Atlas. Genève: OMS, 2005

OMS. Mental Health in Emergencies: Mental and Social Aspects of Health of Populations Exposed to Extreme Stressors. Genève: 2003.

OMS. Mental Health Gap Action Programme (mhGAP): scaling up care for mental, neurological, and substance use disorders. Geneve: OMS, 2008.

OMS. Model List of Essential Medicines. Genève: OMS, 2005.

OMS. Self-help Strategies for Cutting Down or Stopping Substance Use: A Guide. Draft Version 1.1 for Field Testing. Genève: OMS, 2003.

OMS/UNHCR. "Alcohol and Other Drug Problems." In Mental Health of Refugees. Genève: OMS/UNHCR, 1996: 101-109.

OMS/UNHCR. Common Mental Disorders. In Mental Health of Refugees. O'S et UNHCR: Genève: OMS/UNHCR, 1996: 39-61.

OMS. Some Strategies to Help Families Cope with Stress. Pakistan: OMS, 2005.

Patel, V. Where There is No Psychiatrist. Londres: Royal College of Psychiatrists, 2002.

Rosenbaum, J, Arana, G, Hyman, S, Lobbate, I, and Fava, M. Handbook of Psychiatric Drug Therapy. Philadelphie: Lippincott Williams & Wilkins, 2001.

Sphere Project. The Humanitarian Charter. Humanitarian Charter and Minimum Standards in Disaster Response. Genève: Sphere Project, 2004.

Stoddard F, Pandya A, Katz C: Disaster Psychiatry: readiness, evaluation, and treatment. Arlington, VA, American Psychiatric Publishing, Inc., 2011.

Ursano R, Fullerton C, Weisaeth L, and Rahael B: Textbook of Disaster Psychiatry. New York, Cambridge University Press, 2007.