

Évaluation et prise en charge des affections spécifiquement liées au stress :

Module Guide d'intervention mhGAP



Organisation
mondiale de la Santé



UNHCR

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

Programme d'action
Comblant les lacunes en santé mentale



Catalogage à la source : Bibliothèque de l'OMS

Évaluation et prise en charge des affections spécifiquement liées au stress : module guide d'intervention mhGAP.

1.Troubles de stress post-traumatique. 2.Troubles de stress traumatique aigus. 3.Santé mentale. 4.Adaptation psychologique. 5.Coopération. 6.Directives. I.Organisation mondiale de la Santé. II.Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés.

ISBN 978 92 4 250593 1
(NLM classification: WM 172.5)

© Organisation mondiale de la Santé 2013

Tous droits réservés. Les publications de l'Organisation mondiale de la Santé sont disponibles sur le site Web de l'OMS (www.who.int) ou peuvent être 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 ; courriel : 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 à l'adresse http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html

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

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

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

Citation proposée :

Organisation mondiale de la Santé et Haut-Commissariat des Nations unies pour les réfugiés. *Évaluation et prise en charge des affections spécifiquement liées au stress : module Guide d'intervention mhGAP (version 1.0)*. Genève : OMS, 2013.

Pour plus d'informations, prendre contact avec :

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

Courriel : mhgap-info@who.int pour envoyer des commentaires sur ce module ou demander des documents de formation liés.

Site Web : www.who.int/mental_health/mhgap

Remerciements

L'élaboration du présent module sur les affections spécifiquement liées au stress a été coordonnée par Mark van Ommeren, sous le contrôle de Shekhar Saxena.

L'équipe mhGAP du département Santé mentale et abus de substances psychoactives de l'OMS à Genève a supervisé l'élaboration de ce module. Cette équipe est composée de : Nico Clark, Tarun Dua, Alexandra Fleischmann, Shekhar Saxena, Chiara Servili, Yutaro Setoya, Mark van Ommeren et Taghi Yasamy.

Nous remercions Lynne Jones (FXB Center for Health and Human Rights, Harvard School of Public Health) pour ses conseils techniques tout au long de l'élaboration de ce module.

Réviseurs

Corrado Barbui (WHO Collaborating Centre for Research and Training in Mental Health, University of Verona); Thomas Barrett (University of Denver); Pierre Bastin (International Committee of the Red Cross); Ahmad Bawaneh (International Medical Corps); Myron Belfer (Harvard University); Jonathan Bisson (University of Wales); Chris Brewin (University College London); Judith Cohen (Drexel University College of Medicine); Katie Dawson (University of New South Wales); Joop de Jong (Vrije Universiteit Amsterdam); Pam Dix (Disaster Action); Chris Dowrick (University of Liverpool); Rabih El Chammy (Saint Joseph University Beirut); Julian Eaton (CBM); Carolina Echeverri (Colombia); Peter Hughes (National Health Service, UK); Lynne Jones (Harvard School of Public Health); Suhad Joudeh (Ministry of Health, Jordan); Ashraf Kagee (Stellenbosch University); Berit Kieselbach (WHO); Arwa Khashan (Ministry of Health, Jordan); Roos Korste (the Netherlands); Patti Levin (USA); Andreas Maercker (University of Zurich); Sarah Meyer (Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health); Laura Murray (Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health); Khalid Saeed (WHO); Pau Perez-Sales (Médicos del Mundo); Bhava Poudyal (Nepal); Cécile Rousseau (McGill University); Alison Schafer (World Vision International); Marian Schilperoord (UNHCR); Soraya Seedat (Stellenbosch University); Pratap Sharan (All India Institute of Medical Sciences); Renato Souza (University of Sao Paolo); Zachary Steel (University of New South Wales); Samvel Sukiasyan (Yerevan State University); Yuriko Suzuki (National Institute of Mental Health, Japan); Wietse Tol (Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health); Graham Thornicroft (Institute of Psychiatry, UK); Peter Ventevogel (HealthNet TPO); Inka Weissbecker (International Medical Corps); Ann Willhoite (The Center for Victims of Torture) et Doug Zatzick (University of Washington).

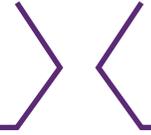
Financement

Haut-Commissariat des Nations unies pour les réfugiés (UNHCR).

Groupe chargé de l'élaboration de lignes directrices

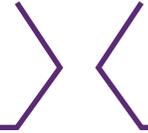
Jonathan Bisson (University of Wales), Judith Cohen (Drexel University College of Medicine), Joop de Jong (chair) (Vrije Universiteit Amsterdam), Zeinab Hijazi (International Medical Corps), Olayinka Omigbudon (University College Hospital, Ibadan), Soraya Seedat (Stellenbosch University), Derrick Silove (University of New South Wales), Renato Souza (International Committee of the Red Cross), Athula Sumathipala (Institute for Research and Development, Colombo), Lakshmi Vijaykumar (SNEHA, Chennai), Inka Weissbecker (International Medical Corps) et Doug Zatzick (University of Washington).

Sommaire



I	Introduction	1
II	Affections spécifiquement liées au stress (STR)	
	1. Guide d'évaluation et de prise en charge	2
	2. Détail des évaluations et des interventions	5
III	Interventions psychologiques avancées (INT)	10
IV	Annexe : Suggestions de modifications à apporter au Guide d'intervention mhGAP pour intégrer le module sur les Affections spécifiquement liées au stress	11

Introduction



Le présent module Guide d'intervention du Programme d'action Comblant les lacunes en santé mentale comprend des conseils pour l'évaluation et la prise en charge du stress aigu, du stress post-traumatique et du deuil dans les structures de soins non spécialisées. C'est une **annexe** au *Guide d'intervention mhGAP pour lutter contre les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives dans les structures de soins non spécialisées* (mhGAP-IG 1.0 ; OMS, 2010).

Les conseils présentés ici reposent sur les recommandations officiellement approuvées du groupe de l'OMS chargé de l'élaboration de lignes directrices (recommandations disponibles sur : www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/en/).

Ce module doit toujours être utilisé en association avec le *Guide d'intervention mhGAP pour lutter contre les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives dans les structures de soins non spécialisées* (OMS, 2010), qui définit les principes généraux applicables en matière de soins et de prise en charge d'un éventail d'autres troubles mentaux, neurologiques ou liés à l'utilisation de substances psychoactives.

(www.who.int/mental_health/publications/mhGAP_intervention_guide/en/index.html)

Dans le futur, ce module pourrait être intégré à d'autres produits selon les modalités suivantes :

- Ce module pourrait être intégré – sous sa forme complète – dans les futures versions du *Guide d'intervention mhGAP*.
- Ce module sera intégré – sous une forme simplifiée – dans un nouveau produit, le *Guide d'intervention mhGAP de l'OMS-UNHCR pour les situations humanitaires* (prévu pour 2014).

Dans le cadre de son programme mhGAP, l'OMS produit des documents ayant trait à la planification des programmes, à l'analyse de la situation, à l'adaptation des protocoles cliniques au contexte local, à la formation et à la supervision, et au suivi et à l'évaluation. Pour toute question relative à ces sujets, veuillez envoyer un courriel à mhgap-info@who.int.

Affections spécifiquement liées au stress

STR

Le personnel de santé rencontre fréquemment des individus qui ont été exposés à des événements potentiellement traumatisants (par exemple, accidents graves, violences physiques et sexuelles, catastrophes) ou à la perte d'un être cher. Immédiatement après cette exposition, la grande majorité d'entre eux souffrent de détresse, mais ne présentent pas d'affection nécessitant une prise en charge clinique. Une minorité présente l'un ou les deux types d'affection suivants :

- » **Problèmes et troubles qui se produisent fréquemment après une exposition à des facteurs de stress, mais apparaissent également en l'absence d'une telle exposition.** Par exemple : troubles dépressifs (»DEP), psychose (»PSY), troubles du comportement (»COM), troubles liés à la consommation d'alcool (»ALC), troubles liés à la consommation de drogues (»DRO), conduites autoagressives / suicidaires (»SUI) et autres plaintes émotionnelles importantes ou médicalement inexpliquées (»AUT). Ces problèmes et troubles sont déjà abordés dans les modules correspondants de l'actuel *Guide d'intervention mhGAP*.
- » **Problèmes et troubles qui supposent l'exposition à des facteurs de stress.** Par exemple :
 - (a) symptômes significatifs de stress aigu ;
 - (b) état de stress post-traumatique (ESPT) ; et
 - (c) deuil et troubles liés à un deuil compliqué.

Les réactions des individus récemment exposés à des événements potentiellement traumatisants ont tendance à varier. Ce module a recours à la formule « symptômes de stress aigu », qui peut englober de nombreux symptômes émotionnels, cognitifs, comportementaux et somatiques qui apparaissent dans un délai d'environ un mois après le(s) événement(s). Des exemples de symptômes affectant à la fois les adultes et les enfants sont les symptômes de reviviscence, les symptômes d'évitement et les symptômes liés à un sentiment exacerbé de menace permanente, l'insomnie, les palpitations, les changements d'humeur et de comportement, des troubles physiques et – chez les enfants – les comportements régressifs, notamment l'énurésie. Bien qu'ils puissent indiquer un trouble mental, en général, ces symptômes ne durent pas et ne sont apparentés à aucun trouble mental. Toutefois, s'ils nuisent aux activités quotidiennes de la personne ou celle-ci a besoin d'aide pour y faire face, il s'agit de symptômes significatifs de **stress aigu**.

Les affections spécifiquement liées à des facteurs de stress s'accompagnent souvent d'autres affections mhGAP. **Les personnes qui remplissent les critères d'autres affections mhGAP doivent être évaluées et prises en charge conformément au module correspondant, en plus des conseils de prise en charge indiqués dans ce module.**



Le Guide d'intervention mhGAP est destiné au personnel de santé non spécialisé dispensant des soins cliniques dans des structures aux ressources limitées. S'il est appliqué dans des situations humanitaires, ces soins doivent s'accompagner d'**interventions sociales intersectorielles**. Celles-ci sont décrites dans la publication Santé mentale et soutien psychosocial dans les situations d'urgence : *Ce que les acteurs de santé humanitaire doivent savoir (2010) du groupe de référence du CPI pour la santé mentale et le soutien psychosocial en situation d'urgence* (www.who.int/entity/mental_health/emergencies/what_humanitarian_health_actors_should_know.pdf).

Affections spécifiquement liées au stress

STR 1

Guide d'évaluation et de prise en charge

1. La personne présente-t-elle des symptômes significatifs de stress aigu après une exposition RÉCENTE (au cours des 30 jours passés environ) à un évènement potentiellement traumatique ?

» Chercher à savoir combien de temps s'est écoulé depuis l'évènement potentiellement traumatique (c'est-à-dire un évènement extrêmement menaçant ou atroce, comme un fait de violence physique ou sexuelle, un accident grave).

» Si l'évènement s'est produit il y a moins d'un mois, évaluer les symptômes de stress aigu apparus après l'évènement.

Il peut s'agir :

- D'insomnie
- De symptômes de reviviscence » STR 2
- De symptômes d'évitement » STR 2
- De symptômes liés à un sentiment exacerbé de menace permanente » STR 2
- D'émotions ou de pensées perturbatrices
- De modifications du comportement perturbant la personne et ses proches (par exemple, agressivité, isolement/retrait social et (chez les adolescents) comportement à risque)
- De comportements régressifs, comme l'énurésie (chez les enfants)
- De troubles physiques inexplicables, comme l'hyperventilation et les troubles dissociatifs du mouvement et de la sensation (par ex. paralysie, incapacité à parler ou à voir).¹

OUI

Si la personne remplit tous les critères suivants :

- » A subi un évènement potentiellement traumatique au cours du mois passé
- » Présente des symptômes de stress aigu, survenus après l'évènement
- » Rencontre des difficultés dans ses activités quotidiennes ou recherche de l'aide pour faire face à ces symptômes

elle présente vraisemblablement des symptômes significatifs de stress aigu.

- » Dispenser les premiers secours psychologiques : » STR 3.1
 - Écouter. **NE PAS** forcer la personne à parler. ❌
 - Évaluer les besoins et les préoccupations.
 - Aider la personne à pallier à ses besoins physiques de base immédiats (par ex. un abri pour la nuit)
 - Orienter les individus vers des services, des soutiens sociaux et familiaux ainsi que des informations fiables.
 - Dans la mesure du possible, chercher à protéger la personne de tout nouveau préjudice.
- » Évaluer et, si possible, chercher à résoudre les facteurs de stress actuels, y compris toute forme de maltraitance présente. » STR 3.2
- » Envisager la prise en charge du stress. » STR 3.3
- » Aider les individus à identifier et à s'appuyer sur les modes d'affrontement positifs des problèmes et sur le soutien social disponible. » STR 3.4
- » **NE PAS** prescrire de benzodiazépines ni d'antidépresseurs pour traiter les symptômes de stress aigu. ❌
- » Envisager des stratégies supplémentaires de prise en charge pour :
 - L'insomnie comme symptôme de stress aigu » STR 3.5.1
 - L'énurésie comme symptôme de stress aigu » STR 3.5.2
 - Les troubles somatiques marqués sans explication médicale :
 - Pour des conseils généraux, voir le GI-mhGAP 1.0, p.81
 - Pour des conseils sur l'hyperventilation comme symptôme de stress aigu, » STR 3.5.3
 - Pour des conseils sur la dissociation sensorimotrice comme symptôme de stress aigu, » STR 3.5.4
- » Proposer une psychoéducation. Expliquer que :
 - Les gens souffrent souvent de stress aigu face à des facteurs de stress extrêmes.
 - Chez la plupart des individus, le stress aigu diminue au fil du temps.
- » **Demander à la personne de revenir pour une visite de suivi si les symptômes s'intensifient ou si aucune amélioration n'est perceptible un mois après l'évènement.**
 - Lors de la visite de suivi, évaluer l'ESPT (voir ci-dessous) ainsi que les pathologies suivantes : DEP, COM, ALC, DRO et SUI (» Tableau principal du Guide mhGAP 1.0).

¹ L'expression *troubles dissociatifs du mouvement et de la sensation* est conforme aux propositions provisoires de la CIM-11 en cours d'élaboration.

Affections spécifiquement liées au stress

STR 1

Guide d'évaluation et de prise en charge

2. La personne se trouve-t-elle dans un état de stress post-traumatique (ESPT) ?

» Chercher à savoir combien de temps s'est écoulé depuis l'évènement potentiellement traumatique (c'est-à-dire un évènement extrêmement menaçant ou atroce, comme un fait de violence physique ou sexuelle, un accident grave).

» Si l'évènement s'est produit il y a plus d'un mois, évaluer les symptômes de stress traumatique² (»STR 2 pour une définition complète de ces termes et symptômes, y compris chez les enfants) :

– **Symptômes de reviviscence**

Il s'agit de souvenirs répétés et non souhaités de l'évènement comme s'il se reproduisait ici et maintenant (par ex. des cauchemars, des flashbacks ou des souvenirs intrusifs accompagnés d'une réaction intense de peur ou d'horreur).

– **Symptômes d'évitement**

La personne évite délibérément les pensées, les souvenirs, les activités ou les situations lui rappelant l'évènement.

– **Symptômes liés à un sentiment exacerbé de menace permanente**

Il s'agit d'une hypervigilance (un comportement exagéré de détection des menaces potentielles) ou d'un réflexe de sursaut exagéré (la personne sursaute facilement ou se montre extrêmement nerveuse face à la peur, par exemple).

» Évaluer les difficultés dans l'exécution des activités professionnelles, scolaires, familiales ou sociales habituelles.

OUI

Si la personne remplit tous les critères suivants :

- » A subi un évènement potentiellement traumatique il y a plus d'un mois
- » Présente au minimum un symptôme de reviviscence ET un symptôme d'évitement ET un symptôme d'hyperveil
- » Rencontre des difficultés dans ses activités quotidiennes

elle se trouve vraisemblablement en **état de stress post-traumatique (ESPT)**.

- » Évaluer et, si possible, chercher à résoudre les facteurs de stress actuels, y compris toute forme de maltraitance présente. »STR 3.2
- » Proposer une psychoéducation. »STR 3.6
- » Si des thérapeutes qualifiés et encadrés sont disponibles , envisager une orientation vers :
 - une thérapie cognitivo-comportementale post-traumatique (TCC-PT), individuelle ou en groupe »INT
 - Thérapie EMDR (désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires). »INT
- » Envisager la prise en charge du stress (par exemple, exercices de respiration, relaxation musculaire progressive). »STR 3.3
- » Aider les individus à identifier et à s'appuyer sur les modes d'affrontement positif des problèmes et sur le soutien social disponible. »STR 3.4
- » Chez l'adulte, envisager la prescription d'antidépresseurs , lorsque la TCC-PT, la thérapie EMDR ou la prise en charge du stress sont inefficaces ou »DEP 3 (pour de plus amples détails sur la prescription d'antidépresseurs, »GI-mhGAP 1.0 p. 14-15) 
-  Chez les enfants et les adolescents, **NE PAS** proposer d'antidépresseurs pour prendre en charge l'ESPT. 
- » Proposer un suivi régulier (après 2 à 4 semaines, par exemple) :
 - Le suivi peut se faire sous forme d'une consultation à la clinique, par téléphone ou par l'intermédiaire d'un agent de santé communautaire
 - Lors du suivi, réévaluer la personne pour faire le point sur les améliorations.

² La description des symptômes de stress traumatique 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.

3. La personne est-elle en deuil après la perte d'un proche ?

OUI

La personne est
endeuillée.

- » **NE PAS** prescrire de benzodiazépines pour traiter les symptômes de stress aigu. ❌
- » Écouter sans forcer la personne à parler.
- » Évaluer les besoins et les préoccupations.
- » Discuter et apporter son soutien au deuil ou à un ajustement culturellement approprié.
- » Apporter ou mobiliser un soutien social, selon les cas.

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

» **CONSULTER UN SPÉCIALISTE** ⚠️ si la personne demande un traitement plus intensif.

4. La personne souffre-t-elle de deuil compliqué ?³

OUI

Si la personne remplit tous les critères suivants :

- » Souffre d'un manque persistant et prononcé du défunt ou de pensées tournées vers le défunt (généralement avec d'autres symptômes du deuil comme la colère, la difficulté à accepter la perte) et de souffrance morale
- » Rencontre des difficultés dans ses activités quotidiennes
- » Est en processus de deuil constant depuis au moins six mois et sur une durée bien plus longue que celle communément admise par la culture de la personne

la personne peut souffrir d'un **deuil compliqué.**

» **Suivre les conseils précédents** (applicables à TOUTES les personnes endeuillées).

» **CONSULTER UN SPÉCIALISTE** ⚠️ pour une évaluation et une prise en charge plus poussées.

» Évaluer les symptômes suivants (par exemple, manque persistant et prononcé du défunt, pensées tournées vers le défunt ou les circonstances de son décès ; amertume envers la perte, difficulté à l'accepter ; difficultés pour poursuivre ses activités ou développer des amitiés ; sentiment que la vie n'a aucun sens) et la souffrance morale associée.

» Évaluer les difficultés dans l'exécution des activités professionnelles, scolaires, familiales ou sociales habituelles.

» Demander quand s'est produit le deuil.

5. La personne souffre-t-elle d'une pathologie concomitante ?

OUI

La personne souffre
d'une pathologie
concomitante.

» **En cas de pathologie concomitante mentale, neurologique ou liée à l'utilisation de substances psychoactives (y compris un risque de suicide/acte autoagressif),** prendre en charge la pathologie spécifiquement liée au stress ainsi que la pathologie concomitante.

» **Si l'ESPT est concomitant à une dépression modérée-majeure** envisager la prescription d'antidépresseurs pour traiter les deux pathologies. ⚠️ »DEP 3

» **Si une dépression modérée-majeure se développe après un deuil récent (au cours de deux derniers mois par exemple), NE PAS** ❌ envisager les antidépresseurs ou la psychothérapie comme traitement de première intention de la dépression. »DEP

» (Ré)envisager la présence éventuelle d'une pathologie mentale, neurologique ou liée à l'utilisation de substances psychoactives (y compris le risque de suicide/acte autoagressif) (» **Tableau principal**).

⚠️ Veuillez noter que la pathologie concomitante pouvait exister avant l'évènement traumatique.

³ L'expression *deuil compliqué* est conforme aux propositions provisoires de la CIM-11 en cours d'élaboration.

Affections spécifiquement liées au stress

STR2

Détail des évaluations et des interventions

Évaluation des symptômes de stress traumatique

Pour obtenir des conseils sur l'évaluation, consultez le Tableau principal, les Principes généraux de soins du mhGAP ainsi que le Guide d'évaluation et de prise en charge précédent. Cette section décrit trois ensembles de symptômes de stress traumatique devant être évalués : les symptômes de reviviscence, les symptômes d'évitement et les symptômes liés à un sentiment exacerbé de menace permanente.

2.1 Symptômes de reviviscence

- » Les personnes atteintes peuvent présenter des souvenirs répétés et non souhaités de l'évènement traumatique, comme s'il se reproduisait ici et maintenant, accompagnés d'une réaction intense de peur ou d'horreur. Il peut s'agir de souvenirs intrusifs, de cauchemars ou, dans les cas les plus sévères, de flashbacks. Ces souvenirs peuvent prendre la forme d'images, de sons (comme le son d'une arme) et d'odeurs (comme l'odeur de l'agresseur).
 - Un **souvenir** intrusif est **non souhaité**, généralement **saissant** et la **cause d'une réaction intense de peur ou d'horreur**.
 - Un flashback est un 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 contact avec la réalité, généralement pendant quelques secondes ou minutes.
 - Chez l'adulte 🚫, les **cauchemars** doivent porter sur l'évènement ou des aspects liés à ce dernier.
 - Chez l'enfant 🚫, les symptômes de reviviscence peuvent également apparaître sous la forme de cauchemars sans contenu clair, de terreurs nocturnes ou de reconstitutions spécifiques du traumatisme dans des jeux répétitifs ou des dessins.

2.2 Symptômes d'évitement

- » La personne évite délibérément **les situations, les activités, les pensées ou les souvenirs** lui rappelant l'évènement traumatique. Par exemple, elle peut ne pas vouloir parler de l'évènement traumatique avec le personnel soignant.
- » Les personnes utilisent généralement ces stratégies pour éviter les symptômes de reviviscence qui les plongent dans un état de détresse importante. Paradoxalement, ces stratégies d'évitement ont tendance à amplifier l'apparition des symptômes de reviviscence.

2.3 Symptômes liés à un sentiment exacerbé de menace permanente

- » Les personnes atteintes peuvent, à tort, se sentir en situation permanente de grave danger. Ce sentiment exacerbé de menace permanente peut rendre l'individu hypervigilant et sujet à un réflexe de sursaut exagéré.
 - **Hypervigilance** : comportement exagéré de préoccupation et de vigilance envers le danger (par exemple, être bien plus vigilant que les autres en public, choisir sans raison des endroits « sûrs » pour s'asseoir, etc.).
 - **Réflexe de sursaut exagéré** : sursauter facilement ou se montrer extrêmement nerveux, c'est-à-dire réagir avec une crainte excessive aux mouvements brusques ou aux bruits forts soudains. Ces réactions sont considérées comme excessives lorsque la personne réagit plus fortement que les autres et met un temps considérable à se calmer.

2.4 Caractéristiques associées à l'ESPT

- » Chez tous les groupes d'âge, les caractéristiques associées à l'ESPT comprennent l'anxiété, la dépression, la colère, l'insomnie, la torpeur et les plaintes médicalement inexplicables. En outre, les enfants en ESPT font souvent preuve de comportements régressifs, comme une énurésie, un comportement accaparant ou des accès de colère. Chez les adolescents en ESPT, les comportements à risque sont courants. L'alcoolisme et la toxicomanie sont également fréquents chez les adultes et les adolescents en état de stress post-traumatique.

Détail des interventions

3.1 Premiers secours psychologiques

- » Pour de plus amples renseignements sur les premiers secours psychologiques, voir :
WHO, War Trauma Foundation, World Vision International.
Psychological first aid: Guide for field workers.
WHO: Geneva, 2011.
(whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241548205_eng.pdf)

3.2 Prise en charge des stressseurs psychosociaux actuels

- » **S'enquérir des stressseurs psychosociaux actuels.** Dans la mesure du possible, utiliser **des techniques de résolution des problèmes** pour aider la personne à résoudre ses principaux stressseurs psychosociaux ou difficultés relationnelles. Faire appel aux ressources et services communautaires, selon qu'il convient (avec le consentement de la personne, par exemple).
- » Évaluer et prendre en charge toute situation de maltraitance (violence domestique, par exemple) ou de négligence (enfants ou personnes âgées, par exemple). Cette évaluation impose de disposer d'un espace privé et confidentiel. Contacter les services juridiques ou communautaires (par exemple les services sociaux, les réseaux de protection communautaires) pour prendre en charge toute maltraitance, selon qu'il convient (avec le consentement de la personne, par exemple).
- » Selon qu'il convient, identifier les **membres de la famille qui apportent un soutien** et les impliquer autant que possible.

- » Chez les enfants et les adolescents : 
 - Évaluer **la maltraitance, l'exclusion ou le harcèlement.** Interroger directement l'enfant ou l'adolescent à ce sujet, en privé. Dans la mesure du possible, travailler avec la famille, l'école et la communauté pour assurer la sécurité de l'enfant ou de l'adolescent.
 - Évaluer et prendre en charge les problèmes mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives (en particulier la dépression) (**» Tableau principal**) et les stressseurs psychosociaux pesant sur les **aidants** des enfants et des adolescents.

3.3 Prise en charge du stress

Envisager de former les individus à des exercices de respiration, de la relaxation musculaire progressive et des équivalents culturels.

- » **Exercices de respiration**
Cette technique implique d'expliquer que l'anxiété est associée à une respiration thoracique superficielle et rapide ; pour réduire l'anxiété, il faut viser une respiration abdominale lente et régulière. La technique nécessite d'apprendre à respirer par le diaphragme.
- » **Relaxation musculaire progressive**
Cette technique implique d'expliquer que l'anxiété est associée à une contraction des muscles et que la relaxation systématique de ces derniers réduit l'anxiété. La technique nécessite d'apprendre à tendre et relâcher systématiquement les principaux groupes musculaires, généralement des pieds vers le haut du corps. Un exemple de protocole de relaxation musculaire progressive est donné en annexe du document :
WHO, War Trauma Foundation, World Vision International.
Psychological first aid: Facilitator's manual for orienting field workers. WHO: Geneva, 2013.

3.4 Utilisation des modes d'affrontement positif des problèmes et du soutien social disponible

- » S'appuyer sur les **points forts et les capacités** de la personne. Lui demander ce qui va bien dans sa vie. Comment fait-elle pour que cela dure ? Comment a-t-elle surmonté les difficultés passées ?
- » Demander à la personne **d'identifier les personnes lui apportant un soutien émotionnel.** Lui demander d'identifier les personnes en qui elle a confiance. Il peut s'agir de membres de la famille, d'amis ou des personnes de la communauté. Encourager la personne à passer du temps et à parler de ses difficultés avec les personnes de confiance.
- » Encourager, dans la mesure du possible, **la reprise des activités sociales et des routines quotidiennes** (par exemple, école, réunions de famille, visites aux voisins, activités sociales sur le lieu de travail, sport, activités communautaires, sorties avec les amis).
- » Sensibiliser la personne au fait que l'alcool et les substances psychoactives n'aident pas à se rétablir et que l'usage massif de ces produits (y compris les médicaments achetés sans ordonnance dans les pharmacies) peut provoquer de nouveaux problèmes de santé et d'insertion sociale.

Affections spécifiquement liées au stress

STR3

Détail des évaluations et des interventions

3.5 Stratégies supplémentaires de prise en charge de différents symptômes de stress aigu après un événement stressant récent de nature extrêmement atroce ou menaçante

3.5.1 L'insomnie comme symptôme de stress aigu

- » Appliquer des stratégies générales de prise en charge des symptômes de stress aigu (» **STR 3.1–3.4**).
- » Écarter les causes externes d'insomnie (par exemple le bruit). Écarter et traiter les éventuelles causes physiques (par exemple la douleur physique), même si l'insomnie a débuté immédiatement après un événement stressant.
- » Demander à la personne si elle sait ce qui pourrait expliquer l'insomnie.
- » Donner des conseils pour une bonne hygiène du sommeil (notamment éviter les psychostimulants comme le café, la nicotine et l'alcool).
- » Expliquer que les gens connaissent fréquemment ce problème suite à des facteurs de stress extrêmes.

ⓘ Dans des cas exceptionnels, chez l'adulte, lorsque les interventions orientées vers la psychologie (comme les techniques de relaxation) ne sont pas réalisables, un traitement de courte durée (3 à 7 jours) par benzodiazépines (par exemple diazépam 2–5 mg/jour, lorazépam 0,5–2 mg/jour selon la Liste modèle OMS des médicaments essentiels) peut être envisagé en cas d'insomnie perturbant gravement les activités quotidiennes. Dans ce cas, les précautions suivantes doivent être prises en compte :

- L'usage de benzodiazépines peut rapidement entraîner une dépendance chez certaines personnes. Les benzodiazépines sont souvent prescrites de façon abusive. Dans le cadre de l'insomnie, elles ne doivent être prescrites que sur de très courtes périodes et dans des cas exceptionnels.
- Chez les personnes âgées ⓘ, des doses réduites sont généralement suffisantes (par exemple la moitié de la dose adulte susmentionnée) et les benzodiazépines à courte durée d'action (comme le lorazépam) doivent être, si possible, privilégiées.
- Pendant la grossesse et l'allaitement ⓘ, les benzodiazépines doivent être évitées.
- En cas de pathologie concomitante : avant de prescrire des benzodiazépines, envisager les interactions entre le médicament et cette affection. Consulter le formulaire national ou le formulaire de l'OMS.

- » Chez les enfants et les adolescents ⓘ, **NE PAS** prescrire de benzodiazépines pour traiter l'insomnie.
- » Si le problème persiste plus d'un mois, réévaluer et traiter tout trouble mental concomitant (» **Tableau principal**). En l'absence de trouble mental concomitant ou en l'absence de réponse au traitement d'un trouble mental concomitant, **CONSULTER UN SPÉCIALISTE**. ⓘ

3.5.2 L'énurésie comme symptôme de stress aigu chez l'enfant

- » Appliquer des stratégies générales de prise en charge des symptômes de stress aigu (» **STR 3.1–3.4**).
- » Se renseigner sur les antécédents d'énurésie pour s'assurer que le problème a commencé après un événement stressant. Écarter et traiter les éventuelles causes physiques (par exemple lorsque l'enfant présente des signes évocateurs d'une infection urinaire), même si l'énurésie a débuté dans le mois suivant l'évènement potentiellement traumatique.
- » Évaluer et prendre en charge les troubles mentaux et les stressors psychosociaux des aidants.
- » Former les aidants. Leur faire comprendre qu'ils ne doivent pas punir l'enfant en cas d'énurésie. Expliquer que l'énurésie est une réaction courante chez les enfants soumis à des facteurs de stress et que la punition amplifie le stress de l'enfant. Montrer aux aidants l'importance de rester calme et d'apporter un soutien émotionnel. Apprendre aux aidants à ne pas se focaliser exagérément sur les symptômes et à apporter une attention positive à l'enfant à d'autres moments.
- » Envisager de former les parents 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). Ces récompenses peuvent prendre la forme d'une prolongation du temps de jeu, d'étoiles sur un tableau ou d'un équivalent local.
- » Si le problème persiste plus d'un mois, réévaluer et traiter tout trouble mental ou physique concomitant (voir » **Tableau principal**). En l'absence de trouble mental concomitant ou en l'absence de réponse au traitement d'un trouble mental concomitant, **CONSULTER UN SPÉCIALISTE**. ⓘ

Détail des évaluations et des interventions

3.5.3 L'hyperventilation comme symptôme de stress aigu

- » Appliquer des stratégies générales de prise en charge des symptômes de stress aigu (» **STR 3.1–3.4**).
- » Écarter et traiter les éventuelles causes physiques, même si l'hyperventilation a débuté immédiatement après un événement stressant. Procéder systématiquement à un examen médical de base pour identifier les éventuelles causes physiques.
- » Expliquer que les gens connaissent parfois ce problème suite à des facteurs de stress extrêmes.
- » Conserver une attitude calme, si possible éliminer les sources d'anxiété et montrer comment respirer correctement (c'est-à-dire encourager la respiration normale, pas plus profonde ni rapide que d'habitude).
- » Veuillez noter que si le fait de respirer dans un sac en papier est une technique couramment employée, elle n'a pas fait l'objet de recherches approfondies. En outre, elle présente des risques chez les personnes atteintes d'une cardiopathie ou d'asthme.
- » **NE PAS** ✖ encourager les enfants à respirer dans un sac en papier.
- » Si le problème persiste plus d'un mois, réévaluer et traiter tout trouble mental concomitant (» **Tableau principal**). En l'absence de trouble mental concomitant ou en l'absence de réponse au traitement d'un trouble mental concomitant, **CONSULTER UN SPÉCIALISTE.** 🚑

3.5.4 Dissociation sensorimotrice (par exemple, paralysie médicalement inexpliquée, incapacité médicalement inexpliquée à parler ou à voir) comme symptôme de stress aigu

- » Appliquer des stratégies générales de prise en charge des symptômes de stress aigu (» **STR 3.1–3.4**).
- » En outre, ausculter systématiquement le patient et procéder à un examen médical de base afin d'identifier, traiter ou écarter les causes physiques éventuelles, même si le problème a débuté immédiatement après un événement stressant.
- » Demander à la personne son interprétation des symptômes.
- » Reconnaître la souffrance de la personne et rester respectueux, en prenant garde de ne pas renforcer les bénéfices inconscients que la personne pourrait tirer des symptômes.
- » Expliquer que les gens connaissent parfois ce problème suite à des facteurs de stress extrêmes.
- » Appliquer les recommandations générales sur la prise en charge des manifestations somatiques inexpliquées (» **OTH**).
- » Envisager l'utilisation d'interventions spécifiques à la culture locale et inoffensives, selon qu'il convient.
- » Si le problème persiste plus d'un mois, réévaluer et traiter tout trouble mental concomitant (» **Tableau principal**). En l'absence de trouble mental concomitant ou en l'absence de réponse au traitement d'un trouble mental concomitant, **CONSULTER UN SPÉCIALISTE.** 🚑

Affections spécifiquement liées au stress

Détail des évaluations et des interventions

3.6 La psychoéducation dans le cadre de l'ESPT

Les conseils suivants sur la psychoéducation sont destinés aux individus en état de stress post-traumatique (ESPT) et leurs aidants. Pour des conseils sur la psychoéducation des personnes présentant des symptômes de stress aigu, voir le Guide d'évaluation et de prise en charge précédent.

» Expliquer l'évolution des symptômes

- Entre les premiers jours et les premières semaines suivant un évènement extrêmement menaçant ou atroce, la plupart des individus connaissent des réactions liées au stress, comme un sentiment de peur, d'angoisse, de colère ou de culpabilité. Il peut s'agir de réactions physiques, de nervosité ou de difficultés à s'endormir, de cauchemars ou du fait de ressasser en permanence l'évènement. Ces réactions disparaissent naturellement chez la plupart des gens.
- Lorsque ces réactions durent plus d'un mois, deviennent un problème persistant et entraînent des difficultés dans la vie quotidienne de la personne, elles peuvent indiquer un ESPT.
- Chez la plupart des gens, l'ESPT disparaît au fil du temps et sans traitement. Un traitement accélérera néanmoins le processus de rétablissement.

» Expliquer la nature de l'ESPT

- Les individus en état de stress post-traumatique ont fréquemment l'impression de continuer à courir un danger ; ils peuvent donc être extrêmement tendus. Ils peuvent sursauter facilement (ou être nerveux) ou surveiller en permanence tout risque de danger.
- Les personnes en ESPT souffrent de souvenirs non souhaités de l'évènement traumatique. Lorsque l'évènement leur revient en mémoire, elles peuvent ressentir des émotions comme la peur ou l'horreur, identiques aux sentiments connus lors de l'évènement réel. Elles peuvent parfois avoir l'impression que l'évènement se reproduit. Elles peuvent également souffrir de cauchemars.

- Ces pensées et souvenirs intrusifs de l'évènement traumatiques sont extrêmement perturbants. Les personnes en ESPT essaient donc naturellement d'éviter tout ce qui leur rappelle l'évènement. Malheureusement, cette conduite d'évitement peut causer des problèmes dans leur vie quotidienne. Par exemple, si un homme en ESPT évite de se rendre à son travail car il y a été agressé, cela va affecter ses moyens de subsistance.
- Paradoxalement, lorsque nous essayons de ne pas penser à quelque chose, nous finissons généralement par y penser encore plus. Demander à la personne d'essayer cet exercice mental : « Essayez de ne pas penser à un éléphant blanc pendant une minute. Y êtes-vous parvenu ? Vous avez probablement constaté qu'il était impossible de vous sortir l'éléphant blanc de la tête. Il se passe la même chose avec les souvenirs traumatisants lorsque vous êtes en ESPT : plus vous essayez de ne pas y penser, plus vous y pensez. »
- Expliquer, si cela s'applique à la personne concernée, que les individus en ESPT peuvent parfois souffrir de problèmes concomitants, comme des douleurs physiques, une baisse d'énergie, de la fatigue, de l'irritabilité et une humeur dépressive.

» Expliquer qu'un traitement efficace est possible.

- Il existe un traitement efficace.
- Plusieurs semaines seront vraisemblablement nécessaires avant de sentir un allègement des symptômes de l'ESPT.

» Souligner les messages suivants.

- Dire à la personne en ESPT 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 (» STR 3). Discuter des formes de relaxation adaptées à la culture locale.
 - Pratiquer une activité physique régulière.

- S'efforcer de maintenir un cycle de sommeil régulier (c'est-à-dire se coucher à la même heure chaque soir, avoir la même quantité de sommeil qu'auparavant, éviter de trop dormir).
- Éviter de consommer de l'alcool ou des substances psychoactives pour surmonter les symptômes de l'ESPT.
- Reconnaître les pensées suicidaires et revenir consulter lorsqu'elles surviennent.

Aux fins du Guide d'intervention mhGAP, l'expression « interventions avancées » désigne les interventions que le prestataire de soins de santé va mettre plusieurs heures à apprendre et, en général, plusieurs heures à mettre en œuvre. Ces interventions sont généralement réalisées par des spécialistes.

Cette section fournit de brèves descriptions de deux interventions avancées. Dans le module, ces interventions sont signalées par l'abréviation **»INT**, indiquant qu'elles nécessitent un recours intensif aux ressources humaines. Les protocoles de ces interventions ne sont pas décrits dans le présent document.

Les interventions avancées décrites ici doivent être envisagées lorsque la personne se trouve dans un environnement sûr, c'est-à-dire lorsque les événements traumatiques sont terminés et que la personne ne court aucun risque imminent d'exposition à de nouveaux événements traumatiques. Les opinions des experts divergent quant à l'usage de ces interventions dans des environnements non protégés.

Thérapie cognitivo-comportementale post-traumatique (TCC-PT)

La thérapie cognitivo-comportementale post-traumatique (TCC-PT) individuelle ou en groupe repose sur l'idée que les personnes en ESPT ont des pensées et des convictions inadaptées 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. Les interventions cognitivo-comportementales post-traumatiques comprennent une thérapie d'exposition (imaginaire et/ou in vivo) et/ou une remise en question directe des pensées et convictions inadaptées concernant le traumatisme.

Thérapie EMDR (désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires)

La thérapie EMDR (désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires) repose sur l'idée que les pensées, les sentiments et les comportements négatifs découlent de souvenirs non assimilés. Le traitement utilise des procédures standardisées, impliquant notamment de se concentrer simultanément sur (a) les associations spontanées d'images, de pensées, d'émotions et de sensations corporelles traumatisantes, et (b) la stimulation bilatérale, généralement sous forme de mouvements oculaires répétitifs. Comme la TCC-PT, l'EMDR vise à réduire la détresse subjective et à renforcer les convictions d'adaptation liées à l'évènement traumatique. À la différence de la TCC-PT, l'EMDR n'implique pas (a) de descriptions détaillées de l'évènement, (b) de remise en question directe des convictions, (c) d'exposition prolongée ou (d) d'exercices à domicile.

Annexe



Suggestions de modifications à apporter au Guide d'intervention mhGAP pour intégrer le module sur les Affections spécifiquement liées au stress (STR)

- » **Tableau principal** : Ajouter la note de bas de page suivante :
« Le module sur les Affections spécifiquement liées au stress (STR) est accessible par le module Dépression. » Autrement, indiquer clairement sur le Tableau principal que les symptômes somatiques et émotionnels répertoriés pour la pathologie DEP sont également applicables à la pathologie STR.
- » **Module Dépression** : L'encadré permettant de passer ce module indique « Sortir de ce module et évaluer la présence d'Autres plaintes émotionnelles importantes ou médicalement inexpliquées » OTH ». Cet encadré pourrait être modifié pour demander si la personne se trouve en situation de détresse en raison d'une exposition à des facteurs de stress extrêmes (pertes, événements traumatiques). Si la personne répond OUI, le clinicien serait orienté vers le module STR. Si la personne répond NON, le clinicien serait orienté vers le module AUT.
- » **Module AUT** : Répondre OUI à la question « La personne a-t-elle été récemment exposée à des facteurs de stress extrêmes (pertes, événements traumatiques) ? » devrait faire revenir au module STR.
- » **Liens** : Des liens vers le module STR (en tant qu'éventuelle pathologie concomitante) devraient être créés dans les modules DEP, PSY, DEV, COM, ALC, DRO et SUI.
- » **Interventions psychosociales avancées** : Cette section devrait être mise à jour pour inclure les définitions susmentionnées de TCC-PT et EMDR.

Ce module Guide d'intervention mhGAP comprend des conseils pour l'évaluation et la prise en charge du stress aigu, du stress post-traumatique et du deuil dans les structures de soins non spécialisées. C'est une annexe au *Guide d'intervention mhGAP pour lutter contre les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives dans les structures de soins non spécialisées* (OMS, 2010). Les conseils présentés ici reposent sur les recommandations officiellement approuvées du groupe de l'OMS chargé de l'élaboration de lignes directrices.

Ce module doit toujours être utilisé en association avec le *Guide d'intervention mhGAP pour lutter contre les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives dans les structures de soins non spécialisées* (OMS, 2010), qui définit les principes généraux applicables en matière de soins et de prise en charge d'un éventail d'autres troubles mentaux, neurologiques ou liés à l'utilisation de substances psychoactives.

Pour plus d'informations,
prendre contact avec :

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

Courriel : mhgap-info@who.int
Site Web : [www.who.int/mental_ health/mhgap](http://www.who.int/mental_health/mhgap)

