

Ligne directrice du Programme d'action Comblar les lacunes en santé mentale (mhGAP) pour lutter contre les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives

Résumé d'orientation



© **Organisation mondiale de la Santé 2025**. Certains droits réservés. La présente publication est disponible sous la licence [CC BY-NC-SA 3.0 IGO](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/).

Citation suggérée. Ligne directrice du Programme d'action Combler les lacunes en santé mentale (mhGAP) pour lutter contre les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives: résumé d'orientation [Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) guideline for mental, neurological and substance use disorders: executive summary]. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2025. <https://doi.org/10.2471/B09331>

Résumé d'orientation

Contexte et objectifs

Les troubles mentaux, neurologiques et liés à la consommation de substances psychoactives contribuent fortement à la morbidité et à la mortalité prématurée dans toutes les régions du monde. Les ressources fournies pour faire face à l'énorme charge que représentent ces troubles sont insuffisantes, inégalement réparties et utilisées de manière inefficace, ce qui se traduit par d'importantes lacunes de la couverture thérapeutique. Afin de combler ces lacunes et de renforcer la capacité des pays à relever ce défi croissant, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a élaboré et lancé (en 2008) le Programme d'action Comblant les lacunes en santé mentale (mhGAP) qui vise à améliorer la prise en charge des troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives. La ligne directrice fondée sur des données probantes pour les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives identifiés comme des affections hautement prioritaires pour les pays à revenu faible ou intermédiaire (PRFI) constitue une composante essentielle du mhGAP. Ces recommandations ont été publiées pour la première fois en 2010 dans le cadre du Guide d'intervention mhGAP, et elles ont été mises à jour dans la ligne directrice mhGAP de 2015. L'utilisation du mhGAP a connu une expansion rapide depuis 2015, la ligne directrice et ses produits dérivés, en particulier le Guide d'intervention de 2016, étant désormais utilisés dans plus de 100 pays et traduits dans plus de 20 langues.

La mise à jour de la ligne directrice vise à :

- fournir des orientations de l'OMS actualisées afin de faciliter la mise en œuvre d'interventions en matière de troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives par des agents de santé non spécialisés dans les PRFI ;
- contribuer au développement de la prise en charge des troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives identifiés comme des affections hautement prioritaires dans les PRFI ;
- faciliter la mise en œuvre du *Plan d'action global de l'OMS pour la santé mentale 2013-2030*, du *Plan d'action mondial intersectoriel sur l'épilepsie et les autres troubles neurologiques 2022-2031*, du *Plan mondial d'action de santé publique contre la démence 2017-2025* et du *Plan d'action mondial contre l'alcool 2022-2030* de l'OMS par les planificateurs de soins de santé et les administrateurs de programme dans les PRFI.

Public cible

Cette ligne directrice s'adresse aux agents de santé non spécialisés dans les établissements de soins de santé primaires ou secondaires, ou à ceux qui travaillent au niveau du district, y compris les services hospitaliers et ambulatoires de base. Elle s'adresse également aux agents de santé travaillant dans le domaine des soins de santé généraux et d'autres programmes afin de les aider à fournir des soins et des services intégrés. Elle est utile à d'autres professionnels de la santé dans le monde, notamment au personnel des ministères de la santé, aux organisations non gouvernementales (ONG) et aux chercheurs des établissements universitaires, en particulier dans les PRFI, et elle est également destinée aux planificateurs des soins de santé, aux responsables de programmes et aux décideurs politiques.

Méthodes

Cette ligne directrice a été élaborée conformément au manuel de l'OMS consacré à l'élaboration de lignes directrices (*WHO handbook for guideline development*, disponible en anglais uniquement) et répond aux normes internationales en matière de lignes directrices fondées sur des données probantes. En collaboration avec le groupe d'élaboration des lignes directrices (GDG), les groupes d'experts thématiques (TEG) et le spécialiste de la méthodologie relative à l'élaboration des lignes directrices, le Groupe directeur de l'OMS a recensé des questions et des résultats prioritaires afin de déterminer ceux qui étaient essentiels à la mise à jour de cette ligne directrice. Les conflits d'intérêts de tous les contributeurs ont été déclarés, évalués et gérés conformément aux procédures de l'OMS. Des examens systématiques des données probantes ont été utilisés pour élaborer le tableau de la prise de décisions fondée sur les données probantes et le tableau récapitulatif des résultats, conformément à l'approche GRADE (acronyme anglais de Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluations, soit classification de l'analyse, de l'élaboration et de l'évaluation des recommandations). Le GDG a formulé des recommandations qui tiennent compte de divers éléments, à savoir : le degré de fiabilité des données probantes ; l'équilibre entre effets désirables et indésirables ; les valeurs et préférences des utilisateurs visés par l'intervention ; les exigences en matière de ressources et le rapport coût-efficacité ; l'équité, l'égalité et la non-

discrimination en matière de santé ; la faisabilité ; les droits humains et l'acceptabilité socioculturelle.

Lorsqu'il fait une recommandation forte, le GDG est certain que les effets souhaitables (bienfaits) de l'intervention l'emportent sur les effets néfastes. Lorsque le GDG n'est pas certain de l'équilibre entre les bienfaits et les effets néfastes, il émet une recommandation conditionnelle.

Les **recommandations fortes** indiquent que la plupart des individus souhaitent l'intervention et devraient la recevoir, tandis que les **recommandations conditionnelles** indiquent que des choix différents peuvent être appropriés pour des individus différents et qu'une aide pourra être nécessaire pour prendre une décision. Les membres du GDG sont parvenus à un accord unanime sur l'ensemble des recommandations et classements de cette ligne directrice.

Résumé des recommandations

Cette ligne directrice comprend 48 recommandations, actualisées ou nouvelles, fondées sur des données probantes relatives aux troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives. Elles reposent sur 30 questions actualisées au format PICO (population, intervention, comparaison et résultats) qui étaient incluses dans la précédente ligne directrice mhGAP (2015), et 18 nouvelles questions PICO élaborées aux fins de cette nouvelle édition. Pour une autre question PICO, les données probantes n'étaient pas suffisantes pour étayer une mise à jour de la recommandation et la recommandation préexistante reste donc en vigueur, et pour une autre question PICO, les données probantes étaient insuffisantes pour étayer une nouvelle recommandation. Les recommandations mises à jour et nouvelles s'ajoutent

à environ 90 recommandations de lignes directrices préexistantes qui ont été validées et continuent d'être approuvées dans leur forme actuelle.

Les 48 recommandations mises à jour et nouvelles ainsi que les 2 recommandations pour lesquelles les données probantes étaient insuffisantes pour justifier une mise à jour ou une nouvelle recommandation sont présentées dans le tableau 1, réparties en 11 modules : troubles liés à la consommation d'alcool (ALC), anxiété (ANX), troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent (CAMH), affections liées au stress (STR), démence (DEM), dépression (DEP), troubles liés à l'usage de drogues (DRU), épilepsie et convulsions (EPI), aspects généraux (OVE), psychose et trouble bipolaire (PSY) et comportement auto-agressif et suicide (SUI).

TABEAU 1. Résumé des recommandations

Module et numéro de la recommandation	Recommandation Force de la recommandation et degré de certitude des données probantes
Troubles liés à la consommation d'alcool (ALC)	
ALC1 (mise à jour)	Le baclofène doit être envisagé pour le traitement des adultes présentant une dépendance à l'alcool après désintoxication. Recommandation conditionnelle. Degré de certitude des données probantes modéré.
ALC2 (mise à jour)	Des interventions psychosociales structurées et standardisées doivent être envisagées pour le traitement de la dépendance à l'alcool. Recommandation conditionnelle. Degré de certitude des données probantes faible.
ALC3 (nouveau)	Des interventions numériques doivent être envisagées pour les adultes atteints de troubles liés à la consommation d'alcool ou ayant une consommation dangereuse d'alcool. Elles ne doivent pas remplacer la fourniture d'autres formes d'interventions et doivent garantir le consentement libre et éclairé, la sûreté, la confidentialité, la vie privée et la sécurité. Recommandation conditionnelle. Degré de certitude des données probantes faible.

TABEAU 1. Résumé des recommandations

Module et numéro de la recommandation	Recommandation Force de la recommandation et degré de certitude des données probantes
ALC4 (nouveau)	Des interventions psychosociales et pharmacologiques combinées doivent être proposées aux adultes présentant une dépendance à l'alcool. Recommandation forte. Degré de certitude des données probantes modéré.
Anxiété (ANX)	
ANX1 (nouveau)	L'administration d'inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) doit être envisagée chez les adultes atteints de troubles paniques. Si les ISRS ne sont pas disponibles, il est possible de proposer des antidépresseurs tricycliques (ATC). Les ISRS doivent être envisagés chez les adultes atteints d'un trouble d'anxiété généralisée (TAG). Recommandation conditionnelle. Degré de certitude des données probantes faible.
ANX2 (nouveau)	Des interventions psychologiques brèves et structurées fondées sur les principes des thérapies comportementales et cognitives (TCC) doivent être proposées aux adultes atteints d'un trouble d'anxiété généralisée (TAG) et/ou d'un trouble panique. Recommandation forte. Degré de certitude des données probantes modéré.
ANX3 (nouveau)	Lorsque des interventions psychologiques brèves et structurées fondées sur les principes des thérapies comportementales et cognitives (TCC) sont proposées aux adultes atteints d'un trouble d'anxiété généralisée (TAG) et/ou d'un trouble panique, différents modes de prestation doivent être envisagés en fonction des ressources disponibles ainsi que des préférences individuelles : • rencontre en personne individuelle et/ou en groupe ; • rencontre numérique/en ligne et/ou en personne ; • auto-assistance guidée et/ou non guidée ; • spécialiste et/ou non-spécialiste. Recommandation conditionnelle. Degré de certitude des données probantes faible.
ANX4 (nouveau)	Les techniques de gestion du stress (entraînement à la relaxation et/ou à la pleine conscience) doivent être envisagées pour les adultes atteints d'un trouble d'anxiété généralisée (TAG) et/ou d'un trouble panique. Recommandation conditionnelle. Degré de certitude des données probantes faible.
ANX5 (nouveau)	L'exercice physique structuré doit être envisagé pour les adultes atteints d'un trouble d'anxiété généralisée (TAG) et/ou d'un trouble panique. Recommandation conditionnelle. Degré de certitude des données probantes très faible.
ANX6 (nouveau)	Les benzodiazépines ne sont pas recommandées pour le traitement des adultes atteints d'un trouble d'anxiété généralisée (TAG) et/ou d'un trouble panique. Pour la prise en charge d'urgence des symptômes d'anxiété aiguë et grave, les benzodiazépines peuvent être envisagées, mais seulement en tant que mesure à court terme (3 à 7 jours maximum). Recommandation forte. Degré de certitude des données probantes faible.
ANX7 (nouveau)	Des soins collaboratifs doivent être envisagés pour les adultes atteints de dépression et/ou d'anxiété et de problèmes de santé physique. Recommandation conditionnelle. Degré de certitude des données probantes faible.

TABEAU 1. Résumé des recommandations

Module et numéro de la recommandation	Recommandation Force de la recommandation et degré de certitude des données probantes
Troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent (CAMH)	
CAMH1 (mise à jour)	Pour les enfants de 6 ans et plus et les adolescents chez qui un trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) a été diagnostiqué, le méthylphénidate peut être envisagé, à condition que : • les symptômes du TDAH causent encore des altérations significatives persistantes dans au moins un domaine de fonctionnement (éducation, relations interpersonnelles, profession), après la mise en œuvre de modifications environnementales à l'école, à la maison ou dans d'autres contextes pertinents ; • une évaluation minutieuse de l'enfant ou de l'adolescent a été effectuée ; • l'enfant/l'adolescent et les personnes qui s'en occupent, le cas échéant, ont été informés des options thérapeutiques concernant le TDAH et aidés dans la prise de décision ; • la prescription de méthylphénidate est faite par un spécialiste ou en consultation avec celui-ci. Recommandation conditionnelle. Degré de certitude des données probantes faible.
CAMH2 (nouveau)	2.1 Des interventions psychosociales universellement disponibles qui utilisent des méthodes fondées sur le programme d'études, la famille et l'exercice et/ou le développement des compétences sociales et personnelles pour améliorer la régulation des émotions doivent être envisagées afin de promouvoir le bien-être psychosocial des enfants. Recommandation conditionnelle. Degré de certitude des données probantes très faible. 2.2 Des interventions psychosociales comprenant des thérapies comportementales et cognitives (TCC), la psychoéducation et des approches thérapeutiques axées sur la famille doivent être proposées aux enfants dont les parents sont atteints de troubles mentaux afin de prévenir la dépression et l'anxiété. Recommandation forte. Degré de certitude des données probantes faible.
CAMH3 (nouveau)	3.1 Des interventions psychosociales axées sur l'acquisition de compétences sociales et des approches comportementales développementales doivent être proposées pour améliorer le développement, le bien-être et le fonctionnement des enfants et des adolescents autistes. Recommandation forte. Degré de certitude des données probantes faible. 3.2 Les thérapies comportementales et cognitives (TCC) doivent être proposées aux enfants et aux adolescents atteints d'autisme et d'anxiété. Recommandation forte. Degré de certitude des données probantes modéré. 3.3 Les interventions psychosociales axées sur l'apprentissage des compétences sociales, cognitives et organisationnelles doivent être envisagées pour améliorer le développement et le fonctionnement des enfants et des adolescents atteints d'un trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH). Recommandation conditionnelle (formation aux compétences sociales, interventions cognitives) et forte (formation aux compétences organisationnelles). Degré de certitude des données probantes modéré.

TABEAU 1. Résumé des recommandations

Module et numéro de la recommandation	Recommandation Force de la recommandation et degré de certitude des données probantes
CAMH3 (nouveau)	3.4 Des interventions d'initiation à la lecture doivent être proposées pour améliorer la communication et les résultats scolaires chez les enfants présentant des troubles du développement intellectuel. Recommandation forte. Degré de certitude des données probantes modéré. 3.5 Des interventions précoces en matière de communication impliquant des approches d'instruction directe doivent être envisagées pour améliorer les compétences phonologiques expressives et réduire le bégaiement chez les enfants atteints de troubles du développement de la parole. Recommandation conditionnelle. Degré de certitude des données probantes très faible. 3.6 Des interventions psychosociales utilisant des techniques d'apprentissage cognitif pour améliorer la communication et les compétences sociales doivent être envisagées pour les enfants et les adolescents atteints de troubles du neurodéveloppement. Recommandation conditionnelle. Degré de certitude des données probantes faible. 3.7 L'exercice physique structuré doit être envisagé pour améliorer le développement, y compris le développement social et communicationnel, et le fonctionnement chez les enfants et les adolescents atteints d'autisme. Recommandation conditionnelle. Degré de certitude des données probantes faible. 3.8 L'exercice physique structuré doit être envisagé pour améliorer les habiletés motrices et le fonctionnement, y compris l'attention et les fonctions exécutives, et réduire l'anxiété et les comportements problématiques chez les enfants et les adolescents atteints d'un trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH). Recommandation conditionnelle. Degré de certitude des données probantes très faible. 3.9 Des techniques d'enseignement spécialisées doivent être envisagées pour améliorer les résultats scolaires, y compris les compétences en écriture, la compréhension de la lecture et les mathématiques, chez les enfants et les adolescents présentant des troubles du développement de l'apprentissage. Recommandation conditionnelle. Degré de certitude des données probantes très faible. 3.10 Un enseignement à visée pratique doit être envisagé pour améliorer les capacités motrices et l'exécution des tâches chez les enfants présentant des troubles du développement de la coordination. Recommandation conditionnelle. Degré de certitude des données probantes très faible. 3.11 Des exercices et des activités physiques structurés doivent être proposés pour améliorer les résultats en matière de développement, y compris la motricité et le fonctionnement, chez les enfants et les adolescents atteints de paralysie cérébrale. Recommandation forte. Degré de certitude des données probantes faible.

TABEAU 1. Résumé des recommandations

Module et numéro de la recommandation	Recommandation Force de la recommandation et degré de certitude des données probantes
CAMH4 (nouveau)	4.1 Les interventions pharmacologiques ne sont pas recommandées chez les enfants et les adolescents atteints de troubles anxieux. Recommandation forte. Degré de certitude des données probantes faible. 4.2 Les antidépresseurs ne sont pas recommandés pour le traitement des enfants de 12 ans et moins présentant un épisode/trouble dépressif. Recommandation forte. Degré de certitude des données probantes faible. 4.3 Si les interventions psychosociales seules s'avèrent inefficaces chez les adolescents (13-17 ans) atteints de dépression modérée à sévère, il convient de proposer une orientation vers un spécialiste ou une consultation avec celui-ci, afin d'entreprendre une évaluation plus complète et d'explorer la mise en route d'un traitement à base de fluoxétine en association avec des psychothérapies. Recommandation forte. Degré de certitude des données probantes faible.
Affections liées au stress (STR)	
STR1 (mise à jour)	Des interventions psychologiques doivent être envisagées chez les adultes atteints de troubles post-traumatiques (PTSD), à savoir : • thérapies comportementales et cognitives (TCC) individuelles en présentiel axées sur les traumatismes ; • TCC de groupe en présentiel axées sur les traumatismes ; • TCC numérique/à distance axées sur les traumatismes ; • désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires (EMDR) ; • gestion du stress. Recommandation conditionnelle. Degré de certitude des données probantes faible.
STR2 (mise à jour)	Des interventions psychologiques doivent être proposées aux enfants et aux adolescents atteints de troubles post-traumatiques (PTSD), à savoir : • thérapies comportementales et cognitives (TCC) individuelles en présentiel axées sur les traumatismes ; • TCC de groupe en présentiel axées sur les traumatismes ; • désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires (EMDR). Recommandation forte. Degré de certitude des données probantes modéré.
Démence (DEM)	
DEM1 (mise à jour)	1.1 Des interventions psychosociales (interventions basées sur la pleine conscience, interventions à composantes multiples, psychoéducation et psychothérapie/conseil) doivent être proposées aux aidants qui s'occupent de personnes atteintes de démence. Recommandation forte. Degré de certitude des données probantes faible. 1.2 Des soins de répit doivent être envisagés pour les aidants qui s'occupent de personnes atteintes de démence. Recommandation conditionnelle. Degré de certitude des données probantes faible.

TABEAU 1. Résumé des recommandations

Module et numéro de la recommandation	Recommandation Force de la recommandation et degré de certitude des données probantes
DEM1 (mise à jour)	1.3 La dépression et l'anxiété chez les aidants qui s'occupent de personnes atteintes de démence doivent être évaluées et traitées conformément aux recommandations du mhGAP pour la dépression et l'anxiété. Recommandation forte. Degré de certitude des données probantes faible.
DEM2	Les données probantes étaient insuffisantes pour mettre à jour la recommandation, de sorte que la recommandation actuelle reste valide. Des interventions psychologiques (thérapies comportementales et cognitives (TCC), thérapie interpersonnelle (TIP), conseil structuré et activation comportementale (MTD)) doivent être envisagées pour les personnes atteintes de démence et de dépression légère à modérée. Recommandation conditionnelle. Degré de certitude des données probantes faible.
DEM3 (mise à jour)	3.1 Des interventions portant sur l'activité physique (exercice physique 3 à 4 fois par semaine pendant 30 à 45 minutes pendant plus de 12 semaines) doivent être proposées aux personnes atteintes de démence. Recommandation forte. Degré de certitude des données probantes élevé. 3.2 Des interventions non pharmacologiques (entraînement cognitif, TCC et thérapie de stimulation cognitive, par ordre alphabétique) doivent être envisagées pour les personnes atteintes de démence. Recommandation conditionnelle. Degré de certitude des données probantes faible.
Dépression (DEP)	
DEP1 (mise à jour)	Chez les adultes atteints de dépression modérée à sévère, il convient d'envisager le citalopram, l'escitalopram, la fluoxétine, la fluvoxamine, la paroxétine ou la sertraline (ISRS) ou l'amitriptyline (TCA). Recommandation conditionnelle. Degré de certitude des données probantes très faible.
DEP2 (mise à jour)	Chez les adultes atteints de dépression modérée à sévère qui ont bénéficié d'un traitement antidépresseur initial, la poursuite du traitement antidépresseur doit être envisagée pendant au moins six mois après la rémission. Le traitement doit faire l'objet d'un suivi régulier, en accordant une attention particulière à l'observance du traitement, à l'évolution des symptômes dépressifs et aux éventuels effets indésirables. Recommandation conditionnelle. Degré de certitude des données probantes très faible.
DEP3 (mise à jour)	Des interventions psychologiques structurées doivent être proposées pour le traitement des adultes atteints de dépression modérée à sévère : thérapie d'activation comportementale (TAC), thérapie psychodynamique brève, thérapies comportementales et cognitives (TCC), thérapie interpersonnelle (TIP), thérapie de résolution de problèmes (TRP) et thérapies de troisième vague. Recommandation forte. Degré de certitude des données probantes modéré.

TABEAU 1. Résumé des recommandations

Module et numéro de la recommandation	Recommandation Force de la recommandation et degré de certitude des données probantes
DEP4 (mise à jour)	Chez les adultes atteints de dépression modérée à sévère, des interventions psychologiques ou un traitement associé doivent être envisagés en fonction des préférences individuelles et d'un examen attentif de l'équilibre entre les avantages et les inconvénients. Les antidépresseurs seuls pour les adultes atteints de dépression (modérée à sévère) ne doivent être envisagés que lorsque des interventions psychologiques ne sont pas disponibles. Les prestataires de soins doivent garder à l'esprit les effets indésirables éventuels qui sont associés aux antidépresseurs, ainsi que les préférences individuelles. Recommandation conditionnelle. Degré de certitude des données probantes faible.
Troubles liés à l'usage de drogues (DRU)	
DRU1 (mise à jour)	1.1 Les adultes qui consomment du cannabis doivent se voir proposer un dépistage et une intervention brève. L'intervention brève doit comprendre au moins une séance, avec un retour d'information et des conseils personnalisés sur la réduction ou l'arrêt de la consommation de cannabis, et l'offre d'un suivi. Recommandation forte. Degré de certitude des données probantes très faible. 1.2 Les adultes qui consomment des psychostimulants doivent se voir proposer un dépistage et une intervention brève. L'intervention brève doit comprendre au moins une séance, avec un retour d'information et des conseils personnalisés sur la réduction ou l'arrêt de la consommation de psychostimulants, et l'offre d'un suivi. Recommandation forte. Degré de certitude des données probantes très faible. 1.3 Il convient d'envisager d'orienter vers un spécialiste les adultes ayant une consommation dangereuse de cannabis ou de psychostimulants, ou qui souffrent de troubles dus à l'utilisation de ces substances, et pour qui les interventions de courte durée sont inefficaces. Recommandation conditionnelle. Degré de certitude des données probantes très faible.
DRU2 (mise à jour)	La dexamphétamine, le méthylphénidate et le modafinil ne sont pas recommandés pour le traitement des troubles liés à la consommation de cocaïne ou de stimulants pour des raisons de sécurité. Recommandation conditionnelle. Degré de certitude des données probantes faible.
DRU3 (mise à jour)	Des interventions psychosociales (thérapies comportementales et cognitives (TCC) et organisation des contingences) doivent être proposées aux adultes présentant une dépendance à la cocaïne et aux stimulants. Recommandation forte. Degré de certitude des données probantes faible.
DRU4 (nouveau)	Des interventions numériques doivent être envisagées pour les adultes qui consomment des drogues ou qui présentent des troubles liés à l'usage de drogues. Elles ne doivent pas se substituer à d'autres formes d'intervention et doivent garantir le consentement éclairé, la sûreté, la confidentialité, la vie privée et la sécurité des patients. Recommandation conditionnelle. Degré de certitude des données probantes très faible.

TABEAU 1. Résumé des recommandations

Module et numéro de la recommandation	Recommandation Force de la recommandation et degré de certitude des données probantes
DRU5 (nouveau)	Des services axés sur le rétablissement sur une base volontaire doivent être envisagés pour les adultes présentant une dépendance à la drogue. À savoir, la prise en charge des cas, les soins de longue durée en établissements et les soins de suite de proximité, les thérapies reposant sur l'activité professionnelle et les groupes d'appui des pairs doivent être envisagés pour la gestion du rétablissement des personnes présentant une dépendance à la drogue. Recommandation conditionnelle. Degré de certitude des données probantes faible.
Épilepsie et convulsions (EPI)	
EPI1 (mise à jour)	Chez les adultes présentant un état de mal épileptique avéré, c'est-à-dire des crises convulsives persistantes après deux doses de benzodiazépines, il convient d'envisager l'administration de fosphénytoïne par voie intraveineuse, de phénytoïne par voie intraveineuse, de lévétiracétam par voie intraveineuse, de phénobarbital par voie intraveineuse ou d'acide valproïque par voie intraveineuse (valproate de sodium), moyennant une surveillance appropriée. Le choix de ces médicaments dépend des ressources locales, notamment de leur disponibilité et des moyens de suivi. Recommandation conditionnelle. Degré de certitude des données probantes faible.
EPI2 (mise à jour)	Chez les enfants présentant un état de mal épileptique avéré, c'est-à-dire des crises convulsives persistantes après deux doses de benzodiazépines, il convient d'envisager l'administration de fosphénytoïne par voie intraveineuse, de phénytoïne par voie intraveineuse, de lévétiracétam par voie intraveineuse, de phénobarbital par voie intraveineuse ou d'acide valproïque par voie intraveineuse (valproate de sodium), moyennant une surveillance appropriée. Le choix de ces médicaments dépend des ressources locales, notamment de leur disponibilité et des moyens de suivi. Recommandation conditionnelle. Degré de certitude des données probantes modéré.
EPI3 (mise à jour)	3.1 Convulsions d'apparition généralisée : La monothérapie par lamotrigine ou lévétiracétam, ou acide valproïque (valproate de sodium), doit être proposée comme traitement de première intention pour les convulsions d'apparition généralisée chez les hommes/garçons et les femmes/filles qui ne sont pas en âge de procréer. Chez les femmes et les filles en âge de procréer présentant des convulsions d'apparition généralisée, la lamotrigine ou le lévétiracétam doivent être proposés en monothérapie de première intention. Si la première monothérapie n'est pas efficace pour les convulsions d'apparition généralisée, il convient d'essayer une monothérapie alternative de première intention. L'acide valproïque (valproate de sodium) n'est pas recommandé chez les femmes et les filles en âge de procréer en raison du risque élevé de malformations congénitales et de troubles du neurodéveloppement chez le fœtus exposé à l'acide valproïque (valproate de sodium). Si la lamotrigine, le lévétiracétam et l'acide valproïque (valproate de sodium) ne sont pas disponibles pour les convulsions d'apparition généralisée, il est possible d'envisager une monothérapie par phénytoïne ou phénobarbital. Recommandation forte. Degré de certitude des données probantes élevé.

TABLEAU 1. Résumé des recommandations

Module et numéro de la recommandation	Recommandation Force de la recommandation et degré de certitude des données probantes
EPI3 (mise à jour)	3.2 Convulsions d'apparition focale : La monothérapie par lamotrigine ou lévétiracétam doit être proposée comme traitement de première intention des convulsions d'apparition focale chez l'enfant et l'adulte atteints d'épilepsie. Si ni la lamotrigine ni le lévétiracétam ne sont disponibles, la carbamazépine doit être utilisée comme traitement alternatif de première intention pour les convulsions d'apparition focale chez l'enfant et l'adulte atteints d'épilepsie. Si la première monothérapie n'est pas efficace pour les convulsions d'apparition focale, il convient d'essayer une monothérapie alternative de première intention. Le lacosamide doit être proposé en monothérapie de deuxième intention pour les convulsions d'apparition focale si aucun des médicaments de première intention n'est efficace. Si la monothérapie antiépileptique échoue chez les personnes présentant des convulsions d'apparition généralisée ou des convulsions d'apparition focale, il convient de procéder à une orientation rapide vers un spécialiste afin d'envisager d'autres options thérapeutiques. Recommandation forte. Degré de certitude des données probantes élevé.
EPI4 (mise à jour)	4.1 L'efficacité des médicaments antiépileptiques (MAE) ne semble pas différer pour les hommes et les femmes. Ainsi, cette recommandation s'appuie sur EPI3 et se concentre sur les médicaments dont la recommandation en tant qu'options thérapeutiques est aujourd'hui privilégiée. Chez les femmes et les filles atteintes d'épilepsie qui sont en âge de procréer, la lamotrigine ou le lévétiracétam doivent être proposés en monothérapie de première intention tant pour les convulsions d'apparition généralisée que pour les convulsions d'apparition focale. Chez les femmes épileptiques, les crises doivent, dans la mesure du possible, être maîtrisées du mieux possible avec la dose minimale de médicaments antiépileptiques prise en monothérapie. L'acide valproïque (valproate de sodium) n'est pas recommandé chez les femmes et les filles en âge de procréer en raison des risques potentiels pour le fœtus. Recommandation forte. Degré de certitude des données probantes très faible. 4.2 Les recommandations standard en matière d'allaitement maternel restent valides pour les femmes atteintes d'épilepsie qui prennent les médicaments antiépileptiques inclus dans cette étude (phénobarbital, phénytoïne, acide valproïque [valproate de sodium], carbamazépine, lamotrigine, lévétiracétam, topiramate, lacosamide). Recommandation forte. Degré de certitude des données probantes très faible.
EPI5 (nouveau)	La surveillance nocturne doit être envisagée pour la prévention de la mort subite inattendue en épilepsie (SUDEP). Recommandation conditionnelle. Degré de certitude des données probantes très faible.

TABLEAU 1. Résumé des recommandations

Module et numéro de la recommandation	Recommandation Force de la recommandation et degré de certitude des données probantes
Aspects généraux (OVE)	
OVE1 (nouveau)	Des interventions psychosociales (psychoéducation utilisant des approches de résolution de problèmes et thérapies cognitives et comportementales (individuelles ou familiales), interventions d'auto-assistance et groupes d'entraide) doivent être envisagées pour les aidants qui s'occupent de personnes atteintes de psychose ou de trouble bipolaire. Recommandation conditionnelle. Degré de certitude des données probantes modéré (aidants de personnes atteintes de psychose ou de trouble bipolaire), très faible (aidants de personnes atteintes de troubles liés à l'usage de substances).
Psychose et trouble bipolaire (PSY)	
PSY1 (mise à jour)	1.1 Les médicaments antipsychotiques oraux (aripiprazole, chlorpromazine, halopéridol, olanzapine, palipéridone, quétiapine, rispéridone) doivent être proposés aux adultes atteints d'un trouble psychotique (y compris la schizophrénie), après avoir soigneusement pesé l'efficacité, les effets secondaires et les préférences individuelles. Recommandation forte. Degré de certitude des données probantes modéré. 1.2 La clozapine doit être envisagée pour les adultes atteints d'un trouble psychotique résistant au traitement (y compris la schizophrénie) sous la supervision d'un spécialiste de la santé mentale, après avoir soigneusement pesé l'efficacité, les effets secondaires et les préférences individuelles. Recommandation conditionnelle. Degré de certitude des données probantes modéré.
PSY2 (mise à jour)	Un traitement d'entretien avec des médicaments antipsychotiques pendant au moins 7 à 12 mois doit être proposé pour les adultes présentant un premier épisode de psychose (y compris la schizophrénie) en rémission, après avoir soigneusement pesé l'efficacité, les effets secondaires et les préférences individuelles. Recommandation forte. Degré de certitude des données probantes modéré.
PSY3 (mise à jour)	Un traitement d'entretien avec des stabilisateurs de l'humeur ou des médicaments antipsychotiques doit être envisagé pendant au moins six mois pour les adultes atteints de trouble bipolaire en rémission, après avoir soigneusement pesé l'efficacité, les effets secondaires et les préférences individuelles. Recommandation conditionnelle. Degré de certitude des données probantes faible.
PSY4 (mise à jour)	Les antipsychotiques injectables à longue durée d'action (fluphénazine, halopéridol, palipéridone, rispéridone et zuclopenthixol) doivent être considérés comme une alternative aux antipsychotiques oraux pour les adultes atteints de troubles psychotiques (y compris la schizophrénie) nécessitant un traitement à long terme, après avoir soigneusement pesé l'efficacité, les effets secondaires et les préférences individuelles. Recommandation conditionnelle. Degré de certitude des données probantes modéré.

TABLEAU 1. Résumé des recommandations

Module et numéro de la recommandation	Recommandation Force de la recommandation et degré de certitude des données probantes
PSY5 (mise à jour)	5.1 Les médicaments antipsychotiques oraux (aripiprazole, olanzapine, palipéridone, quétiapine, rispéridone) doivent être envisagés sous la surveillance d'un spécialiste pour les adolescents atteints d'un trouble psychotique (y compris la schizophrénie), après avoir soigneusement pesé l'efficacité, les effets secondaires et les préférences individuelles. Recommandation conditionnelle. Degré de certitude des données probantes faible. 5.2 La clozapine doit être envisagée chez les adolescents atteints d'un trouble psychotique résistant au traitement (y compris la schizophrénie) sous la supervision d'un spécialiste, après avoir soigneusement pesé l'efficacité, les effets secondaires et les préférences individuelles. Recommandation conditionnelle. Degré de certitude des données probantes faible.
PSY6 (mise à jour)	Les médicaments psychotropes (les médicaments antipsychotiques : aripiprazole, olanzapine, quétiapine, rispéridone ; et les stabilisateurs de l'humeur, comme le lithium) doivent être envisagés sous la supervision d'un spécialiste pour les adolescents atteints de trouble bipolaire (épisode maniaque actuel), après avoir soigneusement pesé l'efficacité, les effets secondaires et les préférences individuelles. Recommandation conditionnelle. Degré de certitude des données probantes très faible.
PSY7 (mise à jour)	7.1 Des antipsychotiques oraux (aripiprazole, halopéridol, olanzapine, palipéridone ou quétiapine) ou des stabilisateurs de l'humeur (carbamazépine, lithium, acide valproïque [valproate de sodium]) doivent être proposés aux adultes atteints de trouble bipolaire (épisode maniaque actuel), après avoir soigneusement pesé l'efficacité, les effets secondaires et les préférences individuelles. Recommandation forte. Degré de certitude des données probantes faible. 7.2 L'acide valproïque (valproate de sodium) ne doit pas être administré aux femmes et aux filles en âge de procréer en raison du risque élevé de malformations congénitales et de troubles du neurodéveloppement chez le fœtus. Recommandation forte. Degré de certitude des données probantes faible.
PSY8 (mise à jour)	8.1 Les stabilisateurs de l'humeur (carbamazépine, lithium, acide valproïque [valproate de sodium]) ou les médicaments antipsychotiques oraux (aripiprazole, olanzapine, quétiapine) doivent être envisagés comme traitement d'entretien pour les adultes atteints de trouble bipolaire en rémission, après avoir soigneusement pesé l'efficacité, les effets secondaires et les préférences individuelles. Recommandation conditionnelle. Degré de certitude des données probantes faible. 8.2 L'acide valproïque (valproate de sodium) ne doit pas être administré aux femmes et aux filles en âge de procréer atteintes de trouble bipolaire en rémission en raison du risque élevé de malformations congénitales et de troubles du neurodéveloppement chez le fœtus. Recommandation forte. Degré de certitude des données probantes faible.

TABLEAU 1. Résumé des recommandations

Module et numéro de la recommandation	Recommandation Force de la recommandation et degré de certitude des données probantes
PSY9 (mise à jour)	La fluoxétine, l'olanzapine, la quétiapine, l'acide valproïque (valproate de sodium) ou la venlafaxine doivent être envisagés pour les adultes atteints de dépression bipolaire. Si l'on opte pour la fluoxétine ou la venlafaxine, il faut les administrer en même temps qu'un stabilisateur de l'humeur (quétiapine, olanzapine, carbamazépine, acide valproïque [valproate de sodium], lithium). Recommandation conditionnelle. Degré de certitude des données probantes très faible.
PSY10 (mise à jour)	Un traitement basé sur les thérapies comportementales et cognitives (TCC) doit être envisagé pour les adultes atteints de troubles psychotiques (y compris la schizophrénie) dans la phase aiguë de la maladie, lorsqu'un soutien spécialisé suffisant est disponible. Recommandation conditionnelle. Degré de certitude des données probantes modéré.
PSY11 (mise à jour)	Les interventions psychosociales (interventions familiales, psychoéducation familiale, psychoéducation et thérapies comportementales et cognitives (TCC)) doivent être proposées aux adultes atteints de psychose (y compris la schizophrénie) pendant la phase d'entretien, seules ou en association. Recommandation forte. Degré de certitude des données probantes modéré.
PSY12 (mise à jour)	Les interventions psychologiques individuelles (thérapies cognitives et comportementales (TCC), psychoéducation familiale, thérapie d'adhésion thérapeutique, psychoéducation en ligne ou psychoéducation) doivent être considérées comme un complément aux interventions pharmacologiques dans le traitement des adultes atteints de trouble bipolaire en rémission. Recommandation conditionnelle. Degré de certitude des données probantes faible.
Comportement auto-agressif et suicide (SUI)	
SUI1 (nouveau)	Il est possible d'envisager des interventions de type planification de la sécurité, c'est-à-dire les interventions fondées sur les principes de la planification de la sécurité qui sont à composantes multiples ou complétées par un suivi ou un soutien. Recommandation conditionnelle. Degré de certitude des données probantes très faible.
SUI2	Les données probantes concernant l'efficacité des campagnes médiatiques ponctuelles (visant à sensibiliser le grand public au suicide et à sa prévention) pour réduire le nombre de décès par suicide, de tentatives de suicide et de comportements auto-agressifs sont insuffisantes pour permettre de formuler une recommandation.
SUI3 (nouveau)	Les interventions numériques ponctuelles basées sur des interventions probantes telles que les thérapies cognitives et comportementales (TCC), les thérapies comportementales dialectiques (TCD), les thérapies de résolution de problèmes (TRP) et la pleine conscience doivent être considérées comme un soutien pour les personnes ayant des pensées suicidaires. Recommandation conditionnelle. Degré de certitude des données probantes faible.



Pour plus d'information, contactez:

Organisation mondiale de la Santé

Département Santé Mentale, Santé Cérébrale et Toxicomanie
Avenue Appia 20
CH-1211 Genève 27
Suisse

Email: mhgap-info@who.int

Website: <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/>
www.who.int

