



TROUBLE D'ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE ET TROUBLE PANIQUE CHEZ LES ADULTES: REPÉRAGE, ORIENTATION ET TRAITEMENT

GUIDE DE PRATIQUE CLINIQUE

Publié par le NICE en 2011, dernière mise à jour du NICE en 2019.

Publié par le MSSS en janvier 2022.

Le guide de pratique clinique *Anxiété généralisée et trouble panique chez l'adulte : repérage, orientation et traitement* est tiré du guide Generalised anxiety disorder and panic disorder in adults : management © NICE [2019], disponible au : <https://www.nice.org.uk/guidance/cg113>. Tous droits réservés. Les guides de pratique du NICE sont préparés pour le National Health Service de l'Angleterre. Ils sont régulièrement révisés et mis à jour et peuvent être retirés du site Web (nice.org.uk) à la discrétion du NICE. Le NICE n'accepte aucune responsabilité pour l'utilisation du contenu de cette publication.

ÉDITION

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Le présent document s'adresse spécifiquement aux intervenants du réseau québécois de la santé et des services sociaux et n'est accessible qu'en version électronique à l'adresse :

www.msss.gouv.qc.ca, section **Publications**

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2022

ISBN : 978-2-550-89905-1 (version PDF)

Les photographies contenues dans cette publication ne servent qu'à illustrer les différents sujets abordés. Les personnes y apparaissant sont des figurants.

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2022

LISTE DES COLLABORATEURS

Direction

Docteur Pierre Bleau, directeur national des services en santé mentale et de psychiatrie légale

Madame Sandra Bellemare, travailleuse sociale, directrice des services de santé mentale et de psychiatrie légale

Cheffe de projet du PQPTM

Madame Sandra Bellemare, travailleuse sociale, Direction générale adjointe des services de santé mentale et de psychiatrie légale

Pilote clinico-organisationnel du PQPTM

Madame **Martine Lafleur**, infirmière, Direction générale adjointe des services de santé mentale et de psychiatrie légale

Rédaction

Madame Sandra Bellemare, travailleuse sociale, directrice des services de santé mentale et de psychiatrie légale, cheffe de projet du PQPTM

Madame Annie-Claudie Canuel, psychologue, conseillère au déploiement du PQPTM, Direction générale adjointe des services de santé mentale et de psychiatrie légale

Monsieur Steve Castonguay, pilote de la mesure des résultats du PQPTM, Direction générale adjointe des services de santé mentale et de psychiatrie légale

Madame Alexandra Dion, conseillère à la contextualisation du PQPTM, Direction générale adjointe des services de santé mentale et de psychiatrie légale

Madame Martine Lafleur, pilote clinico-organisationnel du PQPTM, Direction générale adjointe des services de santé mentale et de psychiatrie légale

Monsieur Marc Lecourtois, psychologue, conseiller au déploiement du PQPTM, Direction générale adjointe des services de santé mentale et de psychiatrie légale

Monsieur Karl Turcotte, travailleur social, pilote du déploiement du PQPTM, Direction générale adjointe des services de santé mentale et de psychiatrie légale

Chargés de projet du sous-comité clinico-organisationnel du PQPTM

Madame Karine Desharnais, pharmacienne, conseillère pharmaceutique

Madame Alexandra Dion, psychoéducatrice, conseillère à la contextualisation

Madame Isabelle Gaudet, ergothérapeute, conseillère à la contextualisation

Madame Marie-Eve Tremblay, psychologue, formatrice et membre du sous-comité déploiement

Autres membres du sous-comité clinico-organisationnel du PQPTM (2019-2020)

Docteure Dorice Boudreault, médecin de famille au Programme santé mentale de première ligne, nommée par le Collège des médecins du Québec

Madame Francine Dépelteau, psychoéducatrice, représentante de l'Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec

Madame Martine Vaillancourt, ergothérapeute-psychothérapeute, représentante de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec

Membres des comités scientifique et directeur du PQPTM (2019-2020)

Représentants des ordres professionnels

Monsieur Michel Caron, pharmacien, adjoint professionnel à la Direction des affaires externes et du soutien professionnel, représentant de l'Ordre des pharmaciens du Québec

Madame Catherine de Lanux, psychoéducatrice, coordonnatrice aux affaires professionnelles, représentante de l'Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec

Madame Isabelle Sicard, ergothérapeute, analyste au développement de l'exercice professionnel, représentante de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec

Madame Martine Lacharité, conseillère d'orientation, directrice générale et secrétaire, représentante de l'Ordre des conseillers et conseillères d'orientation du Québec

Madame France Laflamme, conseillère à la qualité de la pratique, représentante de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

Docteure Isabelle Marleau, psychologue, directrice de la qualité et du développement de la pratique, Ordre des psychologues du Québec

Madame Isabelle Proulx, sexologue, psychothérapeute, chargée d'affaires professionnelles, représentante de l'Ordre professionnel des sexologues du Québec

Madame Marie-Lyne Roc, travailleuse sociale, chargée d'affaires professionnelles, représentante de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec

Docteur Jean-Bernard Trudeau, directeur général adjoint, représentant du Collège des médecins du Québec

Représentants du réseau de la santé et des services sociaux et d'autres organismes (2019-2020)

Monsieur Benoît Bernier, directeur clinique, organisme périscolaire Déclit, Montréal

Monsieur Jonathan Brière, directeur, santé mentale, dépendance et itinérance, CIUSSS de l'Est-de-l'Île

Monsieur Patrick Duchesne, directeur, santé mentale et dépendance, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Monsieur Dave Fillion, directeur par intérim, santé mentale adulte et dépendance, CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

Monsieur Alain Godmaire, directeur, santé mentale et dépendance, CISSS de l'Outaouais

Madame Najia Hachimi-Idrissi, présidente-directrice générale adjointe, CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal, représentante des établissements publics de santé et de services sociaux

Madame Amina Khilaji, usagère partenaire

Monsieur Michel Laroche, directeur, santé mentale adulte et dépendance, CISSS de Chaudière-Appalaches, représentant des établissements publics de santé et de services sociaux

Monsieur Michael Sheehan, représentant de la Coalition pour l'accès à la psychothérapie

Monsieur Alexandre St-Germain, travailleur social, directeur, santé mentale adulte et dépendance par intérim, CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal, représentant des établissements publics de santé et de services sociaux

Traduction et révision linguistique

Madame Isabelle Simard, traductrice agréée

Conseillères scientifiques

Docteure Chantal Caron, médecin-conseil contractuel, Direction générale adjointe des services de santé mentale et de psychiatrie légale

AVIS AUX LECTEURS

Ce guide de pratique découle du guide de pratique clinique du National Institute for Health and Care Excellence (NICE), guide pour lequel le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a acquis une licence d'adaptation et de contextualisation dans le cadre du Programme québécois pour les troubles mentaux : des autosoins à la psychothérapie (PQPTM).

Il est adapté, par la Direction générale adjointe des services de santé mentale, dépendance et itinérance en collaboration avec différentes parties prenantes, de façon à être conforme au contexte des soins et services et de l'organisation du système de santé québécois ainsi qu'aux lois en vigueur.

Afin de faciliter la lecture, les modifications apportées au texte original du guide de pratique dans le cadre des travaux de contextualisation, sont écrites en italique.

Les guides originaux se basent sur les différentes éditions du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM) et sur la Classification internationale des maladies (CIM) alors que le présent guide réfère au DSM-IV.

De plus, le Québec est l'un des seuls endroits au monde où la psychothérapie est encadrée légalement. Le guide de pratique clinique du NICE et les recherches sur lesquels sont basés les interventions recommandées utilisent les termes « thérapie » et « psychothérapie » sans préciser si ces termes réfèrent à de la psychothérapie telle que définie à l'article 187.1 du [Code des professions](#). Ainsi, les recommandations indiquées en italiques et soulignées indiquent que celles-ci nécessitent le jugement clinique de l'intervenant afin que celui-ci détermine si l'intervention qu'il s'apprête à réaliser constitue ou non de la psychothérapie au sens de cette Loi. Cette analyse effectuée par l'intervenant devrait être réalisée à l'aide des divers documents interordres concernant l'exercice de la psychothérapie et des interventions qui s'y apparentent, disponible sur le site de la collaboration interprofessionnelle¹.

Le guide de pratique clinique est une des composantes du PQPTM, lequel repose sur un modèle de soins par étapes basé sur les données probantes. Pour plus d'informations concernant le PQPTM dans son intégralité, se référer au [Document d'information à l'intention des établissements - Programme québécois pour les troubles mentaux : Des autosoins à la psychothérapie \(PQPTM\)](#).

L'équipe de contextualisation

¹ Collaboration interprofessionnelle. (s.d.). Publications. <https://collaborationinterprofessionnelle.ca/publications-2/>

VOS RESPONSABILITÉS

Les recommandations figurant dans le présent guide de pratique représentent le point de vue qu'a adopté le NICE après un examen minutieux des données probantes disponibles. Il est attendu que, lorsqu'ils exercent leur jugement clinique, les intervenants, tiennent entièrement compte de ce guide de pratique, de même que des besoins particuliers, des préférences et des valeurs de la personne utilisatrice de services. La mise en application des recommandations n'est pas obligatoire, et le guide de pratique ne l'emporte pas sur la responsabilité de prendre les décisions appropriées en fonction de la situation d'une personne, et ce, en consultation avec cette dernière de même *qu'avec la famille et l'entourage, le cas échéant*.

Les établissements publics de santé et des services sociaux et les fournisseurs de soins et services de santé sont responsables de prendre les mesures nécessaires à la mise en application du guide de pratique pour que les intervenants et les personnes utilisatrices de services puissent l'utiliser. Ces démarches devraient s'effectuer en conformité avec les orientations nationales et locales et dans le respect des standards d'accès, d'intégration, de qualité, d'efficacité et d'efficience *ainsi qu'en conformité avec les articles 79 à 118 de la [Loi sur les services de santé et les services sociaux \(LSSSS\)](#)*. Aucun élément de ce guide de pratique ne devrait être interprété d'une façon qui serait incompatible avec le respect de ces obligations.

Les établissements publics de santé et des services sociaux et les fournisseurs sont responsables de favoriser l'adoption de pratiques respectueuses de l'environnement dans le cadre du régime de services de santé et de services sociaux et devraient privilégier l'intégration volontaire du développement durable dans la mise en œuvre des recommandations de ce guide de pratique *conformément aux plans d'action de développement durable du MSSS^{2,3}*.

² Ministère de la Santé et des Services sociaux (2017). Plan d'action de développement durable 2016-2020 du ministère de la Santé et des Services sociaux. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001819/?&txt=durable&msss_valpub&date=DESC

³ Ministère de la Santé et des Services sociaux (2021). Plan d'action transitoire 2021-2022 - Stratégie gouvernementale de développement durable. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003081/>

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	1
Principales priorités quant à la mise en œuvre	3
1. Recommandations	5
1.1. Principes guidant les soins et services offerts aux personnes qui présentent des symptômes de TAG ou ayant été confirmé.....	5
1.2. Le modèle de soins par étapes pour les personnes qui présentent des symptômes de TAG ou ayant été confirmé	7
1.3. Principes guidant les soins et services offerts aux personnes qui présentent des symptômes relatifs à un trouble panique (TP) ou ayant été confirmé	21
1.4. Le modèle de soins par étapes pour les personnes qui présentent des symptômes de TP ou ayant été confirmé	23
2. Recommandations de recherche	37
3. Notes sur le présent guide	44
4. Mise à jour du guide de pratique	45
Annexe 1 : Termes utilisés	47
Annexe 2 : Force des recommandations.....	53

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Le modèle de soins par étapes : Interventions recommandées pour le TAG.....	9
Tableau 2. Le modèle de soins par étapes : Interventions recommandées pour le TP.....	32

LISTE DES SIGLES

Sigle	Définition
ATC	Antidépresseurs tricycliques
CIM	Classification internationale des maladies
DSM	Diagnostic and statistical manual of mental disorders
GAD-7	Generalized anxiety disorder – 7 item scale
GMF	Groupe de médecine de famille
IAPT	Improving access to psychological therapies
IRSN	Inhibiteur du recaptage de la sérotonine et de la noradrénaline
ISRS	Inhibiteur sélectif du recaptage de la sérotonine
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MHRA	Medicines and healthcare products regulatory agency
MIA	Mobility inventory for Agoraphobia
MSRP	Médecin spécialiste répondant en psychiatrie
MSSS	Ministère de la Santé et Services sociaux
NHS	National health service
NICE	National institute for health and care excellence
PASM	Plan d'action en santé mentale - faire ensemble et autrement 2015-2020
PDSS	Panic disorder severity scale
PPA	Personne proche aidante
PQPTM	Programme québécois pour les troubles mentaux : des autosoins à la psychothérapie
RSSS	Réseau de la santé et des services sociaux
TAG	Trouble d'anxiété généralisée
TCC	Thérapie cognitivo-comportementale (psychothérapie)
TIC	Technologies de l'information et des communications
TP	Trouble panique

APERÇU

Le présent guide de pratique traite principalement des soins et des services à offrir aux personnes âgées de 18 ans ou plus *présentant des symptômes d'un trouble d'anxiété généralisée (TAG) ou un trouble panique (TP) (avec ou sans agoraphobie) ou ayant été confirmé (voir [note1](#))* ainsi que de favoriser la mise en œuvre de traitements efficaces pour ces troubles.

Le NICE a également développé un guide de pratique clinique concernant les troubles mentaux fréquents⁴, document contextualisé au Québec : [Troubles mentaux fréquents : repérage et trajectoires de services.](#)

À qui s'adresse le guide de pratique ?

- *Les intervenants du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) et ses partenaires, qu'ils soient du secteur public, privé ou communautaire.*
- *Les établissements publics de santé et de services sociaux et les fournisseurs.*
- *Les adultes présentant des symptômes d'un TAG ou d'un TP ou ayant été confirmé de même que la famille et l'entourage.*
- *Au besoin, de l'information à l'intention du public vulgarisant les recommandations contenues dans ce guide est disponible et peut être consultée.*

⁴ National Institute of Health and Care Excellence (2011). Common mental health problems: identification and pathways to care (Nice clinical guideline CG123) <https://www.nice.org.uk/guidance/cg123>

INTRODUCTION

Le trouble d'anxiété généralisée (TAG) fait partie de la famille des troubles anxieux au même titre que le trouble panique (TP) (avec ou sans agoraphobie), le trouble stress post-traumatique, le trouble obsessionnel-compulsif, la phobie sociale, les phobies spécifiques (par exemple, la phobie des araignées) et l'état de stress aigu.

NOTE : La version originale du guide CG 113 du NICE propose la nomenclature du DSM-IV. Il est à noter que dans le DSM-5, le TAG s'appelle anxiété généralisée et que le trouble obsessionnel-compulsif et le trouble stress post-traumatique ne font plus partie des troubles anxieux. Le trouble panique avec ou sans agoraphobie sont maintenant deux troubles distincts, soit le trouble panique et l'agoraphobie. De plus, la phobie sociale porte maintenant le nom d'anxiété sociale.

Le trouble stress post-traumatique appartient quant à lui aux troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress⁵.

Un trouble anxieux peut se manifester seul, mais s'accompagne plus souvent d'autres troubles anxieux ou de troubles dépressifs. Ce guide de pratique clinique porte autant sur le TAG « pur », qui ne s'accompagne d'aucune comorbidité, que sur la présentation plus typique du TAG comorbide avec d'autres troubles anxieux ou troubles dépressifs, pour lequel le TAG constitue le trouble principal.

Le TAG est un trouble *mental* fréquent dont la principale manifestation est une inquiétude excessive concernant un certain nombre d'événements ou d'activités, associée à une difficulté à contrôler cette inquiétude. Pour conclure à la présence d'un TAG selon le système de classification du DSM-IV, *il doit notamment y avoir* la présence des deux principaux symptômes (anxiété et soucis excessifs concernant un certain nombre d'événements ou d'activités, et attente avec appréhension), de même qu'au moins trois autres symptômes parmi une liste de six symptômes⁶. Les symptômes devraient être présents au moins six mois et entraîner une détresse importante ou une altération cliniquement significative du fonctionnement social ou professionnel, des performances scolaires ou d'autres domaines importants.

Selon le DSM-IV-TR⁷, une caractéristique essentielle du TP est la présence d'attaques de panique récurrentes et inattendues qui sont suivies, pendant une période d'au moins un mois, d'une crainte persistante d'autres attaques de panique ou de leurs conséquences ou encore d'un changement de comportement significatif et inadapté en relation avec les attaques de panique. En outre, plus d'une attaque de panique inattendue doit être survenue. De plus, les attaques ne devraient pas être attribuables à l'utilisation d'une substance, à une autre affection médicale ou à un autre trouble mental. Le TP peut être associé ou non à l'agoraphobie.

NOTE : Le DSM 5 présente maintenant le trouble panique et l'agoraphobie comme deux troubles distincts. La présence d'agoraphobie peut être confirmée indépendamment de la présence d'un TP. Si la personne présente les critères diagnostics du TP et de l'agoraphobie, cette personne devrait recevoir la confirmation de la présence de ces deux troubles, soit un TP et de l'agoraphobie⁸.

⁵ American Psychiatric Association (APA) (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5) (5e Éd.). Washington, D.C., É.-U.: American Psychiatric Association Publishing. 991 pages.

⁶ American Psychiatric Association (1996). Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (4e éd.). Paris, FR: Masson. Le présent guide de pratique se base sur les critères du DSM-IV, car les données appuyant les traitements reposent en grande partie sur ce système.

⁷ American Psychiatric Association (2002). Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (révision de la 4e éd.). Paris, FR: Masson.

⁸ American Psychiatric Association (APA) (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5) (5e Éd.). Washington, D.C., É.-U.: American Psychiatric Association Publishing. 991 pages.

Notez également que l'information présente dans cette section ne doit pas se substituer au Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM)⁹ et à la Classification internationale des maladies (CIM)¹⁰ lorsque vient le temps d'évaluer le trouble mental.

Le TAG ou le TP sont de gravité et de complexité variables, ce qui a des répercussions sur la réponse au traitement. Par conséquent, il est important de considérer la gravité et la durée des symptômes, le degré de détresse, l'altération du fonctionnement, les antécédents personnels et les comorbidités lorsqu'une démarche évaluative est entreprise.

Le TAG ou le TP peuvent évoluer en trouble chronique ou être ponctués par des périodes de rechute. Si possible, l'objectif d'un traitement devrait être le soulagement des symptômes, associé à une amélioration du fonctionnement et à une diminution du risque de rechute.

Consultez la section [Pharmacothérapie](#) afin de prendre connaissance des recommandations à ce sujet.

La présente version du guide de pratique clinique (*version anglaise*)¹¹ comprend de nouvelles recommandations ainsi que des mises à jour concernant le repérage, l'orientation et le traitement du TAG chez les adultes. Consultez la section [Mise à jour du guide de pratique](#) pour en connaître les détails.

⁹ American Psychiatric Association (APA) (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5) (5e Éd.). Washington, D.C., É.-U.: American Psychiatric Association Publishing. 991 pages.

¹⁰ Organisation mondiale de la Santé (2019). Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (11e éd.)

¹¹ National Institute of Health and Care Excellence (2019). Generalised anxiety disorder and panic disorder in adults : management (Nice clinical guideline CG123) (2nd ed.). : <https://www.nice.org.uk/guidance/cg113>

PRINCIPALES PRIORITÉS QUANT À LA MISE EN ŒUVRE

Les recommandations qui suivent ont été identifiées comme prioritaire dans la mise en œuvre du présent guide. Elles ont été sélectionnées à la suite de la mise à jour des recommandations au sujet du repérage, de l'orientation et du traitement du TAG chez les adultes.

Consultez la [section 1.2](#) afin de prendre connaissance des recommandations détaillées.

Étape 1 : repérage et démarche évaluative

- Repérez, *appréciez ou évaluez la personne qui présente des symptômes relatifs à un TAG et communiquez-lui dès que possible, la suspicion ou la confirmation relative à la présence d'un TAG afin de l'aider à comprendre le trouble et de commencer un traitement efficace rapidement.* [2011]
- Envisagez la présence d'un TAG chez les personnes présentant de l'anxiété ou une inquiétude importante, ainsi que chez les personnes qui sollicitent des consultations fréquentes dans le cadre des services de première ligne et qui :
 - présentent un problème de santé physique chronique, **ou**
 - n'ont aucun problème de santé physique, mais cherchent à être rassurées au sujet de symptômes somatiques (particulièrement les personnes âgées et les personnes issues de groupes ethniques minoritaires), **ou**
 - présentent des inquiétudes récurrentes au sujet d'un vaste éventail de problèmes. [2011]

Étape 2 : présence confirmée d'un TAG qui ne s'est pas amélioré après les interventions de l'étape 1

- Chez les personnes qui présentent un TAG dont les symptômes ne se sont pas améliorés après les interventions d'éducation psychologique et de surveillance active mises en œuvre à l'étape 1, offrez une ou plusieurs des interventions suivantes en premier lieu, en fonction des préférences de la personne :
 - soins individuels non dirigés;
 - soins individuels dirigés;
 - éducation psychologique en groupe [2011].

Étape 3: TAG qui s'accompagne d'une altération importante du fonctionnement ou qui ne s'est pas amélioré après les interventions relevant de l'étape 2

Traitements recommandés à l'étape 3

- Chez les personnes qui présentent un TAG s'accompagnant d'une altération importante du fonctionnement ou n'ont pas répondu adéquatement aux interventions de l'étape 2,
 - Offrez l'un ou l'autre des traitements suivants *ou orientez-les à cette fin* :
 - un traitement individuel *de plus haute intensité* (voir recommandations [1.2.17](#) à [1.2.21](#)) **ou**
 - une pharmacothérapie (voir recommandations [1.2.22](#) à [1.2.32](#)).
 - Fournissez de l'information verbale et écrite sur les avantages et les inconvénients possibles de chaque forme de traitement, y compris le risque que les médicaments soient associés à des effets indésirables et à un syndrome de sevrage.

- Le traitement doit être basé en fonction des préférences de la personne car aucune donnée probante n'indique qu'un type de traitement est supérieur à l'autre (traitement de *plus haute intensité* ou pharmacothérapie). [2011]

Traitements de plus haute intensité

- Si une personne qui présente un TAG opte pour un traitement de *plus haute intensité*, offrez l'un ou l'autre des traitements suivants ou orientez-les à cette fin :
 - traitement utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une TCC,
ou
 - relaxation appliquée. [2011]

Pharmacothérapie

- Si une personne qui présente un TAG choisit la pharmacothérapie, offrez un antidépresseur appartenant à la classe des inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine (**ISRS**). Envisagez la sertraline d'abord, car ce médicament offre le meilleur rapport coût-efficacité. Le consentement *libre* et éclairé devrait être documenté au dossier. Effectuez un suivi rigoureux des effets secondaires auprès de la personne traitée. [2011]

Notez qu'au moment de la publication du présent guide de pratique clinique (janvier 2022), cette indication ne figurait pas dans l'autorisation de commercialisation de la sertraline au Canada, de même que pour certains autres ISRS.

Consultez la section [Pharmacothérapie](#) afin de prendre connaissance des mises en garde à ce sujet.

- N'offrez pas de benzodiazépines pour le traitement du TAG dans le cadre des services de première ligne et des services spécifiques à l'exception d'un traitement de courte durée en cas de crise. [2011]

Se référer à la monographie de produit et aux lignes directrices canadiennes du traitement de l'anxiété dans ce contexte.

- N'offrez pas d'antipsychotiques pour le traitement du TAG dans le cadre des services de première ligne. [2011, modifiée 2020]

Réponse insuffisante aux traitements de l'étape 3

- Envisagez d'orienter une personne qui présente un TAG *vers les soins et services* de l'étape 4 en présence d'anxiété grave s'accompagnant d'une altération importante du fonctionnement et de l'un ou l'autre des facteurs suivants :
 - un risque d'automutilation ou de comportements autodestructeurs, ou la présence d'idées suicidaires; **ou**
 - une comorbidité importante, telle qu'un trouble de l'usage de substances, un trouble de la personnalité ou un problème de santé physique complexe; **ou**
 - une autonégligence; **ou**
 - une réponse insuffisante aux traitements de l'étape 3. [2011]

1. RECOMMANDATIONS

La personne utilisatrice de services a le droit de participer à toute décision concernant son état de santé ou de bien-être¹². Ces soins et services doivent tenir compte des préférences et des besoins de chaque personne.

Les usagers et les établissements publics de santé et de services sociaux ont des droits et des responsabilités, lesquels sont définis dans la [LSSSS](#), et tous les guides de pratique du NICE contextualisés par le MSSS sont rédigés de façon à s'y conformer.

Les intervenants et les établissements doivent respecter les lois en vigueur notamment celles concernant l'obligation d'obtenir un consentement libre et éclairé conformément aux dispositions prévues dans la [LSSSS](#) et au [Code civil du Québec](#) ainsi que celle concernant le droit pour la personne utilisatrice de service de participer à toute décision concernant son état de santé ou de bien-être¹³. Ainsi, la prise de décision partagée entre la personne utilisatrice de services et les intervenants de la santé et des services sociaux qui les accompagnent devrait être favorisée. Ils doivent également se conformer à la [Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui](#) et à la [Loi sur la protection de la jeunesse](#) et leurs divers règlements.

Les professionnels doivent également se conformer au [Code des professions](#) et ses divers règlements ainsi qu'à leurs obligations professionnelles, incluant leur code de déontologie et des normes et standards de pratiques.

Les recommandations

Les recommandations qui suivent ont été élaborées selon les meilleures données probantes disponibles. *Pour plus d'informations concernant la terminologie employée pour représenter la force de la recommandation, se référer à l'[ANNEXE 2](#)*

1.1. PRINCIPES GUIDANT LES SOINS ET SERVICES OFFERTS AUX PERSONNES QUI PRÉSENTENT DES SYMPTÔMES DE TAG OU AYANT ÉTÉ CONFIRMÉ

Information et soutien offerts aux personnes qui présentent des symptômes de TAG ou ayant été confirmé, à leur famille et à leur entourage.

1.1.1. Lorsque vous offrez des soins et des services à des personnes qui présentent des symptômes d'un TAG ou ayant été confirmé :

- Développez une relation thérapeutique basée sur l'ouverture, l'engagement et l'absence de jugements de valeur;
- Examinez les inquiétudes de la personne de façon à parvenir à une compréhension commune des répercussions du TAG;
- Envisagez les différentes options de traitement en collaboration avec la personne, en précisant que la prise de décisions est un processus partagé;

¹² Loi sur les services de santé et les services sociaux, RLRQ c S-4.2, art.10. <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showDoc/cs/S-4.2?digest>

¹³ Loi sur les services de santé et les services sociaux, RLRQ c S-4.2, art.10. <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showDoc/cs/S-4.2?digest>

- Veillez à ce que la discussion ait lieu dans un cadre assurant la confidentialité, et le respect de la dignité et de la vie privée de la personne. [2011]

1.1.2. Lorsque vous offrez des soins et des services à des personnes qui présentent des symptômes d'un TAG ou ayant été confirmé :

- Fournissez de l'information appropriée au niveau de connaissances *et de compréhension* de la personne au sujet de la nature du TAG et de l'éventail de traitements possibles;
- Si possible, assurez-vous que de l'information écrite ou du matériel audiovisuel soit disponible dans la langue privilégiée de la personne;
- Offrez les services d'interprètes indépendants, si besoin. [2011]

Considérant que le niveau de littératie est un important prédicteur de l'état de santé, les stratégies de communication doivent être adaptées lors des échanges avec la personne, la famille et l'entourage¹⁴.

1.1.3. Lorsque la famille ou l'entourage est impliquée dans l'accompagnement et le soutien d'une personne qui présente des symptômes d'un TAG ou ayant été confirmé¹⁵ envisagez de :

- Renseigner la famille et l'entourage sur les groupes d'entraide et de soutien offerts par des associations ou des organismes communautaires venant en aide à la famille et à l'entourage de personnes qui présentent des symptômes d'un TAG ou ayant été confirmé. Remettez-leur leurs coordonnées et aidez-les à y avoir accès *au besoin*;
- *Discuter* des conditions relatives à la confidentialité et au partage de l'information entre la personne qui présente des symptômes d'un TAG ou ayant été confirmé, sa famille et l'entourage;
- Fournir de l'information écrite et verbale au sujet du TAG et de sa gestion, y compris le soutien que peut lui apporter la famille et l'entourage;
- Fournir les coordonnées de personnes-ressources, ainsi que de l'information sur les mesures à prendre et les personnes à joindre en cas de crise.
- Repérer, apprécier et répondre aux besoins de soutien de la famille et de l'entourage en termes de soins et services en santé mentale et physique. [2011, modifiée 2020]

Selon le [Plan d'action santé mentale - faire ensemble et autrement \(PASM\) 2015-2020](#), la famille et l'entourage d'une personne qui présente un trouble mental ont de nombreux besoins qui doivent être reconnus, notamment en matière d'information sur les troubles mentaux, sur les soins et services disponibles et sur le soutien qu'ils peuvent obtenir.

1.1.4. Informez les personnes qui présentent des symptômes d'un TAG ou ayant été confirmé des organismes communautaires qui offrent des groupes de soutien, d'entraide ou d'autosoins œuvrant à l'échelle locale ou nationale, en particulier ceux qui permettent le partage d'expériences semblables. [2011]

¹⁴ Ministère de la Santé et des Services sociaux (2018). *Cadre de référence de l'approche de partenariat entre les usagers, leurs proches et les acteurs en santé et en services sociaux*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002061/>

¹⁵ Ministère de la Santé et des Services sociaux (2016). *Plan d'action sur la primauté de la personne dans la prestation et l'organisation des services*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001798/>

- 1.1.5. Pour les personnes qui présentent des symptômes d'un TAG ou ayant été confirmé et un trouble neurodéveloppemental¹⁶ léger ou un trouble cognitif léger, offrez les mêmes traitements qu'aux autres personnes présentant le *même tableau clinique*, en adaptant la méthode de prestation de traitement ou la durée en fonction des difficultés ou incapacités reliées au trouble neurodéveloppemental ou du trouble cognitif, au besoin. [2011]
- 1.1.6. Lors du *repérage, de l'appréciation*, de l'évaluation ou du traitement *d'une personne qui présente des symptômes relatifs à un TAG ou ayant été confirmé* et un trouble neurodéveloppemental moyen¹⁷ ou sévère ou un trouble cognitif moyen ou sévère, considérez consulter un intervenant spécialisé auprès de ces clientèles. [2011]

1.2. LE MODÈLE DE SOINS PAR ÉTAPES POUR LES PERSONNES QUI PRÉSENTENT DES SYMPTÔMES DE TAG OU AYANT ÉTÉ CONFIRMÉ

Un modèle de soins par étapes (voir [Tableau 1](#)) est utilisé afin d'organiser l'offre de soins et services et d'aider les personnes qui présente des symptômes relatifs à un TAG ou ayant été confirmé, leur famille et leur entourage ainsi que les intervenants qui les accompagnent à choisir les traitements les plus efficaces et les mieux adaptés à la situation.

- 1.2.1. Mettez en application le modèle de soins par étapes *ci-dessous*, de façon à offrir en premier lieu les traitements les moins intrusifs et démontrés les plus efficaces, en fonction de la *condition clinique de la personne*. [2011]

Tableau 1. Modèle de soins par étapes : Interventions recommandées pour le TAG

Étapes du modèle de soins	Traitements
Étape 1	
Tous les cas confirmés ou avec suspicion d'un TAG	<ul style="list-style-type: none"> - Repérage; - Appréciation des symptômes; - Éducation psychologique; - Surveillance active - Évaluation, incluant celle du trouble mental <i>au besoin</i>; - Orientation aux fins d'évaluation ou de traitement <i>au besoin</i>.
Étape 2	
Présence confirmée d'un TAG qui ne s'est pas améliorée après les interventions relevant de l'étape 1.	<ul style="list-style-type: none"> - Autosoins individuels dirigés et non dirigés; - Éducation psychologique en groupe; <p><i>Envisagez également :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Groupe d'autosoins</i>^(a); - <i>Groupes de soutien ou d'entraide</i>^(a); - <i>Services de soutien à l'éducation et à l'emploi</i>^(a); - <i>Orientation aux fins d'évaluation ou de traitement au besoin</i>^(a).

¹⁶ American Psychiatric Association (APA) (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5) (5e Éd.). Washington, D.C., É.-U.: American Psychiatric Association Publishing. 991 pages.

¹⁷ American Psychiatric Association (APA) (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5) (5e Éd.). Washington, D.C., É.-U.: American Psychiatric Association Publishing. 991 pages.

Tableau 1. Modèle de soins par étapes : Interventions recommandées pour le TAG (suite)

Étapes du modèle de soins	Traitements
Étape 3	
TAG s'accompagnant d'une altération importante du fonctionnement ou n'ayant pas répondu à un traitement de l'étape 2.	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Interventions utilisant les techniques cognitivo-comportementales ou une TCC;</u> - Relaxation appliquée; - Pharmacothérapie; - Traitements combinés.
Étape 4	
TAG complexe et réfractaire aux traitements s'accompagnant d'une altération importante du fonctionnement ^(b)	<ul style="list-style-type: none"> - Traitement hautement spécialisé^(c); - Collaboration de différents partenaires du réseau^(d).
<p>(a) Interventions recommandées provenant du Guide de pratique Troubles mentaux fréquents : repérage et trajectoires de services</p> <p>(b) Altération importante du fonctionnement (risque élevé d'automutilation, de comportements autodestructeurs ou d'idées suicidaires, etc.)</p> <p>(c) Traitement hautement spécialisé par exemple au moyen d'une pharmacothérapie complexe en association ou non avec une psychothérapie, etc.).</p> <p>(d) Collaboration de différents partenaires du réseau peuvent être sollicité par exemple, les services de crise, les services spécialisés tels que les hôpitaux de jour ou les unités d'hospitalisation.</p>	

ÉTAPE 1 : REPÉRAGE ET ÉVALUATIONS

Repérage

Au Québec, le repérage peut être fait via les différentes portes d'entrée du système de santé et des services sociaux. Ainsi, un intervenant des services de première ligne tels que les services sociaux généraux, des partenaires du réseau qu'il soit du secteur public, privé ou communautaire (GMF, scolaire, carcéral, etc.) ainsi que ceux des services spécifiques et des services spécialisés en santé mentale, qui reconnaît la présence de symptômes pouvant être associés à la présence d'un TAG ou d'un TP peut décider d'entreprendre une démarche de repérage.

Consultez également les recommandations provenant du guide de pratique [Troubles mentaux fréquents : repérage et trajectoires de services](#) à cet effet.

- 1.2.2. Repérez, appréciez ou entreprenez une démarche évaluative après de la personne qui présente des symptômes relatifs à un TAG et communiquez-lui dès que possible, la suspicion ou la confirmation relative à la présence d'un TAG afin de l'aider à comprendre le trouble et commencer un traitement efficace rapidement. [2011]
- 1.2.3. Envisagez la présence d'un TAG chez les personnes présentant de l'anxiété ou une inquiétude importante, ainsi que chez les personnes qui sollicitent des consultations fréquentes dans le cadre des services de première ligne et qui :
 - Présentent un problème de santé physique chronique, **ou**
 - N'ont aucun problème de santé physique, mais cherchent à être rassurées au sujet de symptômes somatiques (particulièrement les personnes âgées et les personnes issues de groupes ethniques minoritaires), **ou**

- Présentent des inquiétudes récurrentes au sujet d'un vaste éventail de problèmes. [2011]

1.2.4. Lorsqu'une personne qui présente des symptômes relatifs à un TAG ou ayant été confirmé, sollicite des services de première ligne et cherche à être rassurée au sujet d'un problème de santé physique chronique, de symptômes somatiques et/ou d'inquiétudes récurrentes, envisagez avec elle la possibilité que certains de ses symptômes soient attribuables à la présence d'un TAG. [2011]

Démarche évaluative et éducation psychologique

La démarche évaluative réfère aux évaluations réservées pouvant être réalisées par les divers professionnels dans le cadre de leur champ d'exercice, mais comprend également l'évaluation du trouble mental. Les évaluations qui sont réservées ne peuvent être réalisées que par les professionnels membres de leur ordre. De plus, seuls certains professionnels sont habilités à évaluer les troubles mentaux. Il est de la responsabilité de l'intervenant de s'assurer du respect d'activités réservées, conformément au [Code des professions](#) et autres lois et règlements qui les encadrent.

Pour plus d'informations à ce sujet, consulter le document : Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines : Guide explicatif¹⁸.

NOTE : Les recommandations [1.2.5](#) à [1.2.10](#) ont été modifiées afin de les adapter au contexte québécois. Comme le système professionnel québécois vient réserver des activités, dont des évaluations précises à certains professionnels, évaluations qui ne sont pas réservées ailleurs dans le monde. Ainsi, le guide de pratique clinique du NICE et les recherches sur lesquels sont basés les recommandations utilisent le terme « évaluer » ou « évaluer la santé mentale » sans apporter de précision quant à la nature de cette évaluation .

Sur la base de cette information, il n'est pas possible d'établir avec certitude si la recommandation réfère à une appréciation, une évaluation de l'état mental ou d'une évaluation du trouble mental, tel que défini dans le [Code des professions](#) et autres lois et règlements à ce sujet.

Comme une prise en charge rapide augmente la probabilité d'une amélioration significative de la condition de la personne,¹⁹ une appréciation, réalisée à l'aide de questionnaires validés pour le TAG, donne suffisamment d'informations pour connaître plus rapidement les besoins de la personne au-delà des difficultés associées au trouble. Elle permet de mobiliser les ressources requises et d'orienter sans délai l'intervention vers une réponse adaptée à ses besoins.²⁰ Il n'est pas nécessaire de conclure à la présence d'un trouble mental pour mettre en place des interventions visant à aider une personne utilisatrice de

¹⁸ Office des professions (2021). Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines : Guide explicatif. Montréal (Qc), 130 p. : <https://www.opg.gouv.qc.ca/santementalerelationshumaines/domaine-de-la-sante-mentale-et-des-relations-humaines-projet-de-loi-21/guide-explicatif>

¹⁹ Clark, D. M., L. Canvin, J. Green, R. Layard, S. Pilling et M. Janecka (2018). « Transparency about the outcomes of mental health services (IAPT approach): an analysis of public data », The Lancet, vol. 391, no 10121, p. 679-686. 3 Évaluation des troubles mentaux : une activité à haut risque de préjudice. <https://www.oiiq.org/evaluation-des-troubles-mentaux-une-activite-a-haut-risque-de-prejudice>

²⁰ INESSS (2018). Trajectoire optimale de services pour les enfants, adolescents et jeunes adultes ayant un trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH ou des difficultés apparentées) : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_Avis_Trajectoire_TDAH.pdf

services, sa famille et son entourage dans leurs difficultés. Le repérage et l'appréciation ne sont pas réservés en vertu du Code des professions et peuvent être réalisés par l'ensemble des intervenants^{21,22}.

De plus, la présence de professionnels habilités à l'exercice de certaines activités réservées en fonction de leur champ d'exercice permet l'évaluation ou le suivi des situations plus complexes, que ce soit en amont, pendant le processus d'évaluation des troubles mentaux ou après.

Cette précision vise donc à permettre la pleine étendue de pratique des intervenants et des professionnels habilités à l'exercice de certaines activités réservées (à risque de préjudices), en fonction de leur champ d'exercice. Ceci afin que les personnes utilisatrices de services puissent recevoir les soins et services requis en fonction de leurs besoins et au moment opportun tout en restant conforme aux recommandations du NICE ainsi qu'aux lois professionnelles en vigueur au Québec.

1.2.5. L'appréciation ou l'évaluation requise menée auprès d'une personne qui présente des symptômes relatifs à un TAG, ne doit pas reposer uniquement sur le nombre, la sévérité et la durée des symptômes, mais doit également tenir compte du degré de détresse et d'altération du fonctionnement. [2011].

1.2.6. Dans le cadre de l'appréciation ou de l'évaluation requise par la condition de la personne, considérez l'effet que les facteurs suivants pourraient avoir eu sur l'apparition, l'évolution et la sévérité du problème de la personne :

- Trouble dépressif ou tout autre trouble anxieux concomitant;
- Consommation abusive ou un trouble de l'usage de concomitant (DSM-5);
- Condition médicale concomitante;
- Antécédents familiaux en matière de santé mentale;
- Traitements antérieurs et la réponse à ces derniers. [2011]
- *Qualité des relations interpersonnelles;*
- *Conditions de vie et l'isolement social;*
- *Antécédents de violence familiale ou d'agression sexuelle;*
- *Situation d'emploi ou l'état relatif à l'immigration.*²³

S'il y a lieu, les répercussions du problème sur les responsabilités à l'égard d'un enfant ou d'un adolescent devraient également être évaluées, et si nécessaire, les procédures en matière de protection de la jeunesse devraient être suivies telles que définies par la [Loi sur la protection de la jeunesse](#) et ses divers règlements.

*Au Québec, la confirmation de la présence d'un trouble mental résulte souvent d'une démarche requérant la contribution de différents intervenants.*²⁴

²¹ INESSS (2018). Trajectoire optimale de services pour les enfants, adolescents et jeunes adultes ayant un trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH ou des difficultés apparentées) : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_Avis_Trajectoire_TDAH.pdf

²² Office des professions (2021). Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines : Guide explicatif. Montréal (Qc), 130 p. Consulté en ligne au : <https://www.opq.gouv.qc.ca/santementalerelationshumaines/domaine-de-la-sante-mentale-et-des-relations-humaines-projet-de-loi-21/guide-explicatif>

²³ Ministère de la Santé et des Services sociaux (2021). *Troubles mentaux fréquents : repérage et trajectoires de services.* <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002409/>

²⁴ Office des professions (2021). Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines : Guide explicatif. Montréal (Qc), 130 p. <https://www.opq.gouv.qc.ca/santementalerelationshumaines/domaine-de-la-sante-mentale-et-des-relations-humaines-projet-de-loi-21/guide-explicatif>

Lors de la prescription d'un ISRS, assurez-vous de questionner la personne au sujet de la consommation de cocaïne afin de tenir compte des interactions médicamenteuses ainsi que la nécessité d'éviter l'utilisation simultanée de plusieurs médicaments sérotoninergiques. Suivez les conseils de sécurité Medicines and Healthcare products Regulatory Agency (MHRA) concernant le citalopram²⁵. [2011, modifié 2020]

NOTE : La recommandation 1.2.6. a été modifiée afin d'y intégrer les informations complémentaires tirées de la recommandation 1.3.2.6 du guide de pratique clinique [Troubles mentaux fréquents : repérage et trajectoires de services](#)

- 1.2.7. Chez les personnes **qui présentent** un TAG et un trouble dépressif concomitant ou un autre trouble anxieux, traitez le trouble principal en premier lieu (c'est-à-dire le plus grave, et celui dont le traitement est le plus susceptible d'améliorer le fonctionnement général).

Pour les recommandations concernant le trouble dépressif, le trouble obsessionnel-compulsif et le trouble stress post-traumatique, consultez le guide de pratique clinique concerné²⁶ (en anglais seulement) ou [Troubles mentaux fréquents : repérage et trajectoires de services](#). [2011, modifiée 2020]

*Si la personne présente des **symptômes mixtes d'anxiété et de dépression s'accompagnant d'une altération du fonctionnement, mais qu'aucune conclusion relative à la présence d'un trouble mental n'ait été établie à la suite du repérage ou de l'appréciation, orientez-la vers l'évaluation du trouble mental au besoin et discutez avec elle afin de déterminer quels symptômes doivent être traités en premier et de choisir un traitement. Il est à noter que dans ce cas, ces personnes sont aussi intégrées à la trajectoire de services des troubles mentaux fréquents.***

NOTE : La recommandation 1.2.7. a été modifiée afin d'y intégrer les informations complémentaires tirées de la recommandation 1.4.1.6. du guide de pratique clinique [Troubles mentaux fréquents : repérage et trajectoires de services](#)

- 1.2.8. Lorsqu'une personne présente des symptômes relatifs à un TAG ou ayant été confirmé et une consommation abusive ou un trouble de l'usage de substances, vous devez savoir que:

- *La consommation abusive ou le trouble de l'usage de certaines substances peut venir masquer, diminuer ou accentuer les symptômes de certains troubles mentaux fréquents. Ainsi, l'arrêt ou la diminution de la consommation de la substance pourrait améliorer de façon significative les symptômes dépressifs ou anxieux. La personne utilisatrice devrait être orientée vers les services en santé mentale si les symptômes anxieux ou dépressifs persistent après trois à quatre semaines d'abstinence²⁷.*

²⁵ Medicines and healthcare products regulatory agency (2016). Citalopram: suspected drug interaction with cocaine; prescribers should consider enquiring about illicit drug use. <https://www.gov.uk/drug-safety-update/citalopram-suspected-drug-interaction-with-cocaine-prescribers-should-consider-enquiring-about-illicit-drug-use>

²⁶ National Institute of Health and Care Excellence (s.d). Browse guidance by topic. <https://www.nice.org.uk/guidance/conditions-and-diseases/mental-health-and-behavioural-conditions>

²⁷ National Institute of Health and Care Excellence (2011). Alcohol-use disorders: diagnosis, assessment and management of harmful drinking (high-risk drinking) and alcohol dependence (NICE Clinical guideline CG115) <https://www.nice.org.uk/guidance/cg115/resources/alcohol-use-disorders-diagnosis-assessment-and-management-of-harmful-drinking-high-risk-drinking-and-alcohol-dependence-pdf-35109391116229>

- La **consommation abusive** ou le **trouble de l'usage** de certaines substances peut être une complication du TAG;
- L'utilisation **non nocive** pour la santé d'une substance ne devrait pas représenter une contre-indication au traitement du TAG.
- **La consommation abusive ou le trouble de l'usage de substance ne devrait pas** représenter une contre-indication au traitement du TAG. La personne devrait avoir accès aux traitements recommandés par le PQPTM, car rien n'indique que l'abus de substances rende les traitements habituels inefficaces²⁸. Plusieurs personnes répondent à des traitements brefs pouvant être offerts par des services de première ligne ou par des services spécifiques de santé mentale. En effet, la majorité des personnes présentant un trouble de l'usage de substances n'ont pas besoin de recevoir des traitements des services spécialisés en dépendance pour changer leurs habitudes de consommation²⁹.

Les soins en collaboration avec des programmes en dépendance doivent être considérés en fonction de l'organisation des services et doivent être envisagés en fonction du [Plan d'action interministériel en dépendance 2018-2028](#), et du [Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances](#), plus particulièrement dans les situations suivantes:

- Lorsque la personne présente un trouble de l'usage de l'alcool et d'une seconde substance en plus de présenter un trouble mental fréquent.
- Lorsque l'usage problématique de substances interfère avec la capacité de se présenter aux traitements et de s'y engager. Par exemple, la personne pourrait se montrer incapable de se présenter sobre à ses rencontres et de mettre en pratique les exercices thérapeutiques ou s'absenter de plus de deux rencontres malgré la mise en place d'un contrat thérapeutique et la révision de celui-ci³⁰.

Lors de la prescription d'un ISRS, assurez-vous de questionner la personne au sujet de la consommation de cocaïne afin de tenir compte des interactions médicamenteuses ainsi que la nécessité d'éviter l'utilisation simultanée de plusieurs médicaments sérotoninergiques. Suivez les conseils de sécurité Medicines and Healthcare products Regulatory Agency (MHRA) concernant le citalopram³¹. [2011, modifié 2020]

NOTE : La recommandation 1.2.8. a été modifiée afin de l'adapter au contexte québécois. Selon le guide original, le traitement séquentiel était recommandé lors de la présence d'un trouble de l'usage de substances ou lors de l'utilisation nocive ou inadéquate de ces dernières.

La recommandation vise la mise en place d'une offre de soins et services de collaboration entre les deux services, conformément aux recommandations canadiennes relatives aux troubles concomitants et aux orientations ministérielles.

²⁸ National Institute of Health and Care Excellence (2008). Drug Misuse Opioid Detoxification (NICE Clinical Guidelines CG52). <https://www.nice.org.uk/guidance/cg52/resources/drug-misuse-in-over-16s-opioid-detoxification-pdf-975504131269>

²⁹ Improving access to psychological therapies (IAPT) positive practice guide for working with people who use drugs and alcohol. Consulter au : <https://www.uea.ac.uk/documents/746480/2855738/iapt-drug-and-alcohol-positive-practice-guide.pdf>

³⁰ Improving access to psychological therapies (IAPT) positive practice guide for working with people who use drugs and alcohol. Consulter au : <https://www.uea.ac.uk/documents/746480/2855738/iapt-drug-and-alcohol-positive-practice-guide.pdf>

³¹ Medicines and healthcare products regulatory agency (2016). Citalopram: suspected drug interaction with cocaine; prescribers should consider enquiring about illicit drug use. <https://www.gov.uk/drug-safety-update/citalopram-suspected-drug-interaction-with-cocaine-prescribers-should-consider-enquiring-about-illicit-drug-use>

1.2.9. À la suite de l'*appréciation*, de la *démarche évaluative* ou de la confirmation de la présence d'un TAG :

- Offrez de l'information sur la nature des symptômes relatifs au TAG et les traitements possibles (*éducation psychologique*), incluant les informations destinées à l'intention du public³².
- Effectuez un suivi des symptômes et du fonctionnement de la personne (surveillance active).

L'éducation psychologique et la surveillance active peuvent entraîner l'amélioration de l'état de la personne dans les cas les moins graves, ce qui permet d'éviter la nécessité de mettre en œuvre d'autres traitements. [2011]

1.2.10. Discutez de l'utilisation de médicaments et de produits en vente libre avec les personnes qui présentent *des symptômes relatifs à la présence d'un TAG ou ayant été confirmé*. Expliquez le risque d'interactions entre ceux-ci et les médicaments d'ordonnance ou d'autres médicaments en vente libre, ainsi que l'absence de données probantes appuyant une utilisation sécuritaire de ces produits. [2011]

ÉTAPE 2 : PRÉSENCE CONFIRMÉE D'UN TAG QUI NE S'EST PAS AMÉLIORÉ APRÈS LES INTERVENTIONS DE L'ÉTAPE 1

Les recommandations concernant les traitements recommandés pour le TAG sont également présentées dans le [tableau 1](#).

Les psychothérapies utilisées dans le traitement des adultes présentant un trouble mental fréquent doivent être offertes par des professionnels dûment habilités à l'exercice de la psychothérapie, conformément au [Code des professions](#) et au [Règlement sur le permis de psychothérapeute](#).

NOTE : Les recommandations indiquées en italiques et soulignées indiquent que celles-ci nécessitent le jugement clinique de l'intervenant afin que celui-ci détermine si l'intervention qu'il s'apprête à réaliser constitue ou non de la psychothérapie au sens de l'article 187.1 du [Code des professions](#). Cette analyse effectuée par l'intervenant devrait être réalisée à l'aide des divers documents interordres concernant l'exercice de la psychothérapie et des interventions qui s'y apparentent, disponible sur le site de la collaboration interprofessionnelle³³.

*Dans le cadre du PQPTM, l'abréviation **TCC** (thérapie cognitivo-comportementale) réfère à l'exercice de la psychothérapie cognitivo-comportementale³⁴.*

Consultez les recommandations 1.4.1.1 à 1.4.1.4. du guide de pratique clinique [Troubles mentaux fréquents : repérage et trajectoires de services](#) au sujet des recommandations concernant l'identification des options thérapeutiques appropriées.

³² National Institute of Health and Care Excellence (2011). *Generalised anxiety disorder and panic disorder in adults: management: Information for the public*. (Nice clinical guideline 113). <https://www.nice.org.uk/guidance/cg113/ifp/chapter/About-this-information>

³³ Collaboration interprofessionnelle. : <https://collaborationinterprofessionnelle.ca/publications-2/>

³⁴ Collège des médecins du Québec, Ordre des conseillers et conseillères d'orientation du Québec/Ordre des ergothérapeutes du Québec, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec, Ordre des psychologues du Québec, Ordre professionnel des criminologues du Québec, Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec et Ordre professionnel des sexologues du Québec. (2018). L'exercice de la psychothérapie et des interventions qui s'y apparentent – Trouver la frontière entre les interventions de différents professionnels et la psychothérapie : « L'exercice de la psychothérapie et des interventions qui s'y apparentent – Trouver la frontière entre les interventions de différents professionnels et la psychothérapie. » :

https://www.orientation.qc.ca/files/OPQ_TravauxInterordres_Complet_FINAL_Web.pdf

À l'étape 2, les groupes d'autosoins, les groupes de soutien ou d'entraide et les services de soutien aux études et à l'emploi sont aussi recommandés pour **tous les troubles mentaux fréquents** (à l'exception du trouble stress post-traumatique), **incluant le TAG**. À tout moment, la personne peut être orientée aux fins d'évaluation et de traitement en fonction de ses besoins et du jugement clinique de l'intervenant.

Consultez la recommandation 1.4.1.10 du guide de pratique clinique [Troubles mentaux fréquents : repérage et trajectoires de services](#) au sujet des recommandations concernant les personnes qui présentent des symptômes relatifs à un TAG ou ayant été confirmé qui a besoin de soutien sur le plan social, scolaire ou professionnel.

1.2.11. Chez les personnes qui présentent un TAG dont les symptômes ne se sont pas améliorés après les interventions d'éducation psychologique et de surveillance active mises en œuvre à l'étape 1, offrez une ou plusieurs des interventions suivantes en premier lieu, en fonction des préférences de la personne :

- autosoins individuels non dirigés;
- autosoins individuels dirigés;
- *éducation psychologique* en groupe [2011].

1.2.12. Pour les personnes qui présentent un TAG, les **autosoins individuels non dirigés** devraient :

- inclure l'utilisation de matériel écrit ou numérique adapté au niveau de lecture de la personne (ou autres médias de substitution tels que des vidéos ou des enregistrements audios, etc.);
- reposer sur les principes de la TCC;
- inclure des consignes afin que la personne puisse travailler de manière systématique à l'aide du matériel pendant au moins six semaines;
- en règle générale, comporte un minimum de contacts avec un intervenant, par exemple, des entretiens téléphoniques occasionnels de 5 minutes ou moins. [2011]

1.2.13. Pour les personnes qui présentent un TAG, les **autosoins individuels dirigés** devraient :

- reposer sur les principes de la TCC;
- comprendre l'utilisation de matériel écrit ou numérique adapté au niveau de lecture de la personne (ou autres médias de substitution tels que des vidéos ou des enregistrements audio, etc.);
- être soutenus par un intervenant ayant reçu une formation pertinente et dont le rôle consiste à faciliter le programme d'autosoins et à effectuer un suivi des progrès réalisés et des résultats obtenus;
- en règle générale, consister en cinq à sept séances prenant la forme de rencontres en personne ou d'entretiens téléphoniques de 20 à 30 minutes, toutes les semaines ou toutes les deux semaines. [2011; modification en 2018]

1.2.14. Pour les personnes qui présentent un TAG, **l'éducation psychologique** en groupe devrait :

- reposer sur des principes issus des modèles théoriques cognitivo-comportementaux et favoriser les interactions ainsi que l'apprentissage par observation;
- inclure des présentations et des manuels d'autosoins;
- être menée par des intervenants ayant reçu une formation pertinente;
- respecter un ratio d'un intervenant pour environ 12 participants;
- en règle générale, consister en six séances hebdomadaires d'une durée d'environ deux heures chacune. [2011]

1.2.15. Les intervenants qui offrent des **autosoins dirigés** ou de **l'éducation psychologique en groupe** devraient :

- faire régulièrement l'objet de soutien clinique;
- effectuer la mesure clinique en continu avec des *questionnaires d'appréciation validés pour le TAG* et veiller à ce que la personne qui présente un TAG participe à l'évaluation de l'efficacité du traitement. [2011]

Dans le cadre du PQPTM, le questionnaire traduit en français identifiés pour l'appréciation des symptômes d'un trouble d'un TAG chez l'adulte est le questionnaire GAD-7 (*Generalized Anxiety Disorder – 7 items*)^{35,36}.

ÉTAPE 3 : TAG QUI S'ACCOMPAGNE D'UNE ALTÉRATION IMPORTANTE DU FONCTIONNEMENT OU QUI NE S'EST PAS AMÉLIORÉ APRÈS LES INTERVENTIONS RELEVANT DE L'ÉTAPE 2

Traitements recommandés à l'étape 3

1.2.16. Chez les personnes qui présentent un TAG s'accompagnant d'une altération importante du fonctionnement ou n'ont pas répondu adéquatement aux interventions de l'étape 2,

- offrez l'un ou l'autre des traitements suivants *ou orientez-les à cette fin* :
 - un traitement individuel *de plus haute intensité* (voir recommandations [1.2.17](#) à [1.2.21](#)) **ou**
 - une pharmacothérapie (voir recommandations [1.2.22](#) à [1.2.32](#)).
- Fournissez de l'information verbale et écrite sur les avantages et les inconvénients possibles de chaque forme de traitement, y compris le risque que les médicaments soient associés à des effets indésirables et à un syndrome de sevrage.

³⁵ Spitzer, R.L., K. Kroenke, J. B. W. Williams et B. Löwe (2006). « A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7 », Archives of internal medicine, 166 (10): p. 1092-1097.

³⁶ Obbarius, A., van Maasackers, L., Baer, L., Clark, D. M., Crocker, A. G., de Beurs, E., Emmelkamp, P., Furukawa, T. A., Hedman-Lagerlöf, E., Kangas, M., Langford, L., Lesage, A., Mwesigire, D. M., Nolte, S., Patel, V., Pilkonis, P. A., Pincus, H. A., Reis, R. A., Rojas, G., Sherbourne, C., Smithson, D., Stowell, C., Woolaway-Bickel, K. et Rose, M. (2017). « Standardization of health outcomes assessment for depression and anxiety: recommendations from the ICHOM Depression and Anxiety Working Group ». Quality of life research, 26 (12): p. 3211–3225. <https://doi.org/10.1007/s11136-017-1659-5>

- Le traitement doit être basé en fonction des préférences de la personne car aucune donnée probante n'indique qu'un type de traitement est supérieur à l'autre (traitement *de plus haute intensité* ou pharmacothérapie). [2011]

Traitements de *plus haute intensité*

- 1.2.17. Si une personne qui présente un TAG opte pour un traitement de *plus haute intensité*, offrez l'un ou l'autre des traitements suivants ou orientez-les à cette fin :
- traitement utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une TCC, ou
 - relaxation appliquée. [2011]
- 1.2.18. Chez les personnes qui présentent un TAG, le traitement utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou la TCC devrait :
- reposer sur des traitements manualisés qui ont été utilisés lors des essais cliniques dans le traitement du TAG.
 - être offerte par des intervenants formés et compétents dans l'approche offerte;
 - généralement comporter 12 à 15 séances hebdomadaires (moins si la personne se rétablit plus tôt, ou plus si nécessaire sur le plan clinique), d'une durée d'une heure chacune. [2011]
- 1.2.19. Chez les personnes qui présentent un TAG, la **relaxation appliquée** devrait :
- reposer sur des traitements manualisés qui ont été utilisés lors des essais cliniques dans le traitement du TAG.
 - être offerte par des intervenants formés et compétents dans l'approche offerte;
 - généralement comporter 12 à 15 séances hebdomadaires (moins si la personne se rétablit plus tôt, ou plus si nécessaire sur le plan clinique), d'une durée d'une heure chacune. [2011]
- 1.2.20. Les intervenants qui offrent les traitements de la recommandation [1.2.17](#) devraient :
- recevoir du soutien clinique et de la supervision régulièrement afin de s'assurer de la fidélité au modèle thérapeutique et le faire, si possible, au moyen d'enregistrements audio ou vidéo des séances de traitement, si la personne y consent;
 - effectuer la mesure clinique en continu avec des questionnaires d'appréciation validés pour le TAG et veiller à ce que la personne qui présente un TAG participe à l'évaluation de l'efficacité du traitement. [2011]

Dans le cadre du PQPTM, le questionnaire traduit en français identifiés pour l'appréciation des symptômes d'un trouble d'un TAG chez l'adulte est le questionnaire GAD-7 (*Generalized Anxiety Disorder – 7 items*)^{37,38}.

³⁷ Spitzer, R.L., K. Kroenke, J. B. W. Williams et B. Löwe (2006). « A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7 », Archives of internal medicine, 166 (10): p. 1092-1097.

³⁸ Obbarius, A., van Maasackers, L., Baer, L., Clark, D. M., Crocker, A. G., de Beurs, E., Emmelkamp, P., Furukawa, T. A., Hedman-Lagerlöf, E., Kangas, M., Langford, L., Lesage, A., Mwesigire, D. M., Nolte, S., Patel, V., Pilkonis, P. A., Pincus, H. A., Reis, R. A., Rojas, G., Sherbourne, C., Smithson, D., Stowell, C., Woolaway-Bickel, K. et Rose, M. (2017). « Standardization of health outcomes assessment for depression and anxiety: recommendations from the ICHOM Depression and Anxiety Working Group ». Quality of life research, 26 (12): p. 3211–3225. <https://doi.org/10.1007/s11136-017-1659-5>

- 1.2.21. Envisagez d'offrir tous les traitements dans la langue privilégiée de la personne qui présente un TAG, si possible. [2011]

Pharmacothérapie

Au Québec, l'activité de prescrire des médicaments, est une activité réservée à certain professionnel habilité par le [Code des professions](#) et ses divers règlements, tels que les codes de déontologie. La pratique de cette activité doit donc être réalisée en respect des ceux-ci, ainsi que du [Règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin](#), et le Guide d'exercice sur les ordonnances faites par un médecin³⁹ pour en savoir plus sur les bonnes pratiques liées à la prescription.

De plus, il est présumé que les professionnels autorisés à prescrire utilisent également la monographie du médicament. Lorsque les données probantes l'appuient, ce guide de pratique recommande l'utilisation de certains médicaments pour des indications ne figurant pas dans l'autorisation de commercialisation au Canada au moment de sa publication (utilisation hors indication). Le professionnel autorisé à prescrire se doit de suivre les recommandations professionnelles pertinentes et d'assumer l'entière responsabilité du médicament non indiqué ou homologué qu'il prescrit ou recommande.

- 1.2.22. Si une personne qui présente un TAG choisit la pharmacothérapie, offrez un antidépresseur appartenant à la classe des inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine (**ISRS**). Envisagez la sertraline d'abord, car ce médicament offre le meilleur rapport coût-efficacité. Le consentement *libre* et éclairé devrait être documenté au dossier. Effectuez un suivi rigoureux des effets secondaires auprès de la personne traitée. [2011]

Notez qu'au moment de la publication du présent guide de pratique clinique (janvier 2022), cette indication ne figurait pas dans l'autorisation de commercialisation de la sertraline⁴⁰ au Canada, de même que pour certains autres ISRS.

- 1.2.23. Si la sertraline s'avère inefficace, offrez un autre **ISRS** ou un inhibiteur du recaptage de la sérotonine et de la noradrénaline (**IRSN**), en tenant compte des facteurs suivants :

- le risque de symptômes de sevrage (surtout dans le cas de la paroxétine et de la venlafaxine);
- les effets secondaires et les interactions médicamenteuses possibles;
- le risque de suicide et la probabilité d'effets toxiques associés à une surdose (surtout dans le cas de la venlafaxine);
- les expériences antérieures en matière de traitement avec des médicaments (particulièrement l'adhésion au traitement, l'efficacité, les effets indésirables, la survenue de sevrage et les préférences de la personne). [2011]

Notez qu'à la publication du présent guide de pratique (janvier 2022), l'indication de certains médicaments de cette catégorie pour le traitement du TAG peut ne pas figurer dans l'autorisation de commercialisation au Canada. Le professionnel autorisé à prescrire se doit de suivre les recommandations professionnelles pertinentes et d'assumer l'entière responsabilité du médicament non indiqué ou homologué qu'il prescrit ou recommande.

³⁹Collège des médecins du Québec (2016). Guide d'exercice sur les ordonnances faites par un médecin. <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2016-10-03-fr-ordonnances-individuelles-faites-par-un-medecin.pdf>

⁴⁰ Pfizer (2021). ZOLOFT (sertraline hydrochloride) (Ed. rév.) <https://www.pfizer.ca/zoloft-sertraline-hydrochloride>

- 1.2.24. Si la personne ne tolère pas les **ISRS** ni les **IRSN**, envisagez la prégabaline. [2011, modifiée 2020].
- Notez qu'au moment de la publication du présent guide de pratique (janvier 2022), cette indication ne figurait pas dans l'autorisation de commercialisation de la prégabaline au Canada⁴¹.*
- En 2019, Santé Canada a émis un rappel et avis de sécurité en matière d'innocuité concernant l'utilisation de la prégabaline et l'usage opioïdes. L'utilisation combinée de la prégabaline avec un opioïde augmente le risque de surdose d'opioïdes⁴². Ainsi, lorsque la prescription de prégabaline est envisagée, assurez-vous de questionner la personne au sujet de la consommation d'opioïdes afin de tenir compte des possibles interactions médicamenteuses. De plus, comme la prégabaline est également associée à un risque d'abus de substances et de pharmacodépendance, la présence d'antécédents d'abus de médicaments ou de drogues doit être vérifiée et une surveillance de signes d'abus et de dépendance pendant le traitement doit être effectuée.*
- 1.2.25. N'offrez pas de benzodiazépine pour le traitement du TAG dans le cadre des services de première ligne et des services spécifiques, à l'exception d'un traitement de courte durée en cas de crise. [2011]
- Se référer à la monographie de produit et aux lignes directrices canadiennes du traitement de l'anxiété dans ce contexte.*
- 1.2.26. N'offrez pas d'antipsychotiques pour le traitement du TAG dans le cadre des services de première ligne. [2011, modifiée 2020]
- 1.2.27. Avant de prescrire un médicament, quel qu'il soit, discutez les traitements possibles s'offrant à la personne qui présente un TAG ainsi que de toutes ses préoccupations relatives à la prise de médicaments. Expliquez-lui en détail les raisons pour lesquelles un médicament est prescrit, et fournissez-lui de l'information écrite et verbale au sujet des aspects suivants :
- les bienfaits possibles des différents traitements;
 - les probabilités concernant les risques associés à chaque médicament, tels que les effets secondaires, les symptômes de sevrage et les interactions médicamenteuses possibles (*se référer à la monographie de produit*);
 - le risque d'activation associé aux **ISRS** et aux **IRSN**, ce qui se manifeste *notamment* par des symptômes tels que l'augmentation de l'anxiété, l'agitation et les difficultés de sommeil;
 - le fait de devoir parfois compter une semaine ou plus avant que l'effet anxiolytique atteigne son niveau optimal;
 - l'importance de prendre le médicament tel que prescrit et la nécessité de poursuivre le traitement après la rémission afin d'éviter une rechute. [2011, modifiée en 2020]
- 1.2.28. Tenez compte du risque accru de saignements associé aux **ISRS**, surtout chez les personnes âgées ou celles qui prennent d'autres médicaments susceptibles de causer

⁴¹ Pfizer (2020). LYRICA (prégabaline en capsules). <https://www.pfizer.ca/fr/lyrica-pr%C3%A9gabaline-en-capsules>

⁴² Santé Canada (2019). *Santé Canada recommande aux Canadiens de faire preuve de prudence s'ils prennent de la gabapentine ou de la prégabaline avec des opioïdes*. Numéro d'identification : RA-71003 <https://recalls-rappels.canada.ca/fr/avis-rappel/sante-canada-recommande-canadiens-faire-preuve-prudence-s-ils-prennent-gabapentine-ou>

des lésions à la muqueuse gastro-intestinale ou d'altérer la coagulation (par exemple, les anti-inflammatoires non stéroïdiens [AINS] ou l'acide acétylsalicylique). Dans de tels cas, envisagez de prescrire un médicament ayant un effet gastroprotecteur. [2011]

- 1.2.29. Lorsqu'un **ISRS** ou un **IRSN** est offert à une personne de moins de 30 ans :
- avertissez-la que ces médicaments sont associés à une augmentation du risque d'idées suicidaires, d'automutilation et de comportements autodestructeurs chez une minorité de personnes de moins de 30 ans; **et**
 - prévoyez un rendez-vous au cours de la semaine suivant la remise de la première ordonnance; **et**
 - effectuez un suivi hebdomadaire du risque d'idées suicidaires, d'automutilation et de comportements autodestructeurs au cours du premier mois de traitement. [2011]
- 1.2.30. Lorsqu'une personne présente des effets secondaires peu après le début du traitement par un médicament, fournissez-lui de l'information et envisagez l'une des stratégies suivantes :
- effectuez une surveillance étroite des symptômes (si les effets indésirables sont légers et tolérables pour la personne); **ou**
 - procédez à une réduction de la dose du médicament; **ou**
 - mettez fin au traitement et, selon les préférences de la personne, offrez-lui :
 - un autre médicament (voir recommandations [1.2.23](#) à [1.2.24](#)) ou bien
 - un traitement *de plus haute intensité* (voir recommandations [1.2.17](#) à [1.2.21](#)). [2011]
- 1.2.31. Évaluez l'efficacité et les effets indésirables du médicament toutes les **deux à quatre semaines** au cours des trois premiers mois de traitement, puis tous les trois mois par la suite. [2011]
- 1.2.32. Si le médicament est efficace, conseillez à la personne de continuer de le prendre pendant au moins un an, car le risque de rechute est élevé. [2011]

Réponse insuffisante aux traitements de l'étape 3

- 1.2.33. Si une personne qui présente un TAG n'a pas répondu à un traitement complet *de plus haute intensité*, offrez-lui une pharmacothérapie (voir recommandations [1.2.22](#) à [1.2.32](#)). [2011]
- 1.2.34. Si une personne qui présente une TAG n'a pas répondu à une pharmacothérapie, offrez-lui soit un traitement *de plus haute intensité* (voir recommandations [1.2.17](#) à [1.2.21](#)) ou un autre médicament (voir recommandations [1.2.23](#) à [1.2.24](#)). [2011]
- 1.2.35. Si une personne qui présente un TAG présente une réponse partielle à une pharmacothérapie, envisagez de lui offrir un traitement individuel *de plus haute intensité* en association avec la pharmacothérapie. [2011]
- 1.2.36. Envisagez d'orienter une personne qui présente un TAG *vers les soins et services* de l'étape 4 en présence d'anxiété grave s'accompagnant d'une altération importante du fonctionnement et de l'un ou l'autre des facteurs suivants :

- un risque d'automutilation ou de comportements autodestructeurs, ou la présence d'idées suicidaires; **ou**
- une comorbidité importante, telle qu'un trouble de l'usage de substances, un trouble de la personnalité ou un problème de santé physique complexe; **ou**
- une autonégligence; **ou**
- une réponse insuffisante aux traitements de l'étape 3. [2011]

ÉTAPE 4 : TAG COMPLEXE, RÉFRACTAIRE AUX TRAITEMENTS ACCOMPAGNÉ D'UNE ALTÉRATION TRÈS IMPORTANTE DU FONCTIONNEMENT OU D'UN RISQUE ÉLEVÉ D'AUTOMUTILATION, DE COMPORTEMENTS AUTODESTRUCTEURS OU D'IDÉES SUICIDAIRES

Démarche évaluative

1.2.37. Offrez à la personne qui présente un TAG une évaluation des risques et des besoins par un intervenant spécialisé. Cette évaluation inclut notamment les aspects suivants :

- la durée et la gravité des symptômes, l'altération du fonctionnement, les comorbidités et le risque de comportements autodestructeurs, d'autonégligence ou d'idées suicidaires (*au Québec, estimation de la dangerosité*);
- une revue exhaustive des traitements en cours et des traitements antérieurs, y compris l'adhésion aux traitements pharmacologiques et aux traitements des étapes précédentes ainsi que l'efficacité de ceux-ci sur les symptômes et l'altération du fonctionnement;
- le milieu de vie;
- le soutien dans la communauté;
- les relations interpersonnelles et leurs répercussions sur la famille et l'entourage. [2011]

Consultez la section [Démarche évaluative et éducation psychologique](#) concernant les précisions au sujet de la démarche évaluative et des activités réservées ainsi que la section 1.3.3. du guide de pratique clinique [Troubles mentaux fréquents : repérage et trajectoires de services](#).

1.2.38. Informer la famille et l'entourage concernant leurs droits et les services disponibles à titre de personne proche aidante (PPA)⁴³ ainsi qu'à l'évaluation de leurs besoins en matière de services de répit et autres types de services de soutien.

- Consultez aussi les *recommandations concernant le soutien à apporter à la famille et à l'entourage dans le guide de pratique du NICE à cet effet*⁴⁴ (en anglais seulement) au sujet des recommandations sur l'identification, l'évaluation et la satisfaction des besoins de soins, de santé physique et mentale de la famille et de l'entourage. [2011, modifiée en 2020]

Cette recommandation s'inscrit en cohérence avec la [Loi visant à reconnaître les personnes proches aidantes](#) adoptée en octobre 2020, la [Politique nationale pour les](#)

⁴³ Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2021). Politique nationale pour les personnes proches aidantes - Reconnaître et soutenir dans le respect des volontés et des capacités d'engagement. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003000>

⁴⁴National Institute of Health and Care Excellence (2020). Supporting adult carers. (NICE guideline NG150). <https://www.nice.org.uk/guidance/ng150>

personnes proches aidantes et le Plan d'action gouvernemental pour les personnes proches aidantes (2021-2026). L'ensemble de ces mesures viennent inscrire la reconnaissance et le soutien des PPA dans les priorités ministérielles⁴⁵ et visent à «améliorer la qualité de vie, la santé et le bien-être des personnes proches aidantes sans égard à l'âge, au milieu de vie ou à la nature de l'incapacité des personnes qu'elles soutiennent, et en considérant tous les aspects de leur vie.»⁴⁶

- 1.2.39. En collaboration avec la personne qui présente un TAG élaborez un plan d'intervention ou un plan de traitement complet et clair tenant compte des besoins, des risques et de l'altération du fonctionnement. [2011]

Traitement

- 1.2.40. Si la personne qui présente un TAG a refusé les traitements relevant des étapes 1 à 3 ou si ces traitements ne lui ont pas été offerts, informez-la des bienfaits possibles de ceux-ci, et offrez-lui des traitements dont elle n'a pas encore fait l'essai. [2011]
- 1.2.41. Considérez d'offrir un traitement combiné (psychologique et médication, combinaison d'antidépresseurs ou l'ajout d'un autre médicament comme traitement de potentialisation à l'antidépresseur). Procédez toutefois avec prudence, en tenant compte des points suivants :
- les données probantes concernant l'efficacité des traitements d'association sont insuffisantes; **et**
 - le risque d'effets indésirables et d'interactions médicamenteuses augmente lors de l'utilisation d'une association d'antidépresseurs ou de l'ajout d'un traitement de potentialisation à un antidépresseur. [2011]
- 1.2.42. Les traitements combinés devraient être mis en œuvre uniquement par des professionnels ayant développé une expertise auprès d'une clientèle présentant des TAG complexes et réfractaires au traitement, et ce, après une discussion approfondie avec la personne au sujet des avantages et des inconvénients possibles des traitements suggérés. [2011]
- 1.2.43. Lors du traitement d'une personne ayant un TAG complexe et réfractaire, informez-la des études cliniques auxquelles elle pourrait envisager de participer, dans la mesure où celles-ci sont en tous points conformes aux normes éthiques en vigueur à l'échelle locale et nationale. [2011]

1.3. PRINCIPES GUIDANT LES SOINS ET SERVICES OFFERTS AUX PERSONNES QUI PRÉSENTENT DES SYMPTÔMES RELATIFS À UN TROUBLE PANIQUE (TP) OU AYANT ÉTÉ CONFIRMÉ

Prise en charge globale

Les personnes qui présentent des symptômes relatifs à un TP ou ayant été confirmé ainsi que la famille et leur entourage, ont besoin d'obtenir de l'information complète, présentée dans un langage clair et accessible, au sujet de leur condition et des traitements disponibles. Cette information est essentielle à la prise de décisions partagées entre la personne utilisatrice de

⁴⁵ Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2021). Politique nationale pour les personnes proches aidantes - Reconnaître et soutenir dans le respect des volontés et des capacités d'engagement. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003000>

⁴⁶ Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2021). Personne proche aidante. <https://www.quebec.ca/famille-et-soutien-aux-personnes/personne-proche-aidante>

services et les intervenants, particulièrement lorsqu'il s'agit de faire un choix entre des différents traitements relativement équivalents.

De plus, les conséquences que peuvent entraîner le TP sur les plans émotionnel, social et économique, peuvent mener les personnes utilisatrices de services de même que leur famille et leur entourage, à avoir besoin d'aide pour entrer en communication avec des groupes de soutien ou d'entraide. Ces groupes peuvent favoriser la compréhension et la collaboration entre la personne qui présente des symptômes relatifs à un TP ou ayant été confirmé, la famille et l'entourage, ainsi que les intervenants.

Prise de décisions partagées et remise d'information

- 1.3.1. La prise de décisions partagée devrait être au centre du processus décisionnel puisqu'elle a un effet favorable sur la concordance⁴⁷ et l'évolution clinique. [2004]
- 1.3.2. La prise de décisions partagée devrait s'effectuer entre la personne et les intervenants à toutes les étapes du processus de soins et de services. [2004]
- 1.3.3. Les personnes qui présentent des symptômes relatifs à un TP ou ayant été confirmé, la famille et l'entourage (le cas échéant), devraient recevoir de l'information sur la nature, l'évolution et les traitements possibles (*éducation psychologique*), y compris sur l'utilisation des médicaments et leurs possibles effets secondaires. [2004]
- 1.3.4. Afin de faciliter la prise de décisions partagées, de l'information reposant sur les données probantes devrait être fournie au sujet des différents traitements possibles, et ces derniers devraient faire l'objet d'une discussion. [2004]
- 1.3.5. Les préférences de la personne, son expérience et les résultats obtenus lors de traitements antérieurs devraient être pris en compte lors du choix d'un traitement. [2004]
- 1.3.6. Les préoccupations fréquentes au sujet de la prise de médicaments, telle la crainte de développer une dépendance, devraient être abordées. [2004]
- 1.3.7. En plus de recevoir de l'information de qualité, les personnes qui présentent des symptômes relatifs à un TP ou ayant été confirmé de même que leur famille et l'entourage devraient obtenir de l'information sur les groupes d'autosoins, d'entraide et de soutien et être encouragés à participer à de tels programmes si cela s'avère approprié. [2004]

Langue

- 1.3.8. Lorsqu'ils s'adressent aux personnes qui présentent des symptômes relatifs à un TP ou ayant été confirmé, la famille et l'entourage, les intervenants devraient utiliser un langage simple et accessible plutôt qu'un langage scientifique. S'il y a lieu, les termes techniques devraient être expliqués. [2004]

Considérant que le niveau de littératie est un important prédicteur de l'état de santé, les stratégies de communication doivent être adaptées lors des échanges avec la personne, la famille et l'entourage⁴⁸.

⁴⁷ Dickinson, D., Wilkie, P., & Harris, M. (1999). Taking medicines: concordance is not compliance. *BMJ (Clinical research ed.)*, 319(7212), 787. <https://doi.org/10.1136/bmj.319.7212.787>

⁴⁸ Ministère de la Santé et des Services sociaux (2018). *Cadre de référence de l'approche de partenariat entre les usagers, leurs proches et les acteurs en santé et en services sociaux*. Accessible au : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002061/>

- 1.3.9. S'il y a lieu, tous les soins et services devraient comprendre de l'information écrite dans la langue que parle la personne, et les services d'interprètes devraient être fournis si la langue privilégiée de la personne n'est *ni le français* ni l'anglais. [2004]
- 1.3.10. Si possible, offrir *les soins et services* dans la langue que parle la personne devrait être envisagée lorsque sa langue maternelle n'est *ni le français* ni l'anglais. [2004]

1.4. LE MODÈLE DE SOINS PAR ÉTAPES POUR LES PERSONNES QUI PRÉSENTENT DES SYMPTÔMES DE TP OU AYANT ÉTÉ CONFIRMÉ

Un modèle de soins par étapes (voir [Tableau 2](#)) est utilisé afin d'organiser l'offre de soins et services et d'aider les personnes qui présente des symptômes relatifs à un TP ou ayant été confirmé, leur famille et leur entourage ainsi que les intervenants qui les accompagnent, à choisir les traitements les plus efficaces et les mieux adaptés à la situation.

NOTE : La présentation de la recommandation 1.4. a été modifiée afin de présenter l'information dans un tableau afin d'uniformiser la présentation du guide et d'en faciliter sa lecture.

Tableau 2. Modèle de soins par étapes : Interventions recommandées pour le TP

Étapes du modèle de soins	Traitements
Étape 1	
Tous les cas confirmés ou avec suspicion d'un TP	<ul style="list-style-type: none"> - Repérage; - Appréciation des symptômes; - Éducation psychologique; - Surveillance active; - Évaluation, incluant celle du trouble mental <i>au besoin</i>; - Orientation aux fins d'évaluation ou de traitement <i>au besoin</i>.
Étape 2	
Présence confirmée de trouble panique léger ou moyen	<ul style="list-style-type: none"> - Autosoins individuels dirigés et non dirigés; <p><i>Envisagez également :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Groupe d'autosoins^(a); Groupes de soutien ou d'entraide^(a);</i> - <i>Services de soutien à l'éducation et à l'emploi^(a);</i> <p><i>Orientation aux fins d'évaluation ou de traitement au besoin^(a).</i></p>
ÉTAPES 3	
Trouble panique moyen ou grave	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Traitement utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une TCC;</u> - Antidépresseurs^(b).
ÉTAPES 4	
Trouble panique moyen ou grave qui s'accompagne de symptômes significatifs après l'essai de deux traitements.	<ul style="list-style-type: none"> - Revue de la situation et orientation vers les services en santé mentale.

Tableau 2. Modèle de soins par étapes : Interventions recommandées pour le TP (suite)

Étapes du modèle de soins	Traitements
ÉTAPE 5	
Trouble panique moyen ou grave qui s'accompagne de symptômes importants après l'essai de deux traitements.	<ul style="list-style-type: none"> - Réappréciation ou réévaluation globale et approfondie de la situation; - Traitement des comorbidités; - <u>Traitement utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une TCC;</u> - Analyse complète de la pharmacothérapie; - Soutien quotidien en centre de jour afin de donner du répit à la famille et à l'entourage; - Orientation vers des services ou intervenants spécialisés.
<p>(a) Interventions recommandées provenant du Guide de pratique clinique Troubles mentaux fréquents : repérage et trajectoires de services</p> <p>(b) Si le trouble est présent depuis longtemps ou que les traitements n'ont pas donné de résultats ou ont été refusés.</p>	

ÉTAPE 1 – REPÉRAGE ET DÉMARCHE ÉVALUATIVE D'UN TP

Repérage

Au Québec, le repérage peut être fait via les différentes portes d'entrée du système de santé et des services sociaux. Ainsi, un intervenant des services de première ligne tels que les services sociaux généraux, des partenaires du réseau qu'il soit du secteur public, privé ou communautaire (GMF, scolaire, carcéral, etc.) ainsi que ceux des services spécifiques et des services spécialisés en santé mentale, qui reconnaît la présence de symptômes pouvant être associés à la présence d'un TAG ou d'un TP peut décider d'entreprendre une démarche de repérage.

Consultez également les recommandations provenant du guide de pratique clinique [Troubles mentaux fréquents : repérage et trajectoires de services](#) à cet effet⁴⁹.

Compétences en consultation

1.4.1. Tous les intervenants impliqués dans le *repérage*, *l'appréciation*, *la démarche évaluative* ou le traitement auprès d'une personne qui présentent des symptômes relatifs à un TP ou ayant été confirmé devraient posséder un niveau de compétences élevé en matière de consultation (*structure et contenu*) afin qu'une approche structurée soit adoptée tout au long des soins et services auprès de ces personnes.

Les standards requis pour être membre du Royal College of General Practitioners représentent un bon exemple des standards requis lors d'une consultation (*en anglais seulement*) [2004, modifiée 2020]

⁴⁹ Ministère de la Santé et des Services sociaux (2021). *Troubles mentaux fréquents : repérage et trajectoires de services*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002409/>

Les professionnels doivent également se conformer au [Code des professions](#) et ses divers règlements ainsi qu'à leurs obligations professionnelles, incluant leur code de déontologie ainsi qu'aux normes et standards de pratiques.

NOTE : La recommandation 1.4. section compétences requises, a été modifiée afin de l'adapter au contexte québécois. Bien que le guide original donne l'exemple des normes requises pour l'habilitation au Royal College of General Practitioners comme étant un bon exemple de standards en matière de compétences en consultation, ces dernières peuvent être différentes au Québec et en fonction de l'ordre professionnel. Il est de la responsabilité de l'intervenant et du professionnel de pratiquer selon les principes scientifiques.

La recommandation a été contextualisée afin de s'assurer du respect des lois, normes et standards de pratique en vigueur au Québec.

Démarche évaluative

Note : La présente section a été modifiée afin de l'adapter au contexte québécois. Selon le guide original le titre de cette section ainsi que la recommandation [1.4.2](#) utilise le terme « diagnostic ». Cependant, le système professionnel québécois vient réserver des activités dont des évaluations précises, à certains professionnels, qui ne sont pas réservées ailleurs dans le monde, par exemple le diagnostic et l'évaluation du trouble mental.

Notez également qu'une prise en charge rapide augmente la probabilité d'une amélioration significative de la condition de la personne.⁵⁰ Une appréciation, réalisée à l'aide de questionnaires validés ou d'une démarche de consultation structurée, donne suffisamment d'informations pour connaître plus rapidement les besoins de la personne, de la famille et de son entourage au-delà des difficultés associées au trouble. Elle permet de mobiliser les ressources requises et d'orienter sans délai l'intervention vers une réponse adaptée à ses besoins.⁵¹ Il n'est pas nécessaire de conclure à la présence d'un trouble mental pour mettre en place des interventions visant à aider une personne utilisatrice de services, sa famille et son entourage dans leurs difficultés. Le repérage et l'appréciation sont des interventions non réservées en vertu du [Code des professions](#) et peuvent être réalisés par l'ensemble des intervenants.^{52 53}

De plus, la présence de professionnels habilités à l'exercice de certaines activités réservées en fonction de leur champ d'exercice permet l'évaluation ou le suivi des situations plus complexes, que ce soit en amont, pendant le processus d'évaluation des troubles mentaux ou après.

L'utilisation de « démarche évaluative » est donc utilisée en remplacement du terme « diagnostic » afin permettre la pleine étendue de pratique des intervenants et des professionnels habilités à l'exercice de certaines activités réservées (à risque de préjudices), en fonction de leur champ d'exercices. Ceci dans l'optique que les personnes utilisatrices de services puissent recevoir les soins et services requis en fonction de leurs besoins et au moment opportun tout en restant conforme aux recommandations du NICE ainsi qu'aux lois professionnelles en vigueur au Québec.

⁵⁰ Clark, D. M., L. Canvin, J. Green, R. Layard, S. Pilling et M. Janecka (2018). « Transparency about the outcomes of mental health services (IAPT approach): an analysis of public data », *The Lancet*, vol. 391, no 10121, p. 679-686. 3 [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32133-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32133-5)

⁵¹ Institut National d'Excellence en Santé et Services sociaux (2018). *Trajectoire optimale de services pour les enfants, adolescents et jeunes adultes ayant un trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) ou des difficultés apparentées* : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_Avis_Trajectoire_TDAH.pdf

⁵² Institut National d'Excellence en Santé et Services sociaux (2018). *Trajectoire optimale de services pour les enfants, adolescents et jeunes adultes ayant un trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) ou des difficultés apparentées* https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_Avis_Trajectoire_TDAH.pdf

⁵³ Office des professions (2021). *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines : Guide explicatif*. Montréal (Qc), 130 p. Consulté en ligne au : <https://www.opq.gouv.qc.ca/santementalerelationshumaines/domaine-de-la-sante-mentale-et-des-relations-humaines-projet-de-loi-21/guide-explicatif>

Consultez la section 1.3.3. *Évaluation des risques et surveillance du guide de pratique clinique Troubles mentaux fréquents : repérage et trajectoires de services.*

L'exactitude des conclusions cliniques relatives à la présence d'un TP représente la pierre angulaire dans le traitement et le suivi de cette condition. Le TP s'accompagne souvent de comorbidités telles que le trouble dépressif, ce qui peut rendre le tableau clinique plus complexe et difficile à clarifier.

1.4.2. *La démarche évaluative* devrait comprendre l'obtention des renseignements pertinents essentiels tels que les antécédents personnels, l'automédication et les caractéristiques culturelles ou individuelles dont il pourrait être important de tenir compte dans le cadre des services offerts ultérieurement. [2004]

1.4.3. Les données probantes disponibles à l'heure actuelle ne permettent pas de recommander *un questionnaire d'appréciation* autoadministré suffisamment validé pouvant être utilisé dans le cadre de *la démarche évaluative*. Par conséquent, il faut s'appuyer sur les compétences en matière de consultation pour obtenir toutes les informations nécessaires. [2004]

Si cela s'avère pertinent, le PQPTM propose l'utilisation de deux questionnaires d'appréciation, soit la traduction française du questionnaire PDSS (Panic Disorder Severity Scale – Self Report)^{54,55,56} et la traduction française du questionnaire MIA (Mobility Inventory for Agoraphobia)⁵⁷, pour appuyer la démarche évaluative en présence d'attaques de panique et lorsque la personne est orientée vers un traitement spécifique à ce trouble.

Comorbidités

1.4.4. Les intervenants devraient prêter attention aux comorbidités les plus fréquentes, en particulier, le TP avec trouble dépressif ou le TP avec trouble de l'usage de substances. [2004, modification en 2011]

Lorsqu'une personne présente des symptômes relatifs à un TP ou ayant été confirmé et une consommation abusive ou un trouble de l'usage de substances, vous devez savoir que:

- *La consommation abusive ou le trouble de l'usage de certaines substances peut venir masquer, diminuer ou accentuer les symptômes de certains troubles mentaux fréquents. Ainsi, l'arrêt ou la diminution de la consommation de la substance pourrait améliorer de façon significative les symptômes dépressifs ou anxieux. La personne utilisatrice devrait être orientée vers les services en santé*

⁵⁴ Spitzer, R.L., K. Kroenke, J. B. W. Williams et B. Löwe (2006). *A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7*. Archives of internal medicine, vol. 166, no 10, p. 1092-1097

⁵⁵ Shear, M. K., Brown, T. A., Barlow, D. H., Money, R., Sholomskas, D. E., Woods, S. W., Gorman, J. M., et Papp, L. A. (1997). « Multicenter collaborative panic disorder severity scale ». *The American journal of psychiatry*, 154(11), 1571–1575. <https://doi.org/10.1176/ajp.154.11.1571>

⁵⁶ Furukawa, T. A., Katherine Shear, M., Barlow, D. H., Gorman, J. M., Woods, S. W., Money, R., Etschel, E., Engel, R. R. et Leucht, S. (2009). « Evidence-based guidelines for interpretation of the Panic Disorder Severity Scale ». *Depression and anxiety*, 26(10), 922–929. <https://doi.org/10.1002/da.20532>

⁵⁷ Shear, M. K., T. A. Brown, D. H. Barlow, R. Money, D. E. Sholomskas, S. W. Woods, J. M. Gorman et L. A. Papp. (1997). Multicenter collaborative panic disorder severity scale. *The American Journal of Psychiatry*, 154(11), 1571–5.

mentale si les symptômes anxieux ou dépressifs persistent après trois à quatre semaines d'abstinence⁵⁸.

- L'utilisation **non nocive** pour la santé d'une substance ne devrait pas représenter une contre-indication au traitement du TP.
- *La consommation **abusive** ou le **trouble de l'usage de substance ne devrait pas** représenter une contre-indication au traitement des troubles mentaux fréquents. La personne devrait avoir accès aux traitements recommandés par le PQPTM, car rien n'indique que l'abus de substances rende les traitements habituels inefficaces⁵⁹. Plusieurs personnes répondent à des traitements brefs pouvant être offerts par des services de première ligne ou par des services spécifiques de santé mentale. En effet, la majorité des personnes présentant un trouble de l'usage de substances n'ont pas besoin de recevoir des traitements des services spécialisés en dépendance pour changer leurs habitudes de consommation⁶⁰.*

Les soins en collaboration avec des programmes en dépendance doivent être considérés en fonction de l'organisation des services et doivent être envisagés en fonction du [Plan d'action interministériel en dépendance 2018-2028](#), et du [Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances](#), plus particulièrement dans les situations suivantes:

- *Lorsque la personne présente un trouble de l'usage de l'alcool et d'une seconde substance en plus de présenter un TP.*
- *Lorsque l'usage problématique de substances interfère avec la capacité de se présenter aux traitements et de s'y engager. Par exemple, la personne pourrait se montrer incapable de se présenter sobre à ses rencontres et de mettre en pratique les exercices thérapeutiques ou s'absenter de plus de deux rencontres malgré la mise en place d'un contrat thérapeutique et la révision de celui-ci⁶¹.*

Lors de la prescription d'un **ISRS**, assurez-vous de questionner la personne au sujet de la consommation de cocaïne afin de tenir compte des interactions médicamenteuses ainsi que la nécessité d'éviter l'utilisation simultanée de plusieurs médicaments sérotoninergiques. Suivez les conseils de sécurité Medicines and Healthcare products Regulatory Agency (MHRA) concernant le citalopram⁶². [2011, modifié 2020]

- 1.4.5. Les principaux problèmes devant faire l'objet d'un traitement devraient être identifiés au moyen de discussions avec la personne. Au moment où les priorités sont établies en ce qui concerne les comorbidités, leur chronologie devrait également être clarifiée; dessiner une ligne du temps peut aider à déterminer à quel moment les différents problèmes ont émergés. Comprendre les moments où les différents symptômes sont

⁵⁸ National Institute of Health and Care Excellence (2011). Alcohol-use disorders: diagnosis, assessment and management of harmful drinking (high-risk drinking) and alcohol dependence (NICE Clinical guideline CG115) consulter au: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg115/resources/alcohol-use-disorders-diagnosis-assessment-and-management-of-harmful-drinking-highrisk-drinking-and-alcohol-dependence-pdf-35109391116229>

⁵⁹ National Institute of Health and Care Excellence (2008). Drug Misuse Opioid Detoxification (NICE Clinical Guidelines CG52). <https://www.nice.org.uk/guidance/cg52/resources/drug-misuse-in-over-16s-opioid-detoxification-pdf-975504131269>

⁶⁰ Improving access to psychological therapies (IAPT) positive practice guide for working with people who use drugs and alcohol. <https://www.uea.ac.uk/documents/746480/2855738/iapt-drug-and-alcohol-positive-practice-guide.pdf>

⁶¹ Improving access to psychological therapies (IAPT) Positive practice guide for working with people who use drugs and alcohol. <https://www.uea.ac.uk/documents/746480/2855738/iapt-drug-and-alcohol-positive-practice-guide.pdf>

⁶² Medicines and healthcare products regulatory agency (2016). Citalopram: suspected drug interaction with cocaine; prescribers should consider enquiring about illicit drug use. <https://www.gov.uk/drug-safety-update/citalopram-suspected-drug-interaction-with-cocaine-prescribers-should-consider-enquiring-about-illicit-drug-use>

apparus peut permettre de mieux cerner les priorités parmi les différentes comorbidités, ce qui favorise la mise en place d'une intervention efficace répondant aux besoins de la personne. [2004]

Attaques de panique au service des urgences

Il est important de rappeler qu'une attaque de panique ne signifie pas nécessairement qu'une personne présente un TP et que le traitement adéquat d'une attaque de panique peut freiner la progression vers ce trouble. Lorsqu'une personne se présente au service des urgences pour des douleurs thoraciques, la possibilité que les symptômes soient attribuables au TP semble plus grande en l'absence de coronaropathie ou s'il s'agit d'une femme ou d'une personne relativement jeune. Deux autres variables, soit la douleur thoracique atypique et la reconnaissance d'anxiété de la part de la personne, peuvent également être associées à un tableau clinique de TP, mais les données sont insuffisantes pour établir un lien.

1.4.6. Si une personne qui présente une attaque de panique se rend au service des urgences ou consulte dans un autre type de services, elle devrait :

- être questionnée afin de déterminer si elle reçoit déjà un traitement pour le TP;
- être soumise au minimum d'évaluations nécessaires pour écarter la présence de problèmes aigus de santé physique;
- habituellement, ne pas être hospitalisée en unité de psychiatrie ni dans un autre service;
- être orientée vers les services de première ligne, même si l'évaluation a été menée au service des urgences;
- recevoir de l'information écrite adéquate sur les attaques de panique afin de comprendre pourquoi elle est orientée vers les services de première ligne;
- se voir offrir de l'information écrite adéquate au sujet des organismes communautaires, y compris les groupes de soutien, d'entraide ou d'autosoins offerts à l'échelle locale ou nationale. [2004]

TROUBLE PANIQUE – ÉTAPES 2 À 5

Les recommandations concernant les traitements recommandés pour le TP sont également présentées dans le [Tableau 2](#).

Les psychothérapies utilisées dans le traitement des adultes présentant un trouble mental doivent être offertes par des professionnels dûment habilités à l'exercice de la psychothérapie, conformément au [Code des professions](#) et au [Règlement sur le permis de psychothérapeute](#).

NOTE : Les recommandations indiquées en italiques et soulignées indiquent que celles-ci nécessitent le jugement clinique de l'intervenant afin que celui-ci détermine si l'intervention qu'il s'apprête à réaliser constitue ou non de la psychothérapie au sens de l'article 187.1 du [Code des professions](#). Cette analyse effectuée par l'intervenant devrait être réalisée à l'aide des divers documents interordres concernant l'exercice de la psychothérapie et des interventions qui s'y apparentent, disponible sur le site de la collaboration interprofessionnelle⁶³.

*Dans le cadre du PQPTM, l'abréviation **TCC** (thérapie cognitivo-comportementale) réfère à l'exercice de la psychothérapie cognitivo-comportementale.*

⁶³ Collaboration interprofessionnelle (s.d.). Publications. <https://collaborationinterprofessionnelle.ca/publications-2/>

ÉTAPE 2 : PERSONNE QUI PRÉSENTE UN TP : OFFREZ LES TRAITEMENTS EN PREMIÈRE LIGNE

L'ensemble des traitements recommandés reposent sur des données probantes (autosoins, psychothérapie, pharmacothérapie, etc.) et sont des options dont l'efficacité a été démontrée. Le choix du traitement devra être établi en fonction de la démarche d'évaluation et de prise de décision partagée.

1.4.7. Consultez la recommandation [1.4.11](#) à [1.4.14](#) du guide de pratique clinique [Troubles mentaux fréquents : repérage et trajectoires de services](#) au sujet des recommandations concernant l'identification des options thérapeutiques appropriées. [2018]

À l'étape 2, les groupes d'autosoins, les groupes de soutien ou d'entraide et les services de soutien aux études et à l'emploi sont aussi recommandés pour **tous les troubles mentaux fréquents** (à l'exception du trouble stress post-traumatique), **incluant le TP**. À tout moment, la personne peut être orientée aux fins d'évaluation et de traitement en fonction de ses besoins et du jugement clinique de l'intervenant. Consultez la recommandation 1.4.1.10 du guide de pratique clinique [Troubles mentaux fréquents : repérage et trajectoires de services](#) au sujet des recommandations concernant les personnes qui présentent des symptômes relatifs à un TP ou ayant été confirmé qui a besoin de soutien sur le plan social, scolaire ou professionnel.

1.4.8. L'option thérapeutique choisie devrait être disponible rapidement. [2004]

1.4.9. Les services offerts dans *le cadre des services de première ligne* comportent des avantages (par exemple, un taux plus faible de personnes qui s'absentent aux rendez-vous) et sont généralement préférés par les personnes utilisatrices de services. [2004]

1.4.10. Offrez l'un des traitements suivants aux personnes qui présentent TP léger ou moyen, ou orientez-les à cette fin :

- autosoins individuels non dirigés;
- autosoins individuels dirigés.

Cette recommandation est tirée du NICE guideline on Common mental health problems⁶⁴, *document contextualisé au Québec* : [Troubles mentaux fréquents : repérage et trajectoires de services](#).

1.4.11. De l'information devrait être offerte au sujet des groupes de soutien disponibles, s'il y a lieu. (Les groupes de soutiens peuvent être offerts via des rencontres en personne, des visioconférences ou téléphonique [pouvant reposer sur des principes issus des modèles théoriques cognitivo-comportementaux] ou de l'information supplémentaire sur tous les aspects des troubles anxieux et les autres ressources auprès desquelles une personne peut obtenir de l'aide.) [2004]

1.4.12. Une discussion concernant les bienfaits de l'activité physique pour la santé en général devrait avoir lieu avec toute personne qui présente un TP, le cas échéant. [2004]

Étape 3 : PERSONNE QUI PRÉSENTE UN TP : REVUE DE LA SITUATION ET TRAITEMENT ALTERNATIF AU BESOIN.

1.4.13. Envisagez d'orienter la personne qui présente un TP moyen ou grave afin qu'elle fasse l'objet de l'un ou l'autre des traitements suivants :

⁶⁴ National Institute of Health and Care Excellence (2011). *Common mental health problems: identification and pathways to care* (Nice clinical guideline CG123) <https://www.nice.org.uk/guidance/cg123>

- traitement utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une TCC;
- antidépresseur, si le trouble est présent depuis longtemps ou que les traitements n'ont pas donné de résultats ou ont été refusés.

Cette recommandation est tirée du NICE guideline on Common mental health problems⁶⁵, *document contextualisé au Québec* : [Troubles mentaux fréquents : repérage et trajectoires de services](#).

Traitements

- 1.4.14. Un traitement utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une TCC devrait être utilisé. [2004]
- 1.4.15. Les traitements utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou la TCC devraient être offerts uniquement par des intervenants qui ont reçu une formation pertinente, qui font l'objet d'un soutien clinique adéquat et qui sont en mesure de démontrer qu'ils respectent de façon rigoureuse les protocoles *manualisés* reposant sur des données probantes. [2004]
- 1.4.16. Le traitement utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une TCC d'une durée optimale (de 7 à 14 heures au total) devrait être offert. [2004]
- 1.4.17. Pour la plupart des personnes, le traitement utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou la TCC devrait se dérouler à raison de séances hebdomadaires d'une à deux heures chacune et devrait être complété dans un maximum de quatre mois à compter du moment où il est amorcé. [2004]
- 1.4.18. Lors d'un traitement utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une TCC de plus courte durée, de l'information appropriée et ciblée ainsi que des tâches devraient être fournies. [2004]
- 1.4.19. Si traitement utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une TCC de plus courte durée est utilisé, il devrait totaliser environ sept heures, et être conçu de façon à intégrer du matériel d'autosoins structuré. [2004]
- 1.4.20. Pour quelques personnes, un traitement utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une TCC plus intensif mais de très courte durée peut s'avérer approprié. [2004]

Pharmacothérapie

Au Québec, l'activité de prescrire des médicaments, est une activité réservée à certain professionnel habilité par le [Code des professions](#) et ses divers règlements, tels que les codes de déontologie. La pratique de cette activité doit donc être réalisée en respect des ceux-ci, ainsi que du [Règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin](#), et le Guide d'exercice sur les ordonnances faites par un médecin⁶⁶ pour en savoir plus sur les bonnes pratiques liées à la prescription.

De plus, le guide de pratique présume que les professionnels autorisés à prescrire utilisent également la monographie du médicament. Lorsque les données probantes l'appuient, ce guide de pratique recommande l'utilisation de certains médicaments pour des indications ne figurant pas dans l'autorisation de commercialisation au Canada au moment de sa publication (utilisation

⁶⁵ National Institute of Health and Care Excellence (2011). *Common mental health problems: identification and pathways to care* (Nice clinical guideline CG123) <https://www.nice.org.uk/guidance/cg123>

⁶⁶ Collège des médecins du Québec (2016). *Guide d'exercice sur les ordonnances faites par un médecin*. <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2016-10-03-fr-ordonnances-individuelles-faites-par-un-medecin.pdf>

hors indication). Le professionnel autorisé à prescrire se doit de suivre les recommandations professionnelles pertinentes et d'assumer l'entière responsabilité du médicament non indiqué ou homologué qu'il prescrit ou recommande.

Généralités

- 1.4.21. Les benzodiazépines sont associées à de moins bons résultats à long terme et ne devraient pas être prescrits pour le traitement des personnes qui présentent un TP. [2004]
- 1.4.22. Les antihistaminiques sédatifs et les antipsychotiques ne devraient pas être prescrits dans le traitement du TP. [2004]

Antidépresseurs

L'antidépresseur devrait être le seul traitement pharmacologique utilisé dans le traitement à long terme du TP. Les données probantes appuient l'efficacité des **ISRS**, des **IRSN** et des antidépresseurs **tricycliques (ATC)**. Au moment de la modification de la recommandation (juin 2020) l'escitalopram, la sertraline, le citalopram, la paroxétine et la venlafaxine sont autorisés dans le traitement du TP.

Selon les lignes directrices canadiennes sur le traitement de l'anxiété, tous les antidépresseurs de la classe des ISRS ainsi que venlafaxine à libération prolongée (IRSN) commercialisés au Canada sont des traitements de première intention dans le traitement du TP. Toujours selon ces mêmes lignes directrices, bien que la clomipramine et l'imipramine de la classe des ATC ont démontré une efficacité équivalente aux ISRS, ceux-ci auraient tendance à être moins bien tolérés et auraient un taux plus élevé d'abandon que les ISRS, en faisant ainsi plutôt un traitement de deuxième intention⁶⁷.

Notez qu'au moment de la publication du présent guide de pratique clinique (janvier 2022), l'indication de certains médicaments de cette catégorie pour le traitement du TP peut ne pas figurer dans l'autorisation de commercialisation au Canada malgré que leur efficacité soit appuyée scientifiquement (ex : citalopram). Le professionnel autorisé à prescrire se doit de suivre les recommandations professionnelles pertinentes et d'assumer l'entière responsabilité du médicament non indiqué ou homologué qu'il prescrit ou recommande.

- 1.4.23. Les aspects suivants doivent être pris en compte lors du choix du médicament à offrir :
- l'âge de la personne;
 - la réponse aux traitements antérieurs;
 - les risques :
 - le risque de surdose accidentelle par la personne traitée ou d'autres membres de la famille, s'il y a lieu,
 - le risque d'automutilation, de comportements autodestructeurs ou d'idées suicidaires, notamment par surdose (*les antidépresseurs tricycliques sont associés au risque le plus élevé*) [2007];
 - la tolérance au médicament;

⁶⁷ Katzman, M.A., Bleau, P., Blier, P. et al. (2014). *Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders*. BMC Psychiatry 14. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-S1-S1>

- le risque d'interactions avec les médicaments concomitants (consultez la monographie du médicament);
- les préférences de la personne traitée;
- le coût du traitement, si une efficacité équivalente a été démontrée.

Consultez également la recommandation [1.2.29](#) concernant les **ISRS** ou les **IRSN** [2004, modifié en 2020]

1.4.24. Toute personne à qui un antidépresseur est prescrit devrait être informée, au moment de l'instauration du traitement :

- des effets indésirables possibles (y compris l'augmentation passagère de l'anxiété au début du traitement), **et**
- du risque de symptômes liés à l'arrêt du traitement ou de symptômes de sevrage susceptibles de survenir si le traitement est interrompu brusquement, lors de l'oubli d'une dose ou, parfois, lors de la réduction de la dose du médicament.

Consultez également la recommandation [1.2.29](#) concernant les **ISRS** ou les **IRSN** [2004, modifié en 2020]

1.4.25. Une personne qui commence à prendre un antidépresseur devrait être informée :

- du temps nécessaire pour que le médicament agisse,
- de la durée du traitement,
- de l'importance de prendre le médicament conformément à la posologie prescrite, **et**
- du risque de symptômes liés à l'arrêt du traitement ou de symptômes de sevrage.

De l'information écrite appropriée aux besoins de la personne traitée devrait être mise à sa disposition. [2004]

1.4.26. À moins d'indications contraires, un **ISRS** approuvé pour le traitement du TP devrait être offert. [2004]

1.4.27. Si l'utilisation d'un **ISRS** ne convient pas ou qu'aucune amélioration n'est constatée après un traitement de **12 semaines** et que la pharmacothérapie demeure appropriée, un **ATC** tel que l'imipramine ou la clomipramine peut être envisagé. [2004, modifiée en 2020]

Consultez la section [Antidépresseurs](#)

du présent guide concernant les précisions en lien avec cette recommandation.

1.4.28. Lorsqu'il choisit un antidépresseur, le prescripteur devrait considérer les éléments suivants :

- Il est possible de minimiser les effets indésirables survenant en début de traitement par antidépresseur en utilisant une faible dose initiale et en augmentant graduellement la dose jusqu'à l'obtention d'une réponse thérapeutique satisfaisante.
- Dans certains cas, les plus hautes doses de l'intervalle posologique indiqué peuvent s'avérer nécessaires et devraient être offertes au besoin.

- Un traitement de longue durée peut être nécessaire chez certaines personnes et devrait être offert au besoin.
 - Si l'état de la personne s'améliore au cours du traitement par antidépresseur, la prise du médicament devrait se poursuivre pendant au moins **six mois** après l'atteinte de la dose optimale; dose peut par la suite être diminuée progressivement. [2004]
- 1.4.29. Si aucune amélioration n'est constatée après un traitement de **12 semaines**, un antidépresseur **appartenant à une autre classe** (si un autre médicament est approprié) ou une autre forme de traitement devrait être offert (voir recommandation [1.4.9](#)). [2004]
- Selon les lignes directrices canadiennes sur le traitement de l'anxiété, tous les antidépresseurs de la classe des **ISRS** commercialisés au Canada ainsi que la venlafaxine à libération prolongée sont des traitements de première intention du TP⁶⁸. Ainsi, lorsqu'aucune amélioration n'est constatée, un antidépresseur de première intention devrait être offert, peu importe sa classe.*
- 1.4.30. La personne traitée devrait être informée de prendre le médicament tel que prescrit, ce qui est particulièrement important avec les médicaments ayant une courte demi-vie afin d'éviter les symptômes liés à l'arrêt du traitement ou les symptômes de sevrage. [2004]
- 1.4.31. Mettre fin brusquement au traitement par antidépresseur peut entraîner des symptômes liés à l'arrêt du traitement ou des symptômes de sevrage. Afin de réduire au minimum le risque que de tels symptômes surviennent lors de l'arrêt de l'antidépresseur, la dose devrait être diminuée graduellement sur une période suffisante. [2004]
- 1.4.32. Toute personne à qui un antidépresseur est prescrit devrait être informée que, bien que le médicament ne soit pas associé à un phénomène de tolérance ou de dépendance, des symptômes liés à l'arrêt du traitement ou des symptômes de sevrage peuvent survenir lorsque la prise du médicament est interrompue, lors de l'oubli de doses ou, parfois lorsque la dose du médicament est réduite. Ces symptômes sont habituellement légers et disparaissent sans intervention, mais ils peuvent parfois être sévères, surtout lorsque le traitement est interrompu brusquement. [2004]
- 1.4.33. Les intervenants devraient informer les personnes traitées que les symptômes liés à l'arrêt du traitement ou les symptômes de sevrage les plus fréquents sont les étourdissements, les engourdissements et les picotements, les troubles digestifs (en particulier la nausée et les vomissements), les maux de tête, la transpiration, l'anxiété et les troubles du sommeil. [2004]
- 1.4.34. Les intervenants devraient informer les personnes traitées qu'elles devraient demander conseil à leur prescripteur *ou pharmacien* si elles présentent des symptômes liés à l'arrêt du traitement ou des symptômes de sevrage importants. [2004]
- 1.4.35. Si les symptômes liés à l'arrêt du traitement ou les symptômes de sevrage sont légers, le prescripteur devrait rassurer la personne et effectuer un suivi des symptômes. Si une personne présente des symptômes graves après l'arrêt du traitement par antidépresseur, le prescripteur devrait envisager de reprendre le traitement (ou de prescrire un autre médicament de la même classe, mais ayant une demi-vie plus

⁶⁸ Katzman, M.A., Bleau, P., Blier, P. et al. (2014). *Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders*. BMC Psychiatry 14. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-S1-S1>

longue) pour ensuite diminuer graduellement la dose du médicament tout en effectuant un suivi des symptômes. [2004]

Étape 4 – Personne qui présente un TP : Revue de la situation et orientation

1.4.36. Dans la plupart des cas, lorsque deux traitements ont été mis en œuvre (toutes combinaisons d'autosoins, psychothérapie, pharmacothérapie, etc.) et que la personne présente toujours des symptômes significatifs, elle devrait se voir offrir d'être orientée vers les services en santé mentale *en fonction du niveau de services requis en fonction des besoins de la personne et du jugement clinique de l'intervenant*. [2004]

Au Québec, dans le cadre du PQPTM, le monitoring clinique en continu peut permettre de suivre l'évolution des symptômes et du fonctionnement de la personne qui reçoit les traitements. Ces données s'avèrent une source d'informations pertinentes qui facilitent la revue de la situation à l'étape 4.

Étape 5 – Soins et services dans les services en santé mentale

1.4.37. Les services en santé mentale devraient procéder à une *réappréciation* ou réévaluation globale et approfondie de la situation, de l'environnement de la personne ainsi que de la dimension sociale. Elle devrait notamment porter sur les aspects suivants :

- les traitements antérieurs, y compris leur efficacité, de même que la concordance⁶⁹ (*voir recommandation 1.3*) à ceux-ci;
- toute utilisation de substances, y compris la nicotine, l'alcool, la caféine et les drogues à usage récréatif;
- les comorbidités;
- le fonctionnement quotidien;
- le réseau social;
- les stressseurs chroniques;
- le rôle de l'agoraphobie et d'autres symptômes d'évitement.

Au Québec, certaines évaluations dites « réservées » ne peuvent être réalisées que par des professionnels membres de leur ordre professionnel dans la finalité de leur champ d'exercice.

Il est de la responsabilité de l'intervenant ou du professionnel de s'assurer du respect de ces activités réservées, en respect du [Code des professions](#) et autres lois et règlements qui les encadrent.

Pour plus d'informations à ce sujet, consulter le document : [Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines : Guide explicatif](#)⁷⁰.

Une évaluation approfondie des risques devrait être entreprise, et un plan de gestion des risques adéquat devrait être élaboré. [2004]

⁶⁹ Dickinson, D., Wilkie, P., & Harris, M. (1999). *Taking medicines: concordance is not compliance*. *BMJ (Clinical research ed.)*, 319(7212), 787. <https://doi.org/10.1136/bmj.319.7212.787>

⁷⁰ Office des professions (2021). *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines : Guide explicatif*. Montréal (Qc), 130 p. Consulté en ligne au : <https://www.opg.gouv.qc.ca/santementalerelationshumaines/domaine-de-la-sante-mentale-et-des-relations-humaines-projet-de-loi-21/guide-explicatif>

Cette évaluation devrait inclure les recommandations de la section 1.3.3. Évaluation des risques et surveillance du guide de pratique clinique [Troubles mentaux fréquents : repérage et trajectoires de services](#)

Lors de la prescription d'un ISRS, assurez-vous de questionner la personne au sujet de la consommation de cocaïne afin de tenir compte des interactions médicamenteuses ainsi que la nécessité d'éviter l'utilisation simultanée de plusieurs médicaments sérotoninergiques. Suivez les conseils de sécurité Medicines and Healthcare products Regulatory Agency (MHRA) concernant le citalopram⁷¹. [2004, modifié 2020]

- 1.4.38. Entreprendre ces évaluations, de même que recueillir et transmettre l'ensemble des renseignements pertinents, peut nécessiter plus d'une consultation; le nombre de rencontres nécessaire devrait être offert. [2004]
- 1.4.39. Les soins et services devraient être basés en fonction de la situation de la personne et sur une prise de décision partagée. Les possibilités sont :
- le traitement des comorbidités;
 - un traitement utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une TCC réalisé par un intervenant expérimenté, si celui-ci n'a pas encore été offert, incluant la possibilité que le traitement soit offert à domicile s'il est difficile pour la personne de se rendre à la clinique;
 - une analyse complète de la pharmacothérapie;
 - un soutien quotidien en centre de jour afin de donner du répit à la famille et à l'entourage
 - l'orientation vers des services ou *intervenants* spécialisés *auprès de cette clientèle* afin d'obtenir des conseils, des avis ou pour que la personne soit orientée pour évaluation ou fin de traitements. [2004]
- 1.4.40. Une communication efficace et précise devrait avoir lieu entre tous les intervenants qui contribuent aux soins et services offerts à une personne qui présente un TP. Particulièrement, les intervenants des services de première ligne (ex : GMF, etc.) et ceux des services de santé mentale (spécifiques et spécialisés) si la personne présente des problèmes de santé physique qui doivent également faire l'objet d'un suivi actif. [2004]

Surveillance et suivi des personnes qui présentent un TP

Interventions ou traitements psychologiques

- 1.4.41. Un processus permettant d'évaluer le progrès de la personne qui reçoit un traitement utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une TCC devrait être en place. La nature de ce processus devrait être déterminée au cas par cas. [2004]

Pour sa part, le PQPTM souligne l'importance de la mesure clinique en continu pour suivre l'évolution clinique dans le cadre des traitements offerts. Les questionnaires d'appréciation devant être utilisés dans le cadre du PQPTM sont précisés dans la recommandation [1.4.46](#).

⁷¹ Medicines and healthcare products regulatory agency (2016). *Citalopram: suspected drug interaction with cocaine; prescribers should consider enquiring about illicit drug use.* <https://www.gov.uk/drug-safety-update/citalopram-suspected-drug-interaction-with-cocaine-prescribers-should-consider-enquiring-about-illicit-drug-use>

Pharmacothérapie

- 1.4.42. Lorsqu'un nouveau médicament est débuté, l'efficacité et les effets indésirables devraient être revus au cours des **2 semaines** suivant le début du traitement, puis de nouveau à **4, 6 et 12 semaines**. Suivez les indications relatives au produit ainsi que les surveillances requises qui sont fournies dans la monographie du produit. [2004]
- 1.4.43. Après **12 semaines**, l'efficacité du traitement devrait être évaluée, et une décision devrait être prise relativement à la poursuite de ce dernier ou à la pertinence d'en envisager un autre. [2004]
- 1.4.44. Si la prise du médicament se poursuit au-delà de **12 semaines**, la personne traitée devrait faire l'objet d'un **suivi** à intervalles de **8 à 12 semaines**, selon les progrès réalisés et les particularités de la personne. [2004]

Autosoins

- 1.4.45. Les personnes qui reçoivent des **autosoins** devraient se voir offrir la possibilité d'entrer en communication avec un intervenant qui pourra effectuer un suivi des progrès réalisés et envisager d'autres traitements, le cas échéant. La fréquence de ces communications devrait être déterminée au cas par cas, mais auront probablement lieu toutes les **quatre à huit semaines**. [2004]

Mesure clinique

- 1.4.46. De courts questionnaires d'appréciation devraient être utilisés pour le suivi de l'évolution clinique, lorsque possible. [2004]

NOTE : La recommandation 1.4.46. du guide clinique original suggère l'utilisation de la sous-échelle concernant les attaques de panique du questionnaire MIA (Mobility Inventory for Agoraphobia). La suggestion a été retirée, car la sous-échelle concernant les attaques de panique du questionnaire MIA (Mobility Inventory for Agoraphobia) n'a pas été conçue ou validée pour un usage seul.

Dans le cadre du PQPTM, le questionnaire GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder - 7 items), développé pour repérer la présence d'un TAG⁷², présente la sensibilité et la spécificité nécessaire pour détecter et apprécier la présence d'un trouble panique. Plus spécifiquement, le questionnaire traduit en français identifiés pour l'appréciation des symptômes d'un trouble panique chez l'adulte est le questionnaire PDSS (Panic Disorder Severity Scale)^{73,74,75}. Le questionnaire traduit en français identifiés pour l'appréciation des symptômes de l'agoraphobie chez l'adulte est le questionnaire MIA (Mobility Inventory for Agoraphobia)⁷⁶.

⁷² Spitzer, R.L., K. Kroenke, J. B. W. Williams et B. Löwe (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. Archives of internal medicine, vol. 166, no 10, p. 1092-1097

⁷³ Shear, M. K., Brown, T. A., Barlow, D. H., Money, R., Sholomskas, D. E., Woods, S. W., Gorman, J. M., et Papp, L. A. (1997). « Multicenter collaborative panic disorder severity scale ». *The American journal of psychiatry*, 154(11), 1571–1575. <https://doi.org/10.1176/ajp.154.11.1571>

⁷⁴ Houck, P. R., Spiegel, D. A., Shear, M. K. et Rucci, P. (2002). « Reliability of the self-report version of the panic disorder severity scale ». *Depression and anxiety*, 15(4), 183–185. <https://doi.org/10.1002/da.10049>

⁷⁵ Furukawa, T. A., Katherine Shear, M., Barlow, D. H., Gorman, J. M., Woods, S. W., Money, R., Etschel, E., Engel, R. R. et Leucht, S. (2009). « Evidence-based guidelines for interpretation of the Panic Disorder Severity Scale ». *Depression and anxiety*, 26(10), 922–929. <https://doi.org/10.1002/da.20532>

⁷⁶ Shear, M. K., T. A. Brown, D. H. Barlow, R. Money, D. E. Sholomskas, S. W. Woods, J. M. Gorman et L. A. Papp. (1997). Multicenter collaborative panic disorder severity scale. *The American Journal of Psychiatry*, 154(11), 1571–5.

2. RECOMMANDATIONS DE RECHERCHE

Au moment de la publication du présent guide en janvier 2022, la section des recommandations pour la recherche section a été traduite en français mais n'a pas été contextualisée au Québec. La partie contextualisée sera ajoutée lors de la prochaine révision du guide.

Le Groupe de développement du guide de pratique de 2011 a formulé les recommandations de recherche qui suivent, sur la base de l'examen des données probantes, afin d'améliorer les orientations du NICE et les soins et services qui seront offerts aux personnes utilisatrices de services à l'avenir. Les recommandations de recherche complètes émanant du Groupe de développement du guide de pratique figurent dans le guide de pratique complet.

2.1 QUELLE EST L'EFFICACITÉ CLINIQUE DE LA SERTRALINE, COMPARATIVEMENT À CELLE DE LA PSYCHOTHÉRAPIE COGNITIVO-COMPORTEMENTALE, CHEZ DES PERSONNES QUI PRÉSENTENT DU TAG N'AYANT PAS RÉPONDU AUX AUTOSOINS DIRIGÉS NI À UNE ÉDUCATION PSYCHOLOGIQUE DANS LE CADRE DU MODÈLE DE SOINS PAR ÉTAPES

Pour répondre à cette question, un essai clinique contrôlé et randomisé (aussi appelé essai clinique à répartition aléatoire) devrait être mené auprès de personnes qui présentent un TAG n'ayant pas répondu aux interventions de l'étape 2. Les traitements suivants seraient attribués aléatoirement : sertraline, psychothérapie cognitivo-comportementale ou inscription à une liste d'attente pendant 12 à 16 semaines pour le groupe témoin. La présence du groupe témoin est importante afin de démontrer que les deux traitements actifs ont plus d'effet que l'évolution naturelle de la maladie. La durée de l'attente pour le groupe témoin correspond à la durée habituelle d'une psychothérapie cognitivo-comportementale pour le traitement d'un TAG ainsi qu'à l'attente normale pour avoir accès à ce traitement auprès d'un professionnel *dûment* habilité dans la pratique courante. Après 12 à 16 semaines, tous les participants devraient recevoir le traitement qu'ils choisiront en collaboration avec leur professionnel traitant.

Les variables à l'étude, évaluées aux semaines 12 et 16, devraient comprendre des mesures effectuées par l'observateur et par le participant en ce qui concerne les symptômes cliniques, des aspects du fonctionnement spécifiques à l'un TAG et la qualité de vie. Une analyse économique devrait également être effectuée parallèlement à l'étude. La taille de l'échantillon devrait être suffisamment grande pour déterminer la présence ou l'absence d'effets importants sur le plan clinique, ainsi que les différences concernant le coût des options thérapeutiques selon un essai de non-infériorité. Les facteurs ayant un effet médiateur ou modérateur sur la réponse devraient être explorés. Les évaluations de suivi devraient se poursuivre au cours des deux années suivantes afin de déterminer si les bienfaits obtenus à court terme se maintiennent et, en particulier, si la psychothérapie cognitivo-comportementale offre des résultats supérieurs à long terme.

Pourquoi est-ce important ?

La sertraline et la psychothérapie cognitivo-comportementale sont toutes deux efficaces dans le traitement d'un TAG mais leur efficacité relative n'a pas été comparée. Dans un modèle de soins par étapes, la psychothérapie cognitivo-comportementale et la sertraline figurent toutes deux parmi les options thérapeutiques possibles si les interventions de l'étape 2 (autosoins dirigés et/ou *éducation psychologique*) n'ont pas donné lieu à une réponse satisfaisante sur le plan clinique. À l'heure actuelle, aucune donnée issue d'un essai clinique à répartition aléatoire ne permet de hiérarchiser les traitements pour l'étape suivante, et aucune information ne permet de déterminer quel traitement particulier correspondrait davantage aux besoins spécifiques d'une personne qui présente un TAG. Connaître les avantages relatifs de la sertraline et de la psychothérapie

cognitivo-comportementale, à court et à long terme, pourrait également être utile pour orienter le traitement.

2.2 COMPARAISON DE DEUX INTERVENTIONS D'AUTOSOINS REPOSANT SUR DES PRINCIPES ISSUS DES MODÈLES COGNITIVO-COMPORTEMENTAUX, SOIT 1) AUTOSOINS DIRIGÉS ASSISTÉS PAR LES TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION ET DES COMMUNICATIONS (TIC) ET 2) AUTOSOINS DIRIGÉS CONVENTIONNELS, À L'ATTENTE DE SERVICES (GROUPE TÉMOIN) SUR LES PLANS DE L'EFFICACITÉ CLINIQUE ET DE L'EFFICIENCE DANS LE TRAITEMENT DU TAG

Dans les cas d'un TAG clairement défini, quelles sont l'efficacité clinique et l'efficacité de deux interventions reposant sur des principes issus des modèles cognitivo-comportementaux (autosoins dirigés assistés par les technologies de l'information et des communications [p. ex. applications mobiles] et autosoins dirigés conventionnels [p. ex. cahiers d'exercices, manuels]) comparativement à l'attente de services dans un groupe témoin ?

Pour répondre à cette question, un essai clinique à répartition aléatoire comportant trois groupes devrait être mené afin d'évaluer les résultats à court terme et à moyen terme (y compris les résultats concernant l'efficacité). Une attention particulière devrait être portée à ce que le modèle de traitement puisse être reproductible en ce qui concerne le contenu, la durée, ainsi que la formation et le soutien clinique des intervenants pratiquant l'intervention, afin de faire en sorte que les résultats soient solides et généralisables. Les variables à l'étude devraient comprendre des mesures effectuées par l'observateur et par le participant en ce qui concerne les symptômes cliniques et les aspects du fonctionnement spécifiques à l'un TAG, ainsi qu'une évaluation de l'acceptabilité et de l'accessibilité des options thérapeutiques.

Pourquoi est-ce important ?

La psychothérapie cognitivo-comportementale est une option thérapeutique recommandée chez les personnes qui présentent un TAG. Les autosoins dirigés assistés par les technologies de l'information et des communications (TIC) sont des interventions prometteuses pour l'un TAG, mais les données disponibles à ce sujet sont modestes pour l'instant. C'est pourquoi il est important de déterminer si les autosoins dirigés assistés par les TIC sont des interventions efficaces, offrant un bon rapport coût-efficacité, qui devraient être offertes dans le traitement d'un TAG et comment elles se comparent à d'autres interventions tels les autosoins dirigés plus conventionnels (p. ex. manuels, cahiers d'exercices). Les résultats de cette étude auront des répercussions importantes sur la prestation, l'accessibilité et l'acceptabilité des traitements offerts par le National Health Service (NHS) de l'Angleterre.

2.3 EFFICACITÉ DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE COMPARATIVEMENT À L'ATTENTE DE SERVICES (GROUPE TÉMOIN) DANS LE TRAITEMENT DU TAG

Chez les personnes qui présentent un TAG et sont prêtes à amorcer un traitement, quelle est l'efficacité clinique de l'activité physique comparativement à l'attente de services (groupe témoin)?

Pour répondre à cette question, un essai clinique à répartition aléatoire devrait être mené auprès de personnes qui présentent un TAG ont reçu de l'information au sujet de leur trouble (tel que décrit à l'étape 1) et passent à l'étape 2. La durée de l'attente de services pour le groupe témoin devrait être de 12 semaines. Les variables à l'étude devraient comprendre des mesures effectuées par l'observateur et par le participant en ce qui concerne les symptômes cliniques, les aspects du fonctionnement spécifiques à l'un TAG et la qualité de vie.

Pourquoi est-ce important ?

Les données probantes concernant l'efficacité de l'activité physique pour atténuer les symptômes d'anxiété sont beaucoup moins nombreuses que les données disponibles au sujet du trouble dépressif. Certaines données disponibles semblent indiquer que l'activité physique pourrait contribuer à atténuer l'anxiété. Comme l'un TAG est un trouble mental fréquent, les résultats d'une telle étude auront des répercussions importantes en permettant d'élargir l'éventail d'options thérapeutiques disponibles au sein du NHS.

2.4 EFFICACITÉ DE LA CAMOMILLE ET DU GINKGO BILOBA DANS LE TRAITEMENT DU TAG

La camomille et le Ginkgo biloba sont-ils plus efficaces qu'un placebo pour accroître les taux de réponse et de rémission et diminuer les scores relatifs à l'anxiété chez les personnes qui présentent de l'un TAG ?

Pour répondre à cette question, un essai clinique à répartition aléatoire, à double insu et contrôlé par placebo devrait être mené afin de comparer les effets d'un placebo à ceux d'une dose normalisée de camomille (de 220 à 1100 mg) ou de Ginkgo biloba (de 30 à 500 mg), en préparations facilement disponibles, par exemple en capsules. L'évaluation des résultats devrait avoir lieu à la fin de l'étude, puis dans le cadre d'un suivi 12 mois après la fin de l'étude. Les variables à l'étude devraient comprendre des mesures effectuées par l'observateur et par le participant en ce qui concerne les symptômes cliniques, les aspects du fonctionnement spécifiques à l'un TAG, ainsi que les effets indésirables. Les traitements devraient faire l'objet d'une évaluation sur le plan de l'économie de la santé, ainsi que pour leur effet sur la qualité de vie. L'étude devrait avoir une taille d'échantillon suffisante pour déterminer la présence ou l'absence d'effets importants sur le plan clinique au moyen d'un essai de non-infériorité. Les facteurs ayant un effet médiateur ou modérateur sur la réponse devraient être explorés.

Pourquoi est-ce important ?

L'un TAG est un trouble mental fréquent, et les résultats d'une telle étude seront généralisables à un grand nombre de personnes. Des données font état de l'efficacité de la camomille et du Ginkgo biloba pour atténuer l'anxiété chez les personnes qui présentent un TAG; les données à ce sujet sont toutefois limitées pour l'instant (une seule étude). Les rares publications portant sur l'efficacité des traitements à l'aide de différentes plantes médicinales dans le traitement du TAG semblent indiquer que la camomille et le Ginkgo biloba figurent parmi les plus efficaces. De plus, ces deux plantes médicinales sont offertes à grande échelle, et il est possible de se les procurer à peu de frais. Comme ces substances sont accessibles, elles pourraient être utilisées aux premières étapes du traitement, ce qui pourrait permettre d'éviter la prise de médicaments associés à des effets indésirables et à une dépendance.

2.5 COMPARAISON, SUR LES PLANS DE L'EFFICACITÉ CLINIQUE ET DE L'EFFICIENCE, DES SOINS USUELS AUX SOINS RELEVANT D'UNE APPROCHE COLLABORATIVE OFFERTS DANS LE CADRE DES SERVICES DE PROXIMITÉ POUR AMÉLIORER LE TRAITEMENT DU TAG

Comparativement aux soins habituels, l'adoption d'une approche collaborative dans le cadre des services de proximité offre-t-elle des avantages et permet-elle d'améliorer le traitement du TAG ?

Pour répondre à cette question, un essai clinique randomisé par grappe devrait être mené dans des cliniques de médecine de famille auprès de personnes qui présentent un TAG ayant fait l'objet de démarches de repérage dans ces établissements. Dans les groupes de médecine de famille offrant les traitements, les médecins de famille ou d'autres professionnels *dûment* habilités devraient recevoir une formation leur permettant d'identifier l'un TAG, de prescrire une pharmacothérapie et de proposer des interventions telles que *l'éducation psychologique* et les autosoins non dirigés. Des intervenants devraient offrir ces traitements et offrir un soutien relatif à la pharmacothérapie prescrite par le médecin de famille ou un professionnel *autorisé à prescrire*.

Ce soutien consiste à fournir de l'information au sujet des effets indésirables, à effectuer un suivi de l'utilisation du médicament et à agir à titre d'agent de liaison pour tout changement apporté à la pharmacothérapie. Les intervenants devraient également offrir du soutien relativement à l'orientation des participants vers des services de psychothérapie lorsque les traitements *recommandés à l'étape 2* ne permettent pas d'obtenir une amélioration des symptômes. Des protocoles structurés devraient définir les trajectoires de services, les traitements devant être mis en œuvre à chaque étape de cette trajectoire, ainsi que les modalités de communication entre les intervenants au sujet d'un participant donné. Le groupe témoin devrait recevoir les soins habituels de la part d'un médecin de famille, ce qui comprend l'orientation vers des services de santé mentale spécifiques et spécialisés.

Les résultats devraient être évalués après six mois, et des évaluations devraient être réalisées dans le cadre d'un suivi pouvant atteindre deux ans afin de déterminer si les bienfaits à court terme se maintiennent sur une longue période. Les variables à l'étude devraient comprendre des mesures effectuées par l'observateur et par le participant en ce qui concerne les symptômes cliniques, les aspects du fonctionnement spécifiques à l'un TAG et la qualité de vie. Une analyse économique devrait également être effectuée parallèlement à l'étude. L'étude doit avoir une taille d'échantillon suffisante pour déterminer la présence ou l'absence d'effets importants sur le plan clinique, ainsi que de toute différence concernant les coûts associés à l'approche collaborative ou aux soins habituels.

Pourquoi est-ce important ?

Selon le NICE, la plupart des personnes qui présentent un TAG en Angleterre ne font pas l'objet d'une prise en charge basée sur des données probantes, et les lacunes concernant l'identification du TAG par les médecins de famille contribuent au fait que les traitements appropriés ne sont pas offerts systématiquement. Certaines données indiquent que des traitements complexes mettant à contribution des intervenants relevant des services de proximité ayant reçu une formation pertinente axée sur l'approche collaborative, des médecins de famille, des intervenants relevant des services de proximité et des intervenants spécialisés en santé mentale sont susceptibles de favoriser l'adoption de traitements fondés sur des données probantes, l'obtention de meilleurs résultats cliniques et l'amélioration du fonctionnement chez les personnes qui présentent du TAG. De telles approches n'ont toutefois pas été évaluées dans le contexte des services de proximité en Angleterre. Compte tenu des différences entre les organismes responsables des services de proximité dans différents pays, par exemple aux États-Unis, il est important de démontrer que ces approches peuvent également être efficaces en Angleterre.

Comparaison de deux types d'interventions reposant sur des principes issus des modèles cognitivo-comportementaux 1) intervention assistée par les technologies de l'information et des communications [TIC] et 2) autosoins dirigés conventionnels) à l'attente de services (groupe témoin) sur les plans de l'efficacité clinique et de l'efficience dans le traitement du TP. Dans les cas de TP clairement défini, quelles sont l'efficacité clinique et l'efficience de deux interventions reposant sur des principes issus des modèles cognitivo-comportementaux (autosoins dirigés assistés par les TIC, p. ex. applications mobiles, et autosoins dirigés conventionnels, p. ex. cahiers d'exercices, manuels) comparativement à l'attente de services (groupe témoin) ?

Pour répondre à cette question, un essai clinique à répartition aléatoire comportant trois groupes devrait être mené afin d'évaluer les résultats à court et à moyen terme (y compris les résultats concernant l'efficience). Une attention particulière devrait être portée à ce que le modèle d'intervention puisse être reproduit en ce qui concerne le contenu, la durée, ainsi que la formation et le soutien clinique des intervenants pratiquant l'intervention afin de faire en sorte que les résultats soient solides et généralisables. Les paramètres d'évaluation choisis devraient comprendre des mesures effectuées par l'observateur et par le participant en ce qui concerne les

symptômes cliniques et des aspects du fonctionnement spécifiques au TP, ainsi qu'une évaluation de l'acceptabilité et de l'accessibilité des options thérapeutiques.

Pourquoi est-ce important ?

La psychothérapie cognitivo-comportementale est une option thérapeutique recommandée chez les personnes qui présentent un TP. Les autosoins dirigés assistés par les technologies de l'information et des communications, p. ex. les applications mobiles, sont un traitement prometteur pour le TP, mais les données disponibles à ce sujet sont modestes pour l'instant. C'est pourquoi il est important de déterminer si les autosoins dirigés assistés par les TIC sont des interventions efficaces, offrant un bon rapport coût-efficacité, qui devraient être offertes dans le traitement du TP, et comment elles se comparent à d'autres traitements tels que les autosoins dirigés conventionnels. Les résultats de cette étude auront des répercussions importantes sur la prestation, l'accessibilité et l'acceptabilité des traitements offerts par le *National Health Service* (NHS).

2.6 COMPARAISON DE DEUX INTERVENTIONS D'AUTOSOINS REPOSANT SUR DES PRINCIPES ISSUS DES MODÈLES COGNITIVO-COMPORTEMENTAUX, SOIT 1) AUTOSOINS DIRIGÉS ASSISTÉS PAR LES TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION ET DES COMMUNICATIONS (TIC) ET 2) AUTOSOINS DIRIGÉS CONVENTIONNELS, À L'ATTENTE DE SERVICES (GROUPE TÉMOIN) SUR LES PLANS DE L'EFFICACITÉ CLINIQUE ET DE L'EFFICIENCE DANS LE TRAITEMENT DU TAG

Dans les cas d'un TAG clairement définie, quelles sont l'efficacité clinique et l'efficience de deux interventions reposant sur des principes issus des modèles cognitivo-comportementaux (autosoins dirigés assistés par les technologies de l'information et des communications [p. ex. applications mobiles] et autosoins dirigés conventionnels [p. ex. cahiers d'exercices, manuels]) comparativement à l'attente de services dans un groupe témoin ?

Pour répondre à cette question, un essai clinique à répartition aléatoire comportant trois groupes devrait être mené afin d'évaluer les résultats à court terme et à moyen terme (y compris les résultats concernant l'efficience). Une attention particulière devrait être portée à ce que le modèle de traitement puisse être reproductible en ce qui concerne le contenu, la durée, ainsi que la formation et le soutien clinique des intervenants pratiquant l'intervention, afin de faire en sorte que les résultats soient solides et généralisables. Les variables à l'étude devraient comprendre des mesures effectuées par l'observateur et par le participant en ce qui concerne les symptômes cliniques et les aspects du fonctionnement spécifiques à l'un TAG, ainsi qu'une évaluation de l'acceptabilité et de l'accessibilité des options thérapeutiques.

Pourquoi est-ce important ?

La psychothérapie cognitivo-comportementale est une option thérapeutique recommandée chez les personnes qui présentent un TAG. Les autosoins dirigés assistés par les technologies de l'information et des communications (TIC) sont des interventions prometteuses pour l'un TAG, mais les données disponibles à ce sujet sont modestes pour l'instant. C'est pourquoi il est important de déterminer si les autosoins dirigés assistés par les TIC sont des interventions efficaces, offrant un bon rapport coût-efficacité, qui devraient être offertes dans le traitement d'un TAG et comment elles se comparent à d'autres interventions tels les autosoins dirigés plus conventionnels (p. ex. manuels, cahiers d'exercices). Les résultats de cette étude auront des répercussions importantes sur la prestation, l'accessibilité et l'acceptabilité des traitements offerts par le National Health Service (NHS) de l'Angleterre.

2.7 EFFICACITÉ DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE COMPARATIVEMENT À L'ATTENTE DE SERVICES (GROUPE TÉMOIN) DANS LE TRAITEMENT DU TAG

Chez les personnes qui présentent un TAG et sont prêtes à amorcer un traitement, quelle est l'efficacité clinique de l'activité physique comparativement à l'attente de services (groupe témoin)?

Pour répondre à cette question, un essai clinique à répartition aléatoire devrait être mené auprès de personnes qui présentent un TAG ont reçu de l'information au sujet de leur trouble (tel que décrit à l'étape 1) et passent à l'étape 2. La durée de l'attente de services pour le groupe témoin devrait être de 12 semaines. Les variables à l'étude devraient comprendre des mesures effectuées par l'observateur et par le participant en ce qui concerne les symptômes cliniques, les aspects du fonctionnement spécifiques à l'un TAG et la qualité de vie.

Pourquoi est-ce important ?

Les données probantes concernant l'efficacité de l'activité physique pour atténuer les symptômes d'anxiété sont beaucoup moins nombreuses que les données disponibles au sujet du trouble dépressif. Certaines données disponibles semblent indiquer que l'activité physique pourrait contribuer à atténuer l'anxiété. Comme l'un TAG est un trouble mental fréquent, les résultats d'une telle étude auront des répercussions importantes en permettant d'élargir l'éventail d'options thérapeutiques disponibles au sein du NHS.

2.8 EFFICACITÉ DE LA CAMOMILLE ET DU GINKGO BILOBA DANS LE TRAITEMENT DU TAG

La camomille et le Ginkgo biloba sont-ils plus efficaces qu'un placebo pour accroître les taux de réponse et de rémission et diminuer les scores relatifs à l'anxiété chez les personnes qui présentent de l'un TAG ?

Pour répondre à cette question, un essai clinique à répartition aléatoire, à double insu et contrôlé par placebo devrait être mené afin de comparer les effets d'un placebo à ceux d'une dose normalisée de camomille (de 220 à 1100 mg) ou de Ginkgo biloba (de 30 à 500 mg), en préparations facilement disponibles, par exemple en capsules. L'évaluation des résultats devrait avoir lieu à la fin de l'étude, puis dans le cadre d'un suivi 12 mois après la fin de l'étude. Les variables à l'étude devraient comprendre des mesures effectuées par l'observateur et par le participant en ce qui concerne les symptômes cliniques, les aspects du fonctionnement spécifiques à l'un TAG, ainsi que les effets indésirables. Les traitements devraient faire l'objet d'une évaluation sur le plan de l'économie de la santé, ainsi que pour leur effet sur la qualité de vie. L'étude devrait avoir une taille d'échantillon suffisante pour déterminer la présence ou l'absence d'effets importants sur le plan clinique au moyen d'un essai de non-infériorité. Les facteurs ayant un effet médiateur ou modérateur sur la réponse devraient être explorés.

Pourquoi est-ce important ?

L'un TAG est un trouble mental fréquent, et les résultats d'une telle étude seront généralisables à un grand nombre de personnes. Des données font état de l'efficacité de la camomille et du Ginkgo biloba pour atténuer l'anxiété chez les personnes qui présentent un TAG; les données à ce sujet sont toutefois limitées pour l'instant (une seule étude). Les rares publications portant sur l'efficacité des traitements à l'aide de différentes plantes médicinales dans le traitement du TAG semblent indiquer que la camomille et le Ginkgo biloba figurent parmi les plus efficaces. De plus, ces deux plantes médicinales sont offertes à grande échelle, et il est possible de se les procurer à peu de frais. Comme ces substances sont accessibles, elles pourraient être utilisées aux premières

étapes du traitement, ce qui pourrait permettre d'éviter la prise de médicaments associés à des effets indésirables et à une dépendance.

2.9 COMPARAISON, SUR LES PLANS DE L'EFFICACITÉ CLINIQUE ET DE L'EFFICIENCE, DES SOINS USUELS AUX SOINS RELEVANT D'UNE APPROCHE COLLABORATIVE OFFERTS DANS LE CADRE DES SERVICES DE PROXIMITÉ POUR AMÉLIORER LE TRAITEMENT DU TAG

Comparativement aux soins habituels, l'adoption d'une approche collaborative dans le cadre des services de proximité offre-t-elle des avantages et permet-elle d'améliorer le traitement du TAG ?

Pour répondre à cette question, un essai clinique randomisé par grappe devrait être mené dans des cliniques de médecine de famille auprès de personnes qui présentent un TAG ayant fait l'objet de démarches de repérage dans ces établissements. Dans les groupes de médecine de famille offrant les traitements, les médecins de famille ou d'autres professionnels *dûment* habilités devraient recevoir une formation leur permettant d'identifier l'un TAG, de prescrire une pharmacothérapie et de proposer des interventions telles que *l'éducation psychologique* et les autosoins non dirigés. Des intervenants devraient offrir ces traitements et offrir un soutien relatif à la pharmacothérapie prescrite par le médecin de famille ou un professionnel *autorisé à prescrire*. Ce soutien consiste à fournir de l'information au sujet des effets indésirables, à effectuer un suivi de l'utilisation du médicament et à agir à titre d'agent de liaison pour tout changement apporté à la pharmacothérapie. Les intervenants devraient également offrir du soutien relativement à l'orientation des participants vers des services de psychothérapie lorsque les traitements *recommandés à l'étape 2* ne permettent pas d'obtenir une amélioration des symptômes. Des protocoles structurés devraient définir les trajectoires de services, les traitements devant être mis en œuvre à chaque étape de cette trajectoire, ainsi que les modalités de communication entre les intervenants au sujet d'un participant donné. Le groupe témoin devrait recevoir les soins habituels de la part d'un médecin de famille, ce qui comprend l'orientation vers des services de santé mentale spécifiques et spécialisés.

Les résultats devraient être évalués après six mois, et des évaluations devraient être réalisées dans le cadre d'un suivi pouvant atteindre deux ans afin de déterminer si les bienfaits à court terme se maintiennent sur une longue période. Les variables à l'étude devraient comprendre des mesures effectuées par l'observateur et par le participant en ce qui concerne les symptômes cliniques, les aspects du fonctionnement spécifiques à l'un TAG et la qualité de vie. Une analyse économique devrait également être effectuée parallèlement à l'étude. L'étude doit avoir une taille d'échantillon suffisante pour déterminer la présence ou l'absence d'effets importants sur le plan clinique, ainsi que de toute différence concernant les coûts associés à l'approche collaborative ou aux soins habituels.

Pourquoi est-ce important ?

Selon le NICE, la plupart des personnes qui présentent un TAG en Angleterre ne font pas l'objet d'une prise en charge basée sur des données probantes, et les lacunes concernant l'identification du TAG par les médecins de famille contribuent au fait que les traitements appropriés ne sont pas offerts systématiquement. Certaines données indiquent que des traitements complexes mettant à contribution des intervenants relevant des services de proximité ayant reçu une formation pertinente axée sur l'approche collaborative, des médecins de famille, des intervenants relevant des services de proximité et des intervenants spécialisés en santé mentale sont susceptibles de favoriser l'adoption de traitements fondés sur des données probantes, l'obtention de meilleurs résultats cliniques et l'amélioration du fonctionnement chez les personnes qui présentent du TAG. De telles approches n'ont toutefois pas été évaluées dans le contexte des services de proximité en Angleterre. Compte tenu des différences entre les organismes responsables des services de

proximité dans différents pays, par exemple aux États-Unis, il est important de démontrer que ces approches peuvent également être efficaces en Angleterre.

Comparaison de deux types d'interventions reposant sur des principes issus des modèles cognitivo-comportementaux 1) intervention assistée par les technologies de l'information et des communications [TIC] et 2) autosoins dirigés conventionnels) à l'attente de services (groupe témoin) sur les plans de l'efficacité clinique et de l'efficacité dans le traitement du TP. Dans les cas de TP clairement défini, quelles sont l'efficacité clinique et l'efficacité de deux interventions reposant sur des principes issus des modèles cognitivo-comportementaux (autosoins dirigés assistés par les TIC, p. ex. applications mobiles, et autosoins dirigés conventionnels, p. ex. cahiers d'exercices, manuels) comparativement à l'attente de services (groupe témoin) ?

Pour répondre à cette question, un essai clinique à répartition aléatoire comportant trois groupes devrait être mené afin d'évaluer les résultats à court et à moyen terme (y compris les résultats concernant l'efficacité). Une attention particulière devrait être portée à ce que le modèle d'intervention puisse être reproduit en ce qui concerne le contenu, la durée, ainsi que la formation et le soutien clinique des intervenants pratiquant l'intervention afin de faire en sorte que les résultats soient solides et généralisables. Les paramètres d'évaluation choisis devraient comprendre des mesures effectuées par l'observateur et par le participant en ce qui concerne les symptômes cliniques et des aspects du fonctionnement spécifiques au TP, ainsi qu'une évaluation de l'acceptabilité et de l'accessibilité des options thérapeutiques.

Pourquoi est-ce important ?

La psychothérapie cognitivo-comportementale est une option thérapeutique recommandée chez les personnes qui présentent un TP. Les autosoins dirigés assistés par les technologies de l'information et des communications, p. ex. les applications mobiles, sont un traitement prometteur pour le TP, mais les données disponibles à ce sujet sont modestes pour l'instant. C'est pourquoi il est important de déterminer si les autosoins dirigés assistés par les TIC sont des interventions efficaces, offrant un bon rapport coût-efficacité, qui devraient être offertes dans le traitement du TP, et comment elles se comparent à d'autres traitements tels que les autosoins dirigés conventionnels. Les résultats de cette étude auront des répercussions importantes sur la prestation, l'accessibilité et l'acceptabilité des traitements offerts par le *National Health Service* (NHS).

3. NOTES SUR LE PRÉSENT GUIDE

Le NICE a chargé le National Collaborating Centre for Mental Health de l'élaboration du présent guide de pratique. Le Centre a formé le Groupe de développement du guide de pratique, qui a passé en revue les données probantes et a élaboré les recommandations. Un comité de révision indépendant a supervisé l'élaboration du guide de pratique.

Des renseignements supplémentaires sur la conception du guide de pratique clinique du NICE, le détail des articles scientifiques consultés, les discussions du comité du développement du guide de pratique ainsi que le guide de pratique clinique complet, sont disponibles sur le site Web du NICE⁷⁷. Notez que cette section n'a pas été traduite en français ni contextualisée au Québec.

⁷⁷ NICE (2019). Generalised anxiety disorder and panic disorder in adults : management (Nice clinical guideline CG123) (2nd ed.). : <https://www.nice.org.uk/guidance/cg113>

3.1. GUIDE DE PRATIQUE COMPLET

Le guide de pratique complet⁷⁸ fournit les détails concernant les méthodes et les données utilisées pour élaborer le guide de pratique. Ce document est une publication du National Collaborating Centre for Mental Health et n'a pas été traduit ni contextualisé au Québec.

3.2. INFORMATION À L'INTENTION DU PUBLIC

Les guides de pratique clinique sont accompagnés d'informations à l'intention du public, mis à la disposition de la personne, de la famille et de l'entourage. Ces informations sont complémentaires à celles du guide de pratique clinique et se veulent un outil d'aide à la décision. Composés d'informations détaillées, elles permettent à la personne qui le consulte d'avoir un aperçu des traitements qui devraient lui être offerts selon sa situation, mais également d'envisager des questions à poser à ses intervenants. Les sections à l'intention de la famille et de l'entourage présentent également de l'information et des ressources communautaires qui leur sont destinées. Elles expliquent aussi à la famille et à l'entourage le rôle qu'ils peuvent jouer dans le rétablissement de la personne.

3.3. GUIDES SCHÉMATISÉS

Les guides de pratique schématisés sont des outils interactifs Web qui permettent un accès rapide aux différentes recommandations des guides de pratique du PQPTM. Ils constituent une source d'information importante, permettant de naviguer au travers des différentes recommandations et des divers documents qui y sont reliés. Ils permettent de rassembler par thèmes les différents sujets traités dans les guides de pratique clinique du NICE.

4. MISE À JOUR DU GUIDE DE PRATIQUE

Les guides de pratique clinique du NICE font l'objet de mises à jour afin que les recommandations qui y sont formulées tiennent compte des nouvelles données disponibles. Ces données sont passées en revue environ trois ans après la publication d'un guide de pratique *et régulièrement par la suite*. Une consultation est menée auprès des intervenants du domaine de la santé et des personnes utilisatrices de services, et les renseignements obtenus au terme de cet exercice permettent de déterminer si un guide de pratique doit faire l'objet d'une mise à jour, en tout ou en partie. Si de nouvelles données probantes importantes sont publiées entretemps, il peut être décidé de procéder plus rapidement à la mise à jour de certaines recommandations.

Information sur la mise à jour du guide de pratique clinique original du NICE

Juin 2020

Les informations concernant la classe des antidépresseurs adaptés pour le traitement du TP à plus long terme ont été mis à jour pour inclure les IRSN et donne des détails concernant les médicaments autorisés dans le traitement de ce trouble.

Les mises en garde de la MHRA concernant la prescription de citalopram et ISRS ont été ajoutées à la recommandation [1.2.6](#), [1.2.8](#), [1.4.4](#) et [1.4.37](#).

Des informations concernant l'autorisation d'ISRS ont également été ajouté aux recommandations [1.2.22](#) et [1.2.23](#).

Certaines recommandations ont été mises à jour afin d'y inclure le lien vers le guide de pratique clinique concernant le support à offrir aux proches aidants.

⁷⁸ Idem

Les recommandations sont indiquées **[2004, modifiée 2020]**, **[2011; modifiée 2020]**.

Juillet 2019

Des mises en garde concernant le risque d'abus de substances et dépendance en lien avec l'utilisation de la prégabaline ont également été ajoutées.

La recommandation [1.4.39](#) a également été modifiée afin de retirer la résolution de problème structurée comme choix de traitement inclus par erreur dans le guide original.

Mises à jour mineures depuis la publication

Juin 2018

La recommandation [1.2.13](#) a été modifiée afin d'y inclure la TCC afin être en cohérence avec les meilleures pratiques ainsi que le contenu d'autres guides NICE.

La recommandation [1.4.7](#) a été modifiée afin d'y inclure un lien vers les recommandations concernant l'identification des options thérapeutiques appropriées du guide de pratique clinique Troubles mentaux fréquents : repérage et trajectoires de services.

Les recommandations [1.4.10](#) et [1.4.13](#) ont été ajoutées afin d'être en cohérence avec le guide de pratique clinique Troubles mentaux fréquents : repérage et trajectoires de services.

La section de la recommandation [1.4](#) concernant le modèle de soins par étapes pour les personnes qui présentent un TP a été réorganisée.

Informations supplémentaires

La recommandation indique **[2004]**, **[2004, modifiée en 2011]**, **[2011; modifiée en 2018]** ou **[2018]** ou **[2011; modifiée 2020]** si elle a fait l'objet d'une révision.

La recommandation qui se termine par **[2004]** indique que les données n'ont pas été mises à jour ni passées en revue depuis 2004.

[2004, modifiée en 2011] indique que les données n'ont pas été mises à jour ni passées en revue depuis 2004, mais que de légères modifications ont été apportées à la recommandation.

[2011] indique que les données ont été passées en revue et que la recommandation a été mise à jour ou ajoutée.

[2011; modification en 2018] ou **[2018]** indique que la recommandation a été mise à jour ou ajoutée en 2018 pour intégrer les meilleures pratiques actuelles ou pour faire le lien avec d'autres guides existants.

ANNEXE 1 : TERMES UTILISÉS

Ce lexique fournit la définition de certains termes, d'après les guides de pratique pertinents du NICE. La liste comprend les termes les plus souvent utilisés et n'est pas exhaustive. *Les définitions identifiées en italique sont contextualisées au Québec et ont été ajoutées par le MSSS.*

Appréciation

Dans le cadre du PQPTM, réfère à une « Activité qui se définit par une prise en considération des indicateurs (symptômes, manifestations cliniques, difficultés ou autres) obtenus à l'aide d'observations cliniques, de tests ou d'instruments.⁷⁹ »

Autosoins dirigés

Dans le présent guide de pratique, les autosoins dirigés conventionnels comportent l'utilisation d'un éventail de livres, de manuels d'autosoins ou de matériel électronique adaptés au niveau de lecture de la personne utilisatrice de services et reposant sur les principes issus des modèles théoriques cognitivo-comportementaux. Il peut s'agir également de programmes d'autosoins dirigés assistés par les technologies de l'information et des communications. En général, un intervenant ayant reçu une formation pertinente et présente le matériel aux personnes afin d'en faciliter l'utilisation.

Autosoins non dirigés

Dans le présent guide de pratique, les autosoins non dirigés (aussi appelés autosoins purs ou bibliothérapie) comportent l'utilisation de matériel écrit, électronique ou faisant appel aux technologies de l'information et des communications qui s'appuient sur les principes issus des modèles théoriques cognitivo-comportementaux. Ils sont également adaptés au niveau de lecture de la personne. Ils se caractérisent généralement par un minimum d'interventions avec un intervenant (par exemple, des entretiens téléphoniques occasionnels de 5 minutes ou moins) et des consignes afin que la personne utilisatrice de services puisse travailler de façon autonome et systématique à l'aide du matériel proposé pendant au moins 6 semaines.

Éducation psychologique

Dans le cadre du PQPTM, «L'éducation psychologique qui vise un apprentissage par l'information et l'éducation de la personne. Elle peut être utilisée à toutes les étapes du processus de soins et de services. Il s'agit de l'enseignement de connaissances et d'habiletés spécifiques visant à maintenir et à améliorer l'autonomie ou la santé de la personne, notamment à prévenir l'apparition de problèmes de santé ou sociaux incluant les troubles mentaux ou la détérioration de l'état mental. L'enseignement peut porter par exemple sur la nature de la maladie physique ou mentale, ses manifestations, ses traitements y incluant le rôle que peut jouer la personne dans le maintien ou le rétablissement de sa santé et aussi sur des techniques de gestion de stress, de relaxation ou d'affirmation de soi.»⁸⁰

La littérature recensée réfère souvent au terme « psychoéducation » lorsqu'il est question de ce type d'intervention. Or, l'utilisation de ce terme pour parler d'éducation psychologique peut porter à confusion au Québec en raison d'une profession dont le nom est psychoéducation, et dont l'exercice va au-delà de l'éducation psychologique à laquelle réfèrent les termes anglais. En raison de ce risque de confusion pour le lecteur et du respect des lois et règlements en vigueur au Québec, le terme « psychoéducation » a été remplacé par « éducation psychologique ».

⁸⁰ Règlement sur le permis de psychothérapeute, (art., 6. C-26, r. 222.1. Consulté au : <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cr/C-26.%20r.%20222.1%20/>

Éducation psychologique en groupe

Dans le présent guide de pratique, l'éducation psychologique en groupe est basée sur les principes des modèles théoriques cognitivo-comportementaux. L'intervention se veut interactive, encourage l'apprentissage basé sur l'observation, et peut inclure des présentations et des manuels d'autosoins. Elle est animée par un intervenant formé, se compose généralement de 6 séances hebdomadaires de deux heures, et le groupe a un ratio d'environ 12 participants par intervenant.

Évaluation

Dans le cadre du PQPTM, « L'évaluation implique de porter un jugement clinique sur la situation d'une personne à partir des informations dont le professionnel dispose et de communiquer les conclusions de ce jugement. Les professionnels procèdent à des évaluations dans le cadre de leur champ d'exercice respectif. Les évaluations qui sont réservées ne peuvent être effectuées que par les professionnels habilités.⁸¹ »

Évaluation de la sévérité des troubles mentaux fréquents

La sévérité des troubles mentaux fréquents est déterminée lors de l'évaluation du trouble mental en fonction de l'évaluation de trois facteurs : la sévérité des symptômes, la durée des symptômes et l'altération du fonctionnement qui y est associée (par exemple, sur le plan de la vie sociale, scolaire ou professionnelle).

Un trouble **léger** correspond généralement à un cas où les symptômes principaux sont peu nombreux (bien que suffisants pour établir un diagnostic), sont présents depuis peu de temps et ont peu de répercussions sur le fonctionnement quotidien.

Un trouble **moyen** correspond à un cas où tous les symptômes principaux sont présents et auxquels s'ajoutent plusieurs autres symptômes connexes. La durée des symptômes dépasse le minimum établi dans les critères diagnostiques, et ils ont des répercussions manifestes sur le fonctionnement.

Un trouble **grave** correspond à un cas où la plupart ou la totalité des symptômes sont présents, souvent depuis longtemps, et ont des répercussions très importantes sur le fonctionnement (par exemple, incapacité de participer à des activités en lien avec le travail et retrait des activités sociales).

Famille et de l'entourage

Dans le cadre du PQPTM, ce terme inclut les parents, les membres de la fratrie, les familles d'accueil, les conjoints, les enfants, les amis ou toute autre personne intéressée par le processus de rétablissement d'un proche et pour lequel la personne utilisatrice a donné son consentement. Son utilisation inclut également le titulaire de l'autorité parentale et le représentant légal, le cas échéant.

Intervenant

Terme générique qui, dans le cadre du PQPTM, désigne l'ensemble des professionnels de la santé, incluant les médecins et les intervenants ne faisant pas partie d'un ordre professionnel qui travaillent auprès de la personne utilisatrice de services et dont les responsabilités peuvent comprendre l'examen des besoins psychosociaux additionnels de celle-ci.

⁸¹ Office des professions (2021). Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines : Guide explicatif. Montréal (Qc), 130 p. Consulté en ligne au : <https://www.opq.gouv.qc.ca/santementalerelationshumaines/domaine-de-la-sante-mentale-et-des-relations-humaines-projet-de-loi-21/guide-explicatif>

Intervention

Dans le cadre du PQPTM, cette appellation désigne tout type d'aide qui n'est pas de la psychothérapie, notamment : le counseling, les rencontres avec un pair aidant, l'intervention de soutien, l'intervention conjugale et familiale, l'éducation psychologique, la réadaptation, le suivi clinique, le coaching, l'intervention en cas de crise et les autosoins.

Interventions utilisant des techniques cognitivo-comportementales

Dans le cadre du PQPTM, réfère à des interventions qui s'apparentent à la psychothérapie, mais qui n'en sont pas, lesquelles il est possible d'utiliser des techniques cognitivo-comportementales mais qui ne correspondent pas à la psychothérapie telle que définie dans la loi.⁸²

Modèle de soins par étape

Ce modèle précise les soins et services recommandés les moins intrusifs et les plus efficaces, selon une gradation et en fonction des caractéristiques présentées par la personne. Les traitements proposés dépendent de la gravité, de la persistance des symptômes, de l'altération du fonctionnement, de la complexité de la situation clinique et de la réponse au traitement offert.

Les soins par étapes ne représentent pas un cheminement clinique linéaire, ce qui signifie qu'une personne n'a pas à passer par l'ensemble des étapes afin de bénéficier des soins et services dont elle a besoin.

Personnes proches aidantes

«Toute personne qui apporte un soutien à un ou à plusieurs membres de son entourage qui présentent une incapacité temporaire ou permanente de nature physique, psychologique, psychosociale ou autre, peu importe leur âge ou leur milieu de vie, avec qui elle partage un lien affectif, familial ou non.

Le soutien apporté est continu ou occasionnel, à court ou à long terme, et est offert à titre non professionnel, de manière libre, éclairée et révoquant, dans le but, notamment, de favoriser le rétablissement de la personne aidée, le maintien et l'amélioration de sa qualité de vie à domicile ou dans d'autres milieux de vie.⁸³»

Professionnel

Dans le cadre du PQPTM, le terme professionnel désigne toute personne qui est titulaire d'un permis délivré par un ordre professionnel et qui est inscrite au tableau de ce dernier, y compris les médecins.⁸⁴

Professionnel dûment habilité

Dans le cadre du PQPTM, l'expression « professionnel dûment habilité » fait référence à un professionnel ayant le permis ou l'attestation nécessaire pour effectuer l'évaluation du trouble mental ou pour exercer la psychothérapie au Québec.

Professionnel autorisé à prescrire

Tout professionnel autorisé à prescrire des médicaments au Québec, ce qui comprend l'ordonnance initiale, le renouvellement, l'ajustement et l'arrêt de la médication dans respect des lois et règlements s'appliquant à chacun de ces professionnels.

⁸² Code des professions, L.R.Q., c. C-26. Consulter au : <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showDoc/cs/C-26?&digest=>

⁸³ Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2021). Politique nationale pour les personnes proches aidantes - Reconnaître et soutenir dans le respect des volontés et des capacités d'engagement. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003000>

⁸⁴ Idem

Programme d'interventions utilisant les techniques cognitivo-comportementales assistées par les technologies de l'information et des communications (TIC)

Dans ce guide de pratique, elle réfère à une intervention faisant appel aux techniques cognitivo-comportementales et exécutée au moyen d'un programme informatique sur ordinateur autonome ou en ligne. Le programme devrait comprendre des explications sur le modèle cognitivo-comportemental, inciter l'utilisateur à accomplir des tâches entre les séances, et l'amener à réfléchir à ses comportements, à ses schèmes de pensée et à leur résultat, ainsi qu'à exercer une surveillance active de ces aspects. L'intervention devrait comprendre le soutien d'un intervenant ayant reçu une formation pertinente, qui se limite généralement à de l'assistance pour l'utilisation du programme ainsi qu'à un suivi des progrès et des résultats. L'intervention se déroule habituellement en 9 à 12 semaines, ce qui comprend le suivi.

Psychothérapie

«La psychothérapie est un traitement psychologique pour un trouble mental, pour des perturbations comportementales ou pour tout autre problème entraînant une souffrance ou une détresse psychologique qui a pour but de favoriser chez le client des changements significatifs dans son fonctionnement cognitif, émotionnel ou comportemental, dans son système interpersonnel, dans sa personnalité ou dans son état de santé. Ce traitement va au-delà d'une aide visant à faire face aux difficultés courantes ou d'un rapport de conseils ou de soutien⁸⁵ »

Psychothérapie cognitivo-comportementale

Dans ce document, la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) est une psychothérapie structurée et limitée dans le temps, issue du modèle théorique cognitivo-comportemental, où le patient travaille en collaboration avec le psychothérapeute afin de : reconnaître les types de pensées, de croyances et d'interprétations, et leurs effets sur les symptômes, états émotionnels et (ou) problèmes actuels; développer des compétences pour reconnaître, surveiller, puis remplacer les pensées, croyances et interprétations problématiques associées aux symptômes/problèmes ciblés par d'autres, plus réalistes et adaptées; développer diverses stratégies d'adaptation plus appropriées. La durée de la psychothérapie cognitivo-comportementale varie selon le trouble mental et sa sévérité. Pour les personnes qui présentent un trouble dépressif, elle devrait consister en 16 à 20 séances ayant lieu sur une période de trois ou quatre mois. Pour les personnes présentant de l'anxiété généralisée, elle devrait généralement comporter 12 à 15 séances hebdomadaires (moins si la personne se rétablit plus tôt, ou plus si nécessaire sur le plan clinique), d'une durée d'une heure chacune.

Rechute

Réapparition de signes et de symptômes d'une maladie ou d'un trouble à la suite d'une rémission apparente. Dans le cadre de la revue de la documentation effectuée aux fins du guide de pratique, le sens du terme variait selon la définition retenue pour les différentes études.

Repérage

Dans le cadre du PQPTM, réfère au processus de reconnaissance des personnes présentant des indices d'un trouble, d'un problème ou d'une maladie afin de les orienter vers les services pertinents, notamment par l'utilisation d'outils auto-administrés.

Relaxation appliquée

Dans ce document la relaxation appliquée se concentre sur l'application de techniques de relaxation musculaire dans des situations où la personne vit ou pourrait vivre de l'anxiété et lui permet d'agir rapidement en réponse à l'anxiété ou à des préoccupations. La relaxation appliquée suit un protocole clair, se déroule sur 12 à 15 séances (un moins grand nombre de séances si la

⁸⁵ Code des professions, art. 187.1 (L.R.Q., c. C-26.) Consulter au : <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showDoc/cs/C-26?digest=>

personne se rétablit plus tôt, ou plus de séances si nécessaire sur le plan clinique), d'une durée d'une heure chacune et est réalisée par des praticiens formés à l'utilisation de techniques cognitivo-comportementale. Dans le cadre des travaux du NICE, les auteurs clés identifiés pour la relaxation appliquée sont : Ost (1987)⁸⁶, Bernstein et Borkovec (1973)⁸⁷ ainsi que Davis, Eshelman et McKay (1995)⁸⁸.

Soins et Services

Dans le cadre du PQPTM, cette appellation désigne l'ensemble des actions qui y sont recommandées, ce qui inclut le repérage, l'évaluation du fonctionnement, l'évaluation du trouble mental ainsi que l'ensemble des traitements qui y sont précisés.

Services de première ligne

Dans ce guide, cette appellation désigne les services de soins primaires fournis par différents intervenants dans la communauté et constitue le premier niveau d'accès dans le réseau de la santé et des services sociaux. Ces services peuvent s'adresser à la population en générale, tel que les services sociaux généraux ou s'adresser à des services spécifiques tels que la déficience physique, intellectuelle et du TSA, la dépendance, etc.⁸⁹

Services spécialisés de santé mentale (aussi appelés services de 2e ligne)

Ces services sont organisés sur une base régionale et sont offerts sur une base locale ou régionale. Ils permettent de résoudre des problèmes de santé mentale ainsi que des problématiques complexes. Ils s'appuient généralement sur une infrastructure importante et une technologie avancée, ainsi que sur une expertise pointue, mais qui demeure toutefois répandue. Pour la grande majorité de ces services, les intervenants fournissent des services auprès des personnes qui leur sont orientées, en soutien auprès des intervenants des services spécifiques, et agissent comme consultants auprès de ces derniers.

Services spécifiques de santé mentale (aussi appelés services de santé mentale de 1e ligne)

Les services spécifiques s'appuient sur des infrastructures légères. Ils s'adressent aux adultes vivant une problématique particulière en santé mentale. À l'intérieur de ces services, on retrouve des activités de promotion et de prévention, ainsi que des activités cliniques et des activités d'aide qui répondent aux besoins individuels des personnes qui vivent dans leur communauté et qui doivent recevoir, à moyen ou à long terme, des services en santé mentale. Ces services sont fournis en relation avec les intervenants des services de première ligne et des services spécialisés. Trois grands rôles sont dévolus à l'équipe des services spécifiques en santé mentale, à savoir : évaluer, à l'aide d'outils cliniques reconnus, les demandes qui lui sont acheminées; offrir à la clientèle des soins et des services basés sur les données probantes et les guides de pratique, en tenant compte des membres de l'entourage; assurer un soutien aux partenaires à l'intérieur de l'établissement et aux partenaires externes, y compris certains organismes communautaires.

Symptômes somatiques

Symptômes physiques de troubles mentaux fréquents qui font partie d'un ensemble de symptômes dont la présence est requise pour émettre une conclusion relative à la présence d'un trouble mental. Les symptômes somatiques peuvent comprendre les palpitations ou la tension musculaire dans le cas des troubles anxieux, ou encore la léthargie et les troubles du sommeil

⁸⁶ Öst Lars-Göran. (1987). Applied relaxation: description of a coping technique and review of controlled studies. *Behaviour Research and Therapy*, 25(5), 397–409. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(87\)90017-9](https://doi.org/10.1016/0005-7967(87)90017-9)

⁸⁷ Bernstein, D. A., Borkovec, T. D., & Borkovec, T. D. (1973). *Progressive relaxation training : a manual for the helping professions*. Research Press

⁸⁸ Davis, M., Eshelman, E. R. et McKay, M. (1995) *The Relaxation and Stress Reduction Workbook*. 4th ed. Oakland, California: New Harbinger. 277 p.

⁸⁹ Ministère de la Santé et des Services sociaux (2004). L'architecture des services de santé et des services sociaux : Les programmes-services et les programmes-soutien. Consulté au : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2004/04-710-01.pdf>

dans le cas du trouble dépressif. Dans certains cas, il peut s'agir des premiers symptômes principaux que présente une personne. Ces symptômes ne font pas l'objet d'un trouble distinct et doivent être distingués des *troubles de symptôme somatique et troubles connexes*⁹⁰ et des symptômes médicalement inexpliqués.

Surveillance active

Processus actif *d'appréciation et de monitoring clinique* des symptômes et du fonctionnement, auquel s'ajoutent des conseils et du soutien offerts à la personne utilisatrice de services qui présente un trouble mental fréquent léger pouvant se résoudre spontanément ou chez qui la présence d'un tel trouble est soupçonnée. La surveillance active implique de discuter du problème ou des problèmes présentés et des préoccupations que la personne pourrait avoir à leur sujet, en plus de fournir des informations sur la nature et l'évolution du trouble. Elle implique également d'organiser un rendez-vous de suivi, normalement à l'intérieur de deux semaines, et de communiquer avec la personne si elle ne se présente pas au rendez-vous. *L'expression « veille attentive » était utilisée par le passé dans les guides de pratique du NICE, mais elle a été remplacée par l'expression « surveillance active » dans les versions plus récentes afin de mieux faire ressortir qu'il s'agit d'un processus actif.*

Trajectoire de services

*Les trajectoires de services décrivent le cheminement clinique le plus efficace et le plus efficient permettant aux personnes d'avoir accès rapidement aux services dont elles ont besoin d'une manière coordonnée. Les trajectoires doivent respecter les standards d'accès et de continuité.*⁹¹

Traitement

Dans le cadre du PQPTM, ce terme désigne un ensemble de mesures destinées à guérir, à soulager ou à prévenir un trouble. Dans ce guide de pratique, les traitements incluent la pharmacothérapie, la psychothérapie et les autres types d'interventions.

Trouble de l'usage d'une substance

*Dans le cadre du PQPTM, il désigne un état se caractérisant par un ensemble de symptômes cognitifs, comportementaux et physiologiques indiquant que le sujet continue à consommer une substance malgré des problèmes significatifs qui en découlent*⁹².

⁹⁰ American Psychiatric Association (APA) (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5) (5e Éd.). Washington, D.C., É.-U.: American Psychiatric Association Publishing. 991 pages.

⁹¹ Ministère de la santé et des services sociaux (2008). Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience : Afin de faire mieux ensemble. Consulté au : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2008/08-848-01.pdf>

⁹² American Psychiatric Association (APA) (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5) (5e Éd.). Washington, D.C., É.-U.: American Psychiatric Association Publishing. 991 pages.

ANNEXE 2 : FORCE DES RECOMMANDATIONS

Certaines recommandations peuvent être faites avec plus de certitude que d'autres. Le Groupe NICE de développement du guide de pratique émet une recommandation sur la base d'un compromis entre les bénéfices et les effets néfastes associés à un service, en tenant compte de la qualité des données à l'appui. Pour certains services, le Groupe NICE de développement du guide de pratique est confiant du fait que, compte tenu de l'information qu'il a étudiée, la plupart des personnes utilisatrices de services opteraient pour le service. La formulation utilisée dans les recommandations de ce guide de pratique reflète la certitude avec laquelle la recommandation est faite (la force de la recommandation).

Pour toutes les recommandations, le NICE s'attend à ce qu'on discute, avec la personne utilisatrice de services, des risques et des avantages des services, ainsi que de ses valeurs et de ses préférences. Cette discussion vise à aider la personne utilisatrice de services à parvenir à une décision pleinement éclairée (voir également la section *Soins axés sur la personne utilisatrice de services*).

Les services auxquels on doit (ou ne doit pas) avoir recours

En règle générale, nous utilisons « doit » ou « ne doit pas » uniquement s'il y a une obligation légale à appliquer la recommandation. Parfois, nous utilisons « doit » ou « ne doit pas » lorsque le fait de ne pas suivre la recommandation risque d'avoir des conséquences graves ou de mettre la vie en danger.

Les services auxquels on devrait (ou ne devrait pas) avoir recours – une recommandation « forte »

En général, nous utilisons « offrez » (et des formulations semblables, comme « orientez vers » ou « conseillez ») lorsque nous sommes confiants du fait que, pour la vaste majorité, des personnes utilisatrices de services, un service fera plus de bien que de mal et sera rentable. Nous utilisons des formulations semblables (par exemple, « n'offrez pas ») lorsque nous sommes confiants du fait qu'un service ne sera pas bénéfique pour la plupart des personnes utilisatrices de services.

Les services auxquels on peut avoir recours

En règle générale, nous utilisons « envisagez » lorsque nous sommes confiants du fait qu'un service fera plus de bien que de mal à la plupart des personnes utilisatrices de services et sera rentable, mais que d'autres options pourraient être tout aussi rentables. Le choix du service, et le fait d'y avoir recours ou non, est plus susceptible de dépendre des valeurs et des préférences de la personne utilisatrice de services que s'il s'agissait d'une recommandation forte; l'intervenant devrait donc passer plus de temps à envisager ce choix et à en discuter avec la personne utilisatrice de services.

Formulation des recommandations dans la mise à jour des guides de pratique

Le NICE a commencé à utiliser cette approche afin de refléter la force des recommandations dans les guides de pratique dont l'élaboration a été entreprise après la publication de la version de 2009 du manuel sur la rédaction des guides de pratique (janvier 2009). Ces précisions ne s'appliquent pas aux recommandations marquées [2005] ou [2015]. Plus particulièrement, le verbe « envisagez » ne reflète pas nécessairement la force des recommandations dans les énoncés portant les marques [2005] ou [2015].

