TROUBLES MENTAUX FRÉQUENTS : REPÉRAGE ET TRAJECTOIRES DE SERVICES

GUIDE DE PRATIQUE CLINIQUE

Votre gouvernement

Québec

Publié par le NICE en mai 2011; dernière mise à jour du NICE en 2014; ce guide a fait l'objet d'une révision des données par le NICE en 2018; dernière mise à jour du MSSS, 2021.

Le guide de pratique clinique *Troubles mentaux fréquents : repérage et trajectoires de services* est tiré du guide *Common mental health problems: identification and pathways to care*© NICE [2019], qu'il est possible de consulter à nice.org.uk/guidance/cg123. 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

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

Le présent document s'adresse :

- aux intervenants et aux gestionnaires du réseau de la santé et des services sociaux et à ses partenaires, qu'ils soient du secteur public, privé ou communautaire. Dans le cadre du PQPTM, le guide de pratique s'adresse plus particulièrement aux services de proximité et aux services spécifiques de santé mentale ;
- aux établissements publics de santé et des services sociaux et aux fournisseurs ;
- aux adultes chez qui un trouble mental fréquent est suspecté ou présent, de même qu'aux membres de leur famille et de leur entourage.

Il est disponible uniquement 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, 2021

ISBN : 978-2-550-90247-8 (PDF)

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, 2021

LISTE DES COLLABORATEURS

Direction

Docteur Pierre Bleau, directeur national des services en santé mentale, en dépendance et en itinérance

Madame Stéphanie Morin, directrice générale adjointe des services en santé mentale, en dépendance et en itinérance

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

Monsieur Steve Castonguay, pilote de la mesure clinique en continu 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 Karl Turcotte, travailleur social, pilote du déploiement du PQPTM, Direction générale adjointe des services de santé mentale et de psychiatrie légale

Autres membres du sous-comité clinico-organisationnel du PQPTM

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

Monsieur Jean Ruest, travailleur social représentant de l'Ordre des travailleurs sociaux jusqu'à juillet 2019 remplacé par Monsieur Karl Turcotte, travailleur social

Monsieur Nicholas Savard, infirmier, représentant de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec à partir d'avril 2019

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

Membres du comité directeur du PQPTM

Représentants du Ministère de la Santé et des Services Sociaux

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

Docteur Pierre Bleau, directeur national des services en santé mentale, en dépendance et en itinérance

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

Madame Sylvie Cognard, conseillère en gestion des ressources humaines, Direction du personnel réseau et ministériel MSSS, pilote du sous-comité ressources humaines (depuis juillet 2019)

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

Madame Stéphanie Morin, directrice générale adjointe des services en santé mentale, en dépendance et en itinérance

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

Représentants des Ordres professionnels et du Collège des médecins du Québec

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 Guylaine Dufour, 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 Martine Lafleur, infirmière, conseillère à la qualité de la pratique, représentante de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

Madame Isabelle Marleau, psychologue, directrice de la qualité et du développement de la pratique, Ordre des psychologues du Québec à partir du 1er janvier 2019

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, secrétaire adjoint à la Direction générale, représentant du Collège des médecins du Québec

Représentants du Réseau de la santé et des services sociaux et autres organismes

Madame Najia Hachimi-Idriss, directrice, santé mentale adulte et dépendance de février à novembre 2018 et présidente-directrice générale adjointe depuis novembre 2018, CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal, représentante des établissements publics de la santé et des services sociaux novembre 2018 à ce jour

Madame Christine Laliberté, directrice, santé mentale adulte et dépendance, CIUSSS de la Mauricie-Centre-du-Québec, représentante des établissements publics de santé et des services sociaux

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

Madame Kathy Plante, directrice adjointe par intérim, Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques, CISSS de Chaudière-Appalaches

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 la santé et des services sociaux

Traduction et révision linguistique

Madame Isabelle Simard, traductrice agréée

Conseillères scientifiques

Madame Karine Gaudreault, travailleuse sociale

Docteure Johanne Renaud, cheffe médicale du programme de pédopsychiatrie, CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal.

AVIS AUX LECTEURS

Ce guide de pratique découle du guide de pratique clinique du National Institute for Health and Care Excellence (NICE), guide pour lesquels 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 vigueurs.

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.

Le guide original se base 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 ou au DSM 5, selon le trouble mental.

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 recommandés utilisent les termes «thérapie» et «psychothérapie» sans préciser si ces termes réfèrent à de la psychothérapie tel que défini 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 interprofessionnelle.*[1]

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. Consulter au : 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 les *membres de la* famille *et de l'entourage*, le titulaire de l'autorité parentale ou le représentant légal, *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 (LSSS).* 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. Consulté en ligne à: *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. Consulté en ligne à: https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003081/

TABLE DES MATIÈRES

Avis aux lecteurs III
Vos responsabilités IV
Aperçu VII
Introduction 1
Principales priorités quant à la mise en œuvre 5
1. Recommandations 8
1.1. Améliorer l'accès aux soins et aux services 9
1.2. Modèle de soins par étapes 11
1.3. Étape 1 : Repérage et évaluations 14
1.4. Étapes 2 et 3 : Traitement et orientation aux fins de traitement 20
1.5. Élaboration de trajectoires locales de services 28
2. Recommandations de recherche 32
2.1. Comparaison de l'évaluation du trouble mental et de l'appréciation 32
2.2. Utilisation successive d'instruments de mesure 32
2.3. Utilisation du questionnaire GAD-2 lors de la suspicion d'un trouble anxieux 32
2.4. Monitorage clinique en continu 33
2.5. Utilisation d'un algorithme simple comparativement à l'évaluation clinique habituelle 33
2.6. Priorités dans le traitement d'un trouble anxieux et un trouble dépressif 34
3. Notes sur le présent guide 35
3.1. Guide de pratique complet 35
3.2. information à l'intention du public 35
3.3. Guide schématisés 35
4. Mise à jour du guide de pratique 35
Annexe 1 : Termes utilisés dans le présent guide de pratique 36
Annexe 2 : Force des recommandations 45

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Modèle de soins par étapes : Interventions recommandées selon les troubles mentaux fréquents* 12

LISTE DES SIGLES

Sigle	Définition
CIM	Classification internationale des maladies
CRIES-8	Children's Revised Impact of Event Scale
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
GAD	Generalized Anxiety Disorder
GMF	Groupe de médecine de famille
EMDR	Eye Movement Desensitization and Reprocessing
ERP	Exposition avec prévention de la réponse individuelle
IAPT	Improving Access to Psychological Therapies
IES-R	Impact of Event Scale - Revised
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MIA	Mobility Inventory for Agoraphobia
MSSS	Ministère de la santé et services sociaux
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
INESSS	Institut national d'excellence en santé et services sociaux
OCI-R	Obsessive-Compulsive Inventory-Revised
PASM	Plan d'action en santé mentale
PDSS	Panic Disorder Severity Scale
PHQ-9	Patient Health Questionnaire
PQPTM	Programme québécois pour les troubles mentaux : des autosoins à la psychothérapie
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RSSS	Réseau de la santé et des services sociaux
RCADS	Revised Child Anxiety and Depression Scale
TCC	Thérapie cognitivo-comportementale (psychothérapie)
TIC	Technologies de l'information et des communications
TOC	Trouble obsessionnel-compulsif
TSPT	Trouble stress post-traumatique
WSAS	Work and Social Adjustment Scale

APERÇU

Le présent guide de pratique traite du repérage et de la trajectoire de services pour les adultes présentant des troubles mentaux fréquents. Reposant sur un modèle de soins par étapes, ce guide de pratique a pour but d'améliorer le repérage et l'identification des troubles mentaux fréquents, ainsi que de favoriser la mise en œuvre de traitements efficaces pour ces troubles.

À qui s'adresse le guide de pratique ?

- *Aux intervenants et aux gestionnaires du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) et à ses partenaires, qu'ils soient du secteur public, privé ou communautaire. Dans le cadre du PQPTM, le guide de pratique s'adresse plus particulièrement aux* services de première ligne, *aux services spécifiques et aux services spécialisés* en santé mentale.
- *Aux établissements publics de santé et des services sociaux et aux fournisseurs.*
- *Aux adultes présentent des symptômes relatifs à un trouble mental fréquent ou ayant été confirmé, de même qu'aux membres de la famille et de l'entourage. Au besoin, de l'information à l'intention du public vulgarisant les recommandations contenues dans ce guide est disponible et peut être consulté.*

INTRODUCTION

Selon le National Institute for Health and Care Excellence (NICE), les troubles mentaux fréquents tels le trouble dépressif, l'anxiété généralisée, le trouble panique, le trouble obsessionnel-compulsif (TOC), le trouble stress post-traumatique (TSPT) et l'anxiété sociale peuvent toucher jusqu'à 15 % de la population à un moment ou à un autre.

Les données actuelles indiquent qu'un Canadien sur cinq sera personnellement touché par la maladie mentale au cours de sa vie et que tous les Canadiens seront indirectement touchés par la maladie mentale, que ce soit par un membre de la famille, un proche ou encore un collègue[4]. En se basant sur une prévalence de 12 % de troubles mentaux diagnostiqués et consignés dans les banques de données de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) en 2012[5], on peut estimer que près d'un million de Québécois souffraient d'un trouble mental en 2016. Selon les données d'enquête de 2012, les troubles anxieux et les troubles dépressifs représenteraient près de 65 % des troubles mentaux au Québec et constituent donc les troubles mentaux les plus fréquents[6].

Le trouble dépressif et les troubles anxieux peuvent perdurer tout au long de la vie d'une personne et se manifester par une alternance de périodes de rechute et de rémission. La sévérité des troubles mentaux fréquents varie considérablement, mais tous peuvent être associés à une incapacité importante à long terme[7]. *En effet, selon les estimations de la Commission de la santé mentale du Canada[8], environ 21,4% de la population active présenteraient un problème de santé mentale susceptible d'avoir un impact sur leur productivité au travail, ce qui représente un fardeau économique important. Au Canada, l'ensemble des coûts indirects, soit les pertes de production au travail liées aux problèmes de santé mentale, représentait environ 23,6 milliards de dollars en 2006[9]*.

De plus, selon les estimations dans les pays développés, le trouble dépressif arriverait au deuxième rang des facteurs ayant une incidence sur les années de vie perdues ajustées en fonction de l'incapacité[10]. Le trouble dépressif est également associé à des taux élevés de morbidité et de mortalité, en plus d'être le trouble le plus fréquent à être lié au suicide.

Selon le NICE, la prévalence sur 12 mois varie beaucoup entre les différents troubles mentaux fréquents. L'estimation de la proportion de personnes susceptibles de présenter un trouble mental donné au cours de leur vie varie de 4 % à 10 % dans le cas du trouble dépressif majeur et de 2,5 % à 5 % en ce qui concerne la dysthymie. Elle s'établit à 5,7 % pour l'anxiété généralisée, à 1,4 % pour le trouble panique, à 12,5 % pour les phobies spécifiques et à 12,1 % pour l'anxiété sociale. Pour le trouble obsessionnel-compulsif, elle se situe à 1,6 % et à 6,8 % pour le trouble

---

[4] Association canadienne pour la santé mentale (2020). *Faits saillants sur la maladie mentale*. Consulté en ligne le 17 août 2020 : https://cmha.ca/fr/faits-saillants-sur-la-maladie-mentale.

[5] Institut national de santé publique du Québec. « Surveillance des troubles mentaux au Québec : prévalence, mortalité et profil d'utilisation des services », *Surveillance des maladies chroniques*, Gouvernement du Québec, nº 6, 2012, 15 p. Nº de publication : 1578, ISBN (version imprimée) : 978-2-550-66504-5, ISBN (version PDF) : 978-2-550-66505-2.

[6] Lapalme, M., B. Moreault, A. K. Fansi et C. Jehanno (2017). « Accès équitable aux services de psychothérapie au Québec - État des connaissances ». Québec, Québec : Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS). 97 p.

[7] Commission de la santé mentale du Canada (2017). Faire valoir les arguments en faveur des investissements dans le système de santé mentale du Canada à l'aide de considérations économiques. Consulté en ligne le 17 août 2021 au : *https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/2020-12/case_for_investment_fr.pdf*

[8] Smetanin, P., Stiff, D., Briante, C., Adair, C.E., Ahmad, S. and Khan, M. (2011).The Life and Economic Impact of Major Mental Illnesses in Canada: 2011 to 2041. RiskAnalytica, on behalf of the Mental Health Commission of Canada.

[9] Lim, K., Jacobs, P. et Dewa, C. S. (2008). How Much Should We Spend on Mental Health ? Institute of health economics.

[10] Martel, S. et C. Steensma (2012). Les années de vie corrigées de l'incapacité : un indicateur pour évaluer le fardeau de la maladie au Québec, Institut national de santé publique du Québec, 70 p. Consulté en ligne le 17 août 2021 au : *https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1474_AnneesVieCorrigeesIncapacite_IndicEvalFardeauMal.pdf*

stress post-traumatique. Plus de la moitié des personnes de 16 à 64 ans qui répondent aux critères diagnostiques d'au moins un trouble mental fréquent présente un trouble anxieux ou un trouble dépressif concomitant.

Selon les données disponibles en 2012 au Québec, la prévalence annuelle des troubles anxieux et dépressifs serait d'environ 7,5 %, ce qui représente près de 65 % des troubles mentaux dans la province[11]. Toujours selon ces données, *les troubles mentaux diagnostiqués, particulièrement les troubles anxieux et les troubles dépressifs, sont plus présents chez les femmes que chez les hommes.* Au Canada, les taux de prévalence sur 12 mois sont de 1,6 % *pour le trouble panique, de 0,7 % pour l'agoraphobie et de 6,7% pour la phobie sociale, ce qui en fait un des troubles anxieux les plus fréquents[12].*

La grande majorité des personnes présentant un trouble dépressif ou un trouble anxieux (jusqu'à 90 %) sont traitées dans le cadre des services de première ligne. De nombreuses personnes ne font toutefois pas de démarches afin d'obtenir un traitement, et les troubles anxieux de même que le trouble dépressif échappent souvent à *l'évaluation du trouble mental*. *Au Québec, en vertu de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines[13], en plus des médecins, d'autres professionnels de la santé sont habilités à évaluer les troubles mentaux. Se référer au 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 pour plus d'informations concernant ces professionnels[14]

Si les cas non repérés sont généralement d'intensité légère, et non des cas graves, les troubles légers sont malgré tout préoccupants. *Selon les données du NICE,* le repérage des troubles anxieux par les médecins de famille représente un plus grand défi, et seule une minorité des personnes qui présentent un trouble anxieux reçoivent un traitement. *L'étude effectuée au Canada par Pelletier et al., en 2017[15] révèle que moins de la moitié des Canadiens avec des symptômes de trouble dépressif ont été formellement diagnostiqués, et que seulement 30 % d'entre eux avaient consulté un professionnel de la santé dans les 12 mois précédents l'étude. Selon l'INESSS[16], les données disponibles au Québec « indiquent que les personnes ayant des problèmes de santé mentale ou des troubles mentaux hésitent souvent à consulter pour ce type de problèmes, et qu'elles ne reçoivent pas toujours l'aide et les traitements dont elles auraient besoin».* Cette situation peut en partie découler de la difficulté qu'ont les médecins de famille à repérer ces troubles, mais aussi de la crainte de vivre de la stigmatisation ou de se voir mise à l'écart chez la personne qui présente un trouble mental. *Selon l'NESSS[17], les données disponibles au Québec indiquent que moins de la moitié des personnes ayant des besoins au sujet de leur*

---

[11] Lesage, A., Émond, V. (2012*). Surveillance des troubles mentaux au Québec : prévalence, mortalité et profil d'utilisation des services*. Institut de santé public du Québec. Consulté en ligne le 17 août 2021 au : *https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1578_SurvTroublesMentauxQc_PrevalMortaProfilUtiliServices.pdf*

[12] Langlois KA, Samokhvalov AV, Rehm J, Spence ST, Connor Gorber SK. (2011). Descriptions des états de santé au Canada : maladies mentales. Statistique Canada no 82-619-MIF2005002 au catalogue. Ottawa : Statistique Canada.

[13] Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines. (2009), c. 28, en ligne : Éditeur officiel du Québec repéré au http://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/projets-loi/projet-loi-21-39-1.html

[14] 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*

[15] Pelletier L, O'Donnell S, Dykxhoorn J, McRae L, Patten SB. Under-diagnosis of mood disorders in Canada. Epidemiol Psychiatr Sci. 2017;26(4):414–23.

[16] Lapalme, M., B. Moreault, A. K. Fansi et C. Jehanno (2017). « Accès équitable aux services de psychothérapie au Québec - État des connaissances ». Québec, Québec : Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS). 97 p.

[17] Idem

santé mentale ou des troubles mentaux consultent un professionnel ou font des démarches pour obtenir des soins et des services. Les problèmes d'acceptabilité (73,0 %), la disponibilité de l'aide (22,4 %), l'accessibilité limitée aux soins et services de santé mentale (11,7 %) et la volonté de s'occuper soi-même de son problème (35,0 %) sont les principales raisons évoquées pour ne pas demander de l'aide en santé mentale. Le traitement le plus souvent utilisé dans les services de première ligne en présence de troubles mentaux fréquents consiste à prescrire des médicaments psychotropes. L'accès à la relation d'aide ou à la psychothérapie (52%) ainsi que l'obtention d'information sur les troubles, les options de traitement et les services (41%) sont les deux types d'aide requis en santé mentale qui sont les plus souvent mentionnés comme étant non comblés.[18]

Les données disponibles autant dans la littérature qu'auprès des différents acteurs consultés font état du manque d'options possibles au traitement pharmacologique et du fait que, bien que la psychothérapie soit reconnue comme un traitement efficace, son accès est plus limité au Québec pour les personnes qui n'ont pas d'assurance privée[19]*. En 2018, dans son document portant sur l'accès à la psychothérapie, l'INESSS brosse un portrait de la situation au Québec : « L'usage des médicaments psychotropes, notamment les antidépresseurs, est en nette augmentation »*[20]*. Les médicaments sont souvent la seule option proposée aux usagers pour soigner les troubles mentaux*[21]*. L'enquête menée par O'donnell et al., (2017) auprès de Canadiens en 2014, souligne que les médicaments étaient plus souvent rapportés dans le traitement des troubles anxieux ou dépressifs que le soutien psychologique. En effet, chez 82% des canadiens dont la présence d'un trouble anxieux ou dépressif a été confirmé, 48 % rapportent prendre de la médication, 7 % recevaient du soutien psychologique et 27 % recevaient les deux combinés*[22]*.*

Depuis 2004, le NICE a publié une série de guides de pratique sur *les soins et services* et le traitement des troubles mentaux fréquents. Certains de ces guides de pratique sont surtout axés sur l'identification et le repérage (par exemple, le guide sur le trouble dépressif), alors que d'autres ne fournissent que peu de recommandations au sujet du repérage (par exemple, le guide sur l'anxiété généralisée et le trouble panique). En plus de varier sur le plan des recommandations portant sur le repérage et l'identification, les guides de pratique du NICE comportent également des quantités de recommandations variables au sujet de l'évaluation, du monitorage clinique et de l'orientation appropriée et le traitement des personnes présentant ces troubles.

L'objectif du présent guide de pratique, qui met l'accent sur les services de première ligne, est d'améliorer l'accès aux soins et aux services de façon générale, d'améliorer le repérage et l'identification des troubles mentaux fréquents et de fournir des recommandations relativement aux principes à adopter afin de mettre en place des mécanismes d'orientation et des trajectoires de services appropriés à l'échelle locale. Ce guide rassemble les recommandations de différents guides de pratique déjà publiés, auxquelles s'ajoutent de nouvelles recommandations concernant

---

[18] Fleury, M.-J., et G. Grenier (2012). État de situation sur la santé mentale au Québec et réponse du système de santé et de services sociaux, Québec: Commissaire à la santé et au bien-être, 243p.
[19] Idem
[20] INESSS, 2012 cité dans Lapalme, M., B. Moreault, A. K. Fansi et C. Jehanno (2017). « Accès équitable aux services de psychothérapie au Québec - État des connaissances ». Québec, Québec : Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS). 97 p.
[21] Fleury, M.-J., et G. Grenier (2012). État de situation sur la santé mentale au Québec et réponse du système de santé et de services sociaux, Québec: Commissaire à la santé et au bien-être, 243p.
[22] O'Donnell, S., Syoufi, M., Jones, W., Bennett, K., & Pelletier, L. (2017). Use of medication and psychological counselling among Canadians with mood and/or anxiety disorders. Recours aux médicaments et aux consultations psychologiques chez les Canadiens atteints d'un trouble de l'humeur et/ou d'anxiété. Health promotion and chronic disease prevention in Canada : research, policy and practice, 37(5), 160–171. *https://doi.org/10.24095/hpcdp.37.5.04*

l’accès aux soins et aux services, la démarche évaluative et les trajectoires locales de services pour les troubles mentaux fréquents.

Certaines recommandations du présent guide de pratique résultent de l’adaptation de recommandations d’autres guides de pratique du NICE sur certains troubles mentaux fréquents. Lors de l’adaptation de recommandations provenant d’autres guides de pratique, le groupe de développement du présent guide n’a pas passé en revue les données probantes s’y rapportant, mais a pris soin de respecter le sens et l’intention des recommandations originales. Toutefois, lors de l’adaptation des recommandations, des changements touchant le vocabulaire ou la structure ont été apportés afin qu’elles cadrent avec les recommandations du présent guide de pratique. Ces dernières conservent le sens et l’intention des recommandations originales; le changement se rapporte au contexte dans lequel la recommandation est faite. Dans tous les cas, la provenance de la recommandation originale est indiquée dans une note en bas de page.

PRINCIPALES PRIORITÉS QUANT À LA MISE EN ŒUVRE

Le guide de pratique fournit des recommandations concernant les soins et les services offerts aux différentes étapes du parcours de la personne utilisatrice de services qui présente des **symptômes relatifs à un trouble mental fréquent ou ayant été confirmé.**

Voici un aperçu général des différentes recommandations détaillées présentées à la section 1.1.

Améliorer l'accès aux soins et aux services

Les intervenants, les gestionnaires et les établissements *de santé et services sociaux* des services de première ligne, *des services spécifiques et des services spécialisés* en santé mentale devraient collaborer à l'élaboration de trajectoires locales de services (voir aussi la section 1.5) pour faciliter l'accès aux personnes qui présentent des symptômes d'un trouble mental fréquent ou ayant été confirmé, en fonction des principes suivants :

- soutenir l'intégration de soins et services offerts dans les services de première ligne, *dans les services spécifiques et les services spécialisés;*
- établir des critères clairs et explicites pour l'accès aux soins et services;
- mettre l'accent sur l'accès aux soins et services plutôt que sur les critères d'exclusion;
- posséder différents mécanismes d'accès aux soins et services, y compris l'auto-orientation *(accès direct aux services sans référence d'un professionnel)*;
- offrir de multiples portes d'entrée favorisant la création de liens avec l'ensemble du *RSSS* ainsi qu'avec la communauté dans laquelle les soins et services sont offerts.

Repérage

- Soyez à l'affût d'un possible **trouble dépressif** (en particulier chez les personnes qui ont des antécédents de trouble dépressif, qui présentent de possibles symptômes somatiques de trouble dépressif ou qui ont un problème de santé physique chronique associé à une altération du fonctionnement). Afin de repérer les personnes présentant un possible trouble dépressif, envisagez de poser les deux questions du PHQ-2 traduit en français (Patient Health Questionnaire 2 item scale)
    - Si la personne obtient un score de 3 ou plus aux questions de repérage du PHQ-2, considérez un trouble dépressif comme une possibilité et suivez les recommandations relatives à la *démarche évaluative* (section 1.3.2).
- Soyez à l'affût de possibles **troubles anxieux** (en particulier chez les personnes qui ont des antécédents de troubles anxieux, qui présentent de possibles symptômes somatiques d'un trouble anxieux ou qui ont vécu récemment une expérience traumatisante). Afin de repérer les personnes présentant un possible trouble anxieux, envisagez d'interroger la personne au sujet de l'anxiété qu'elle ressent et de sa capacité à contrôler son inquiétude au moyen des deux questions du GAD-2 *traduit en français* (Generalized Anxiety Disorder 2 item scale).
    - Si la personne obtient un score de 3 ou plus aux questions de repérage du GAD-2, considérez un trouble anxieux comme une possibilité et suivez les recommandations relatives à la démarche évaluative (section 1.3.2).
    - Si la personne obtient un score inférieur à 3 aux questions de repérage du GAD-2, mais que la possibilité d'un trouble anxieux demeure préoccupante, posez la question

suivante : « Évitez-vous des lieux ou des activités, et cette situation est-elle une source de problèmes ? ». Dans l'affirmative, considérez un trouble anxieux comme une possibilité et suivez les recommandations relatives à la démarche évaluative (section 1.3.2).

Élaboration de trajectoires locales de services

- Les intervenants, les gestionnaires et les établissements *de santé et services sociaux* qui offrent des services de première ligne *ainsi que des services spécifiques et des services spécialisés* en santé mentale devraient collaborer à l'élaboration de trajectoires locales de services favorisant la prestation de soins et de services en fonction d'un modèle de soins par étapes de façon à :
    - offrir les traitements les moins intrusifs et les plus efficaces d'abord;
    - fournir des critères clairs et explicites en ce qui concerne l'accès et la transition entre les paliers du continuum de soins et de services;
    - faire en sorte que la transition d'une étape à l'autre ne repose pas sur un seul critère *(par exemple, la sévérité des symptômes);*
    - suivre les progrès et les résultats par le monitorage clinique en continu afin de s'assurer que les traitements démontrés les plus efficaces soient offerts et que la personne utilisatrice de services soit orientée vers une étape supérieure lorsque nécessaire.
- Les intervenants, les gestionnaires et les établissements *de santé et services sociaux* qui offrent des services de première ligne *ainsi que des services spécifiques et des services spécialisés* en santé mentale devraient collaborer à l'élaboration de trajectoires locales de services préconisant l'intégration des soins et des services offerts dans *le cadre de l'ensemble de leurs services.* Les trajectoires de services devraient :
    - réduire au minimum la nécessité d'effectuer des transitions entre différents programmes-services ou entre différents intervenants;
    - permettre que l'organisation des services soit déterminée par la trajectoire, et non l'inverse, soit que l'offre de services détermine la trajectoire;
    - établir des liens clairs (y compris les mécanismes d'accès) avec d'autres trajectoires de services ou *d'autres programmes* (y compris ceux qui concernent des besoins en matière de soins de santé pour des problèmes de santé physique);
    - désigner un responsable de la coordination de la trajectoire de services.
- Les intervenants, les gestionnaires et les établissements *de santé et services sociaux* qui offrent des services de première ligne *ainsi que des services spécifiques et des services spécialisés* en santé mentale devraient collaborer afin d'assurer une communication efficace relativement au fonctionnement des trajectoires locales de services. Des plans de communication devraient couvrir les aspects suivants :
    - le partage d'information et la communication avec les personnes qui *présentent des symptômes relatifs à un* trouble mental fréquent *ou ayant été confirmé* et, *si ces dernières y consentent*, avec les membres de la famille et de l'entourage au sujet des soins et des services qu'elles reçoivent;

- *si le consentement a été obtenu*, le partage d'information et la communication avec les autres intervenants (y compris les médecins de famille) au sujet des soins et des services offerts aux personnes utilisatrices de services;
- la diffusion d'information entre les *programmes-services* du continuum de services en santé mentale;
- la diffusion d'information *aux programmes-services ou autres partenaires* ne faisant pas partie de la trajectoire de services en santé mentale.

1. RECOMMANDATIONS

La personne utilisatrice de services a le droit de participer à toute décision concernant son état de santé ou de bien-être[23]. 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 LSSS*, 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 vigueurs notamment celles concernant l'obligation d'obtenir un consentement libre et éclairé conformément aux dispositions prévues dans la LSSS *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-être[24]. 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*.*

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 : Force des recommandations*.*

Le présent guide de pratique a été élaboré afin de présenter une approche intégrée pour le repérage et l'évaluation des troubles mentaux fréquents, particulièrement dans le cadre des services de première ligne. Il rassemble les recommandations de guides de pratiques déjà publiés par le NICE et apporte des précisions supplémentaires concernant le repérage et l'évaluation de ces troubles. Le guide de pratique fournit également des conseils relatifs à l'orientation de la clientèle aux intervenants des services de première ligne, des services spécifiques, spécialisés *et l'ensemble des partenaires du RSSS.* Enfin, ce guide comprend des recommandations concernant l'élaboration de trajectoires de services efficaces à l'échelle locale pour les personnes présentant *des symptômes relatifs à* un trouble mental fréquent *ou ayant été confirmé*.

Les recommandations qui suivent ont été élaborées selon les meilleures données probantes disponibles. Le guide de pratique complet *(anglais seulement) fournit les détails concernant les méthodes et les données utilisées pour élaborer ces recommandations.*

Le guide de pratique est structuré en fonction des principes d'un modèle de soins par étapes (section 1.2).

[23] Loi sur les services de santé et les services sociaux, RLRQ c S-4.2, art. 10. Consulté au : *http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showDoc/cs/S-4.2?&digest*
[24] Idem

1.1. AMÉLIORER L'ACCÈS AUX *SOINS* ET AUX SERVICES

1.1.1.1. Les intervenants, les gestionnaires et les établissements *de santé et services sociaux* des services de première ligne, *des services spécifiques et des services spécialisés* en santé mentale devraient collaborer à l'élaboration de trajectoires locales de services (section 1.5) pour faciliter l'accès aux personnes qui présentent des symptômes d'un trouble mental fréquent ou ayant été confirmé, en fonction des principes suivants :

- soutenir l'intégration de soins et services offerts dans les services de première ligne, *dans les services spécifiques et les services spécialisés;*
- établir des critères clairs et explicites pour l'accès aux soins et services;
- mettre l'accent sur l'accès aux soins et services plutôt que sur les critères d'exclusion;
- posséder différents mécanismes d'accès aux soins et services, y compris l'auto-orientation *(accès direct aux services sans référence d'un professionnel)*;
- offrir de multiples portes d'entrée favorisant la création de liens avec l'ensemble du *RSSS* ainsi qu'avec la communauté dans laquelle les soins et services sont offerts.

1.1.1.2. Offrez de l'information au sujet des soins et services formant la trajectoire de services, y compris :

- l'offre de soins et services en santé et services sociaux;
- la portée et la nature des traitements offerts;
- le contexte de l'offre des soins et services;
- le processus régissant la progression de la personne utilisatrice de services dans la trajectoire de services;
- les méthodes de mesure des résultats (monitorage clinique) et les indicateurs de l'évolution de la situation de la personne utilisatrice de services.

1.1.1.3. Lors de la remise d'information sur les trajectoires locales de services aux personnes qui présentent des symptômes d'un trouble mental fréquent ou ayant été confirmé, de même qu'aux membres de la famille et de l'entourage, tous les intervenants devraient :

- tenir compte des connaissances et de la compréhension de la personne utilisatrice de services au sujet des troubles mentaux fréquents et du traitement de ces troubles;
- s'assurer que l'information est adaptée à la communauté locale faisant appel à la trajectoire de services.

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 utilisatrice et les membres de la famille et de l'entourage[25].

[25] 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/

1.1.1.4. Fournissez l'ensemble de l'information au sujet des soins et services dans une variété de langues et de formats (visuel, verbal et audio). Veillez à ce que cette information soit diffusée dans différents contextes de façon qu'elle soit mise à la disposition de l'ensemble de la communauté dont le programme-service est responsable.

1.1.1.5. Les intervenants, les gestionnaires et les établissements de santé et services sociaux qui offrent des services de première ligne ainsi que des services spécifiques et des services spécialisés en santé mentale devraient collaborer à l'élaboration des trajectoires locales de services (section 1.5) facilitant l'accès aux soins et aux services pour les personnes présentant des symptômes d'un trouble mental fréquent ou ayant été confirmé appartenant à des *groupes minoritaires* ou marginalisés (ceux qui, historiquement, ont le plus de difficulté à avoir accès aux services), notamment :

- *les membres des communautés culturelles*, des minorités visibles et *des communautés autochtones;*
- les personnes âgées;
- les personnes incarcérées ou qui ont des démêlées avec le système de justice pénale;
- les anciens combattants.

Au Québec, le document Mécanismes d'accès aux services de proximité[26] *fait état des difficultés d'accès chez les populations socialement vulnérables.*

1.1.1.6. Soutenez l'accès aux soins et aux services et l'utilisation des services grâce aux mesures suivantes :

- veillez à ce que des mécanismes soient mis en place afin d'offrir une coordination et une continuité des soins et des services pour les personnes présentant des symptômes d'un trouble mental fréquent ou ayant été confirmé;
- désignez un intervenant ayant pour rôle de coordonner la période de prestation des soins et des services (habituellement *un intervenant des services de proximité ou des services spécifiques*). *Au Québec, l'intervenant-pivot pourrait jouer ce rôle.*

1.1.1.7. Favorisez l'accès aux soins et aux services pour les personnes présentant des symptômes d'un trouble mental fréquent ou ayant été confirmé et augmentez l'utilisation des services en offrant ceux-ci dans une diversité de contextes. Faites l'analyse des besoins locaux pouvant servir de base à la structure et à la distribution des soins et services, lesquels devraient généralement comprendre les éléments suivants :

- évaluation et interventions en dehors des heures normales de travail;
- interventions au domicile de la personne utilisatrice de services ou dans d'autres lieux de résidence;
- évaluation et interventions offertes dans des milieux non traditionnels par des intervenants spécialisés (par exemple, dans des centres sociaux ou communautaires) et, s'il y a lieu, en collaboration avec le personnel de ces milieux;

[26] Boisvert, I., Bush, Paula I. (2019). Mécanismes d'accès aux services de proximité- État des connaissances. . Québec, Qc : Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS), 55 p. Consulté le 2021-08-25 au : *https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_Mecanisme-acces-services-proximite.pdf*

- évaluation et d'intervention générale, spécifique et spécialisé offerts dans le cadre des services de première ligne[27].

1.1.1.8. Les intervenants, les gestionnaires et les établissements de santé et services sociaux qui offrent des services de première ligne ainsi que des services spécifiques et spécialisés en santé mentale devraient envisager un éventail de services de soutien afin de favoriser l'accès aux soins et aux services et accroître leur utilisation. Ces services de soutien peuvent comprendre les suivants :

- services de halte-garderie;
- assistance pour le transport;
- services de défense des droits.

1.1.1.9. Envisagez de modifier la méthode et le mode de prestation des services d'évaluation, des traitements et du suivi des résultats par le monitorage en continu (en fonction d'une évaluation des besoins locaux), ce qui peut généralement comprendre :

- le recours à la technologie (par exemple, message texte, courriel, téléphone et ordinateur) pour les personnes susceptibles d'avoir de la difficulté à utiliser un service donné, ou qui choisissent de ne pas le faire;
- le recours à un intervenant bilingue ou aux services d'un traducteur ou d'un *interprète* indépendant.

1.1.1.10. Faites preuve de respect et de sensibilité aux divers contextes culturels, ethniques et religieux lors des interactions avec des personnes présentant des symptômes relatifs à un trouble mental fréquent ou ayant été confirmé. Demeurez conscient des variations possibles du tableau clinique dans ce contexte. Assurez-vous de disposer des compétences suivantes relativement au :

- processus d'évaluation tenant compte des particularités liées à la culture;
- utilisation de différents modèles explicatifs concernant les troubles mentaux fréquents;
- élaboration et mise en œuvre de plans de traitement tenant compte des différences liées à la culture et à l'origine ethnique;
- collaboration avec des membres de familles ou de l'entourage provenant de différents contextes ethniques et culturels.

1.1.1.11. Ne modifiez pas de façon importante le contenu et la structure des évaluations et des traitements en fonction de facteurs ethniques ou culturels (au-delà de la langue et des compétences du personnel liées à la culture). Comme peu de données probantes appuient des modifications importantes, elles doivent être effectuées seulement lors d'une évaluation formelle de l'impact de ces modifications sur un traitement donné.

1.2. MODÈLE DE SOINS PAR ÉTAPES

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 présentent des symptômes relatifs à un trouble mental

[27] Ministère de la Santé et des Services sociaux (2015). Plan d'action en santé mentale 2015-2020 : faire ensemble et autrement. Consulté en ligne à : *https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001319/*

fréquent ou ayant été confirmé, les membres de la famille et de l'entourage ainsi que les intervenants à choisir les traitements les plus efficaces et les mieux adaptés à la situation.

Le modèle fournit un aperçu qui intègre les évaluations et les traitements clés du présent guide de pratique. Les recommandations axées uniquement sur les services spécialisés en santé mentale ne sont pas incluses dans ce guide (elles peuvent être consultées dans les guides de pratique en lien avec les symptômes ou le trouble identifié). La recommandation 1.5.1.3 définit les éléments du modèle de soins par étapes qui devraient être intégrés à la trajectoire locale de services pour les personnes présentant des symptômes relatifs à un trouble mental fréquent ou ayant été confirmé.

Tableau 1. Modèle de soins par étapes : *Interventions recommandées* selon les troubles mentaux fréquents*

Étapes du modèle de soins	Traitements
Étape 1	
Tous les cas confirmés ou avec suspicion de troubles mentaux fréquents.	- Repérage; - Éducation psychologique; - Surveillance active; - Évaluation du trouble mental *au besoin;* - Orientation aux fins d'évaluation ou de traitement *au besoin.*
Étape 2	
Pour tous les troubles mentaux fréquents	- Groupe d'autosoins[(a);] - Groupes de soutien ou d'entraide; - Services de soutien à l'éducation et à l'emploi; - Orientation aux fins d'évaluation ou de traitement.
Trouble dépressif - Symptômes dépressifs persistants sous le seuil clinique; - Trouble dépressif léger ou moyen.	- Autosoins individuels dirigés, - Intervention utilisant les techniques cognitivo-comportementales assistée par les TIC; - Programme structuré d'activité physique; - Programmes de soutien par les pairs en groupe (autosoins)[(b);] - Antidépresseurs (pour ceux répondant à certains critères).
Anxiété généralisée	- Autosoins individuels dirigés et non dirigés; - Éducation psychologique en groupe.
Trouble panique léger ou moyen	- Autosoins individuels dirigés et non dirigés.
Trouble obsessionnel-compulsif léger ou moyen	- *Intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une psychothérapie cognitivo-comportementale (TCC)*** *incluant l'exposition avec prévention de la réponse individuelle,* en individuel ou en groupe.
Trouble stress post-traumatique (y compris les cas légers ou moyens).	- *Intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une TCC* axée sur le *traumatisme (TCC-T);* - *Intégration neuro-émotionnelle par les mouvements oculaires (EMDR).*

Tableau 1. Modèle de soins par étapes : Interventions recommandées selon les troubles mentaux fréquents (suite)

Étapes du modèle de soins	Traitements
Étape 3	
Pour tous les troubles mentaux fréquents	- Groupe d'autosoins[a]; - Groupes de soutien et d'entraide; - Rencontres avec un pair aidant; - Programme de réadaptation; - Services de soutien à l'éducation et à l'emploi; - Orientation aux fins d'évaluation ou de traitement.
Trouble dépressif - Symptômes dépressifs persistants sous le seuil clinique; - Trouble dépressif léger ou moyen n'ayant pas répondu à un traitement de l'étape 2; - Premier épisode de trouble dépressif moyen ou grave.	- *Intervention utilisant des* techniques *cognitivo-comportementales;* - *Thérapie interpersonnelle*; - *Thérapie de couple comportementale*; - *Counselling*[c]; - *Intervention utilisant des techniques ou psychothérapie psychodynamique brève*[c]; - Activation comportementale; - Antidépresseurs, traitements combinés; - Soins en collaboration interprogramme[d].
Anxiété généralisée s'accompagnant d'une altération importante du fonctionnement ou n'ayant pas répondu à un traitement de l'étape 2.	- *Interventions utilisant les techniques cognitivo-comportementales ou une* TCC; - Relaxation appliquée; - Pharmacothérapie; - Traitements combinés.
Trouble panique moyen ou grave.	- *Interventions utilisant les techniques cognitivo-comportementales ou une TCC*; - Antidépresseurs[e].
Trouble obsessionnel-compulsif s'accompagnant d'une altération moyenne ou grave du fonctionnement.	- *Interventions utilisant les techniques cognitivo-comportementales ou une* TCC*, incluant l'exposition avec prévention de la réponse individuelle;* - Antidépresseurs; - Traitements combinés et gestionnaire de cas[f].
Trouble stress post-traumatique.	- *Interventions utilisant les techniques cognitivo-comportementales ou une TCC axée sur le traumatisme (TCC-T);* - *Intégration neuro-émotionnelle par les mouvements oculaires (EMDR;* - Pharmacothérapie.

[a] Sauf pour le trouble stress post-traumatique.

[b] Pour les personnes qui présentent un trouble dépressif et un problème de santé physique chronique.

[c] *Informez la personne de l'incertitude concernant l'efficacité du « counselling et des Intervention utilisant des techniques ou de la psychothérapie psychodynamique brève» dans le traitement du trouble dépressif.*

[d] Pour les personnes qui présentent un trouble dépressif et un problème de santé physique chronique.

[e]) Si le trouble est présent depuis longtemps ou que les traitements n'ont pas donné de résultats ou ont été refusées.

[f] *Seulement* en présence d'une altération grave du fonctionnement.

***** Le tableau présente l'ensemble des interventions recommandées en fonction du trouble de la personne et non en fonction du programme-service ou du milieu où elles sont offertes.

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

1.3. ÉTAPE 1 : REPÉRAGE ET ÉVALUATIONS

1.3.1. Repérage

1.3.1.1. *Au Québec, le repérage peut être fait via les différentes portes d'entrées 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 publique, privé ou communautaire (GMF, scolaires, carcéral, etc.) ainsi que ceux des services spécifiques et des services spécialisés en santé mentale, qui reconnait la présence de symptômes pouvant être associés à la présence d'un trouble mental fréquent peut décider d'entreprendre une démarche de repérage.*

Soyez à l'affût d'un possible **trouble dépressif** (en particulier chez les personnes qui ont des antécédents de trouble dépressif, qui présentent de possibles symptômes somatiques de trouble dépressif ou qui ont un problème de santé physique chronique associé à une altération du fonctionnement). Afin de repérer les personnes présentant un possible trouble dépressif, envisagez de poser les deux questions du PHQ-2 *traduit en français* (Patient Health Questionnaire 2 item scale)

- Si la personne obtient un score de 3 ou plus aux questions de repérage du PHQ-2, considérez un trouble dépressif comme une possibilité et suivez les recommandations relatives à la *démarche évaluative* (section 1.3.2).

1.3.1.2. Soyez à l'affût de possibles **troubles anxieux** (en particulier chez les personnes qui ont des antécédents de troubles anxieux, qui présentent de possibles symptômes somatiques d'un trouble anxieux ou qui ont vécu récemment une expérience traumatisante). Afin de repérer les personnes présentant un possible trouble anxieux, envisagez d'interroger la personne au sujet de l'anxiété qu'elle ressent et de sa capacité à contrôler son inquiétude au moyen des deux questions du GAD-2 *traduit en français* (Generalized Anxiety Disorder 2 item scale).

- Si la personne obtient un score de 3 ou plus aux questions de repérage du GAD-2, considérez un trouble anxieux comme une possibilité et suivez les recommandations relatives à la *démarche évaluative* (section 1.3.2).
- Si la personne obtient un score inférieur à 3 aux questions de repérage du GAD-2, mais que la possibilité d'un trouble anxieux demeure préoccupante, posez la question suivante : « Évitez-vous des lieux ou des activités, et cette situation est-elle une source de problèmes ? ». Dans l'affirmative, considérez un trouble anxieux comme une possibilité et suivez les recommandations relatives à la *démarche évaluative* (section 1.3.2).

1.3.1.3. Pour les personnes présentant des difficultés importantes de communication ou de langage, par exemple en raison d'une déficience sensorielle ou d'un trouble neurodéveloppemental,[28] envisagez d'avoir recours au thermomètre de détresse ou d'interroger un membre de la famille et de l'entourage au sujet des symptômes de la personne afin de repérer un possible trouble mental fréquent. Si une détresse significative est identifiée, offrez une évaluation plus poussée ou demandez l'avis d'un

[28] 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.

intervenant spécialisé *auprès de cette clientèle ou auprès d'un professionnel dûment habilité.*

1.3.2. *Démarche évaluative*

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 membre de leur ordre professionnel. De plus, seuls certains professionnels sont habilités à évaluer les troubles mentaux. 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[29]*.*

1.3.2.1. Si les réponses aux questions posées aux fins de repérage (section 1.3.1) indiquent la possibilité d'un trouble mental fréquent, mais que l'intervenant ne dispose pas des compétences nécessaires pour mener une *appréciation ou une évaluation plus poussée*, *orientez la personne vers un intervenant ayant les connaissances attendues ou vers un professionnel habilité à l'évaluation requise en fonction de la condition de la personne.* Si la personne n'est pas dirigée vers son médecin de famille, informez ce dernier de la démarche d'orientation *si le consentement de la personne utilisatrice de service a été obtenu.*

NOTE : La recommandation 1.3.2.1. a été modifiée afin de l'adapter au contexte québécois. Selon le guide original, un intervenant qui ne dispose pas des compétences pour évaluer la santé mentale devrait orienter la personne vers le professionnel approprié. Le système professionnel québécois vient réserver des activités, dont des évaluations précises, à certains professionnels 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 traitements recommandés utilisent le terme « 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,[30] *une appréciation, réalisée à l'aide de questionnaires validés pour les troubles mentaux fréquents, donne suffisamment d'informations pour connaitre plus rapidement les besoins de la personne 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*

[29] 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*

[30] 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*

besoins.[31] *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 et les membres de sa famille et de son entourage dans ses 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.*[32] [33]

De plus, tel que mentionné plus haut, 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.

La modification apportée 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 vigueurs au Québec.

1.3.2.2. Si les réponses aux questions posées aux fins de repérage indiquent la possibilité d'un trouble mental fréquent, *un intervenant ayant les connaissances requises à l'appréciation ou un professionnel habilité à l'évaluation requise en fonction de la condition de la personne,* devrait effectuer la revue de la situation de la personne sur le plan de la santé mentale, ainsi que des difficultés liées au fonctionnement, aux relations interpersonnelles et à la vie sociale qui peuvent y être associées.

1.3.2.3. Lors de la *démarche évaluative* auprès d'une personne chez qui un trouble mental fréquent est suspecté, envisagez d'utiliser les outils suivants :

- *un outil ou un algorithme validé aux fins de la démarche évaluative.*
- un questionnaire pertinent et validé pour le trouble ou les *symptômes visés,* par exemple le questionnaire PHQ-9 (Patient Health Questionnaire – 9 items), pour apprécier les symptômes dépressifs ou le questionnaire GAD7, *traduit en français (Generalized Anxiety Disorder –7items)* pour apprécier les symptômes anxieux. *Ces questionnaires auto-administrés, traduits en français, sont sélectionnés par le PQPTM dans le cadre de l'appréciation, de la démarche évaluative et du suivi de l'évolution de la situation lors du monitorage en continu. Ils permettent d'obtenir des informations pertinentes sur la personne et soutiennent l'orientation vers les traitements appropriés.*

1.3.2.4. Tout *professionnel dûment habilité* responsable d'effectuer une **évaluation d'un trouble mental** fréquent soupçonné devrait posséder les compétences nécessaires pour l'évaluation du trouble en question, selon le cadre dans lequel il exerce, en plus d'être apte à :

- déterminer la nature, la durée et la sévérité du trouble;

[31] 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

[32] Idem

[33] 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

- tenir compte non seulement de la sévérité des symptômes, mais aussi de l'importance de l'altération du fonctionnement;
- identifier les options thérapeutiques appropriées et les possibilités relativement à l'orientation de la personne utilisatrice de services, conformément au guide de pratique pertinent du NICE.

1.3.2.5. Tout intervenant responsable d'effectuer *un repérage, une appréciation ou une évaluation auprès d'une personne qui présentent* des symptômes relatifs à un trouble mental fréquent ou ayant été confirmé devrait posséder les compétences nécessaires relativement aux aspects suivants :

- la communication verbale et non verbale, ce qui comprend l'aptitude à amener une personne à dévoiler les problèmes qu'elle vit, la façon dont elle les perçoit et leurs répercussions ainsi que la transmission d'information plus personnelle. Ces habiletés de communication devraient également permettre de soutenir la participation de la personne aux discussions portant sur les options thérapeutiques et au processus décisionnel;
- l'utilisation d'instruments de mesure aux fins de l'évaluation formelle et du suivi des résultats (monitorage clinique) dans une diversité de contextes et de milieux.

1.3.2.6. En plus de l'évaluation des symptômes et de l'altération du fonctionnement qui y est associée, considérez l'effet que les facteurs suivants pourraient avoir eu sur l'apparition, l'évolution et la sévérité du problème de la personne :

- des antécédents de troubles mentaux;
- des antécédents relatifs à un problème de santé physique chronique;
- les traitements antérieurs et la réponse à ces derniers;
- la qualité des relations interpersonnelles;
- les conditions de vie et l'isolement social;
- les antécédents familiaux en matière de santé mentale;
- des antécédents de violence familiale ou d'agression sexuelle;
- la situation d'emploi ou l'état relatif à l'immigration.

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 définis 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.[34] *Ainsi, différents professionnels peuvent être appelés à offrir des évaluations réservées, en fonction de leur champ d'exercice, afin de permettre au professionnel dûment habilité à l'évaluation des troubles mentaux de compléter son évaluation. Pour plus d'informations à ce sujet, consulter document : Loi modifiant le Code des professions*

[34] 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*

et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines : Guide explicatif.[35]

1.3.2.7. Lors de l'évaluation d'une personne chez qui la présence d'un trouble mental fréquent est soupçonnée, soyez à l'affût de tout trouble neurodéveloppemental[36] ou d'un trouble cognitif acquis, et si nécessaire, envisagez de consulter un intervenant spécialisé auprès de ces clientèles lors de l'élaboration du plan et des stratégies de traitement.

Si le tableau clinique et les antécédents relatifs au trouble mental fréquent suggèrent qu'il s'agit d'un cas léger qui n'atteint pas le seuil clinique, qui est d'apparition récente et qui semble évoluer spontanément vers la guérison (les symptômes s'atténuent), envisagez d'avoir recours à l'éducation psychologique et à la surveillance active, d'offrir à la personne une évaluation du trouble mental ou de l'orienter vers une autre intervention. Cette façon de faire peut donner lieu à une amélioration dans les cas les moins graves, ce qui permet d'éviter la nécessité de mettre en œuvre d'autres traitements.

1.3.2.8. Posez des questions directes à toute personne qui présente des *symptômes relatifs à un* trouble mental fréquent ou ayant été confirmé au sujet des idées et des intentions suicidaires et intervenez conformément aux bonnes pratiques en prévention du suicide. Si un risque d'automutilation ou de suicide est identifié, il est important, notamment de :

- vérifier si la personne dispose d'un soutien social adéquat et est informée des ressources auprès desquelles elle peut obtenir de l'aide;
- conseiller à la personne d'obtenir de l'aide supplémentaire si la situation se détériore, *par exemple auprès d'un centre de prévention du suicide, d'un centre de crise ou encore de l'urgence*;
- *s'il y a lieu*, prendre les mesures d'assistance nécessaires en fonction de la conclusion de l'estimation *de la dangerosité de passage à l'acte suicidaire, conformément aux bonnes pratiques en prévention du suicide* (section 1.3.3).

Santé mentale pendant et après la grossesse et la période postnatale

1.3.2.9. *Lorsqu'une femme, qui présente des symptômes d'un trouble mental fréquent ou dont la présence a été confirmée, est référée lors de sa grossesse ou pendant la période postnatale, devrait être évaluée pour fin de traitement dans les deux semaines suivant la référence et recevoir les interventions ou la psychothérapie à l'intérieur du mois suivant l'évaluation initiale.*

1.3.2.10. *Les recommandations spécifiques relatives au traitement d'un trouble mental chez les femmes enceintes, qui prévoient le devenir ou qui allaitent ont été retirées de la version québécoise du guide. En effet, ces recommandations sont issues d'un guide de pratique clinique différent (CG92).*

NOTE : La recommandation 1.3.2.10. a été modifiée afin de la rendre conforme à la recommandation 1.7.3. du Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance (NICE clinical guideline CG 192)*, version révisée par le NICE du Antenatal and postnatal mental health' (NICE Clinical guideline 45).*

[35] Idem
[36] 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.

1.3.3. Évaluation des risques et surveillance

Selon la recherche, 90 % des personnes qui se suicident dans les pays avec un revenu élevé, avaient un trouble de santé mentale, incluant le trouble lié à l'abus de substances[37][38]*. De plus, le risque de suicide serait 12 fois plus élevé chez les personnes présentant des troubles mentaux que dans la population générale*[39]*, et le trouble dépressif serait présent dans 50 % des cas de suicide.*[40] *Le risque de blesser une autre personne serait aussi plus élevé chez les personnes qui présentent un trouble mental fréquent*[41]*. Par conséquent, il est important de bien identifier les personnes qui peuvent présenter un risque pour elle-même ou pour les autres afin d'être en mesure de leur offrir les soins et services qu'ils ont besoins au moment opportun.*

1.3.3.1. Si une personne présente *des symptômes relatifs à un trouble mental fréquent ou ayant été confirmé* présente un risque suicidaire élevé ou un risque de préjudice pour autrui, un risque d'autonégligence important ou une altération grave du fonctionnement, *procédez, sans délai, à l'estimation de la dangerosité, notamment celle relative au passage à l'acte suicidaire, et du risque d'homicide.* Gérez la problématique immédiate en premier lieu *et intervenez conformément aux bonnes pratiques en prévention du suicide et orientez la personne conformément aux bonnes pratiques, aux lois, aux politiques et aux procédures en place au Québec et dans les établissements. Si la personne utilisatrice de services y consent,* fournir l'information pertinente aux membres de la famille et de l'entourage.

1.3.3.2. Si une personne présente *des symptômes relatifs à un trouble mental fréquent ou ayant été confirmé* présente un **danger grave et immédiat** pour elle-même ou pour autrui, *assurez la sécurité immédiate en premier lieu et intervenez conformément aux bonnes pratiques, aux lois, aux politiques et aux procédures en place au Québec et dans les établissements, notamment celles en prévention du suicide, de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui et du Cadre de référence en matière d'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui - Garde en établissement de santé et de services sociaux.*

Si la personne utilisatrice de services y consent, fournir l'information pertinente aux membres de la famille et de l'entourage.

Au Québec, certaines lois, telles que le Code des professions *(art. 60.4) ou la Loi sur la protection des renseignements personnels ont des dispositions qui permettent la divulgation d'informations confidentiels sans le consentement de la personne utilisatrice de services. Ces dispositions visent à prévenir un acte de violence, dont un suicide, dans les situations où il existe un motif raisonnable de croire qu'un risque sérieux de mort ou de blessures graves menace une personne ou un groupe de*

[37] Suominen K, Henriksson M, Suokas J, Isometsä E, Ostamo A, Lönnqvist J. Mental disorders and comorbidity in attempted suicide. Acta Psychiatr Scand 1996;94:234-40.

[38] INSPQ (2018). Le recours aux données probantes en prévention du suicide. Consulté au : *https://www.inspq.qc.ca/rapport-quebecois-sur-la-violence-et-la-sante/la-violence-auto-infligee-le-suicide-et-les-tentatives-de-suicide/prevention*

[39] Fleury, M.-J., et G. Grenier (2012). État de situation sur la santé mentale au Québec et réponse du système de santé et de services sociaux, Québec: Commissaire à la santé et au bien-être, 243p.

[40] Lapalme, M., B. Moreault, A. K. Fansi et C. Jehanno (2017). « Accès équitable aux services de psychothérapie au Québec - État des connaissances ». Québec, Québec : Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS). 97 p.

[41] NICE (2011). *Common mental health disorders: full guideline.* Consulté au : *https://www.nice.org.uk/guidance/cg123/evidence/full-guideline-pdf-181771741*

personnes identifiable, dispositions que les intervenants doivent s'assurer de respecter.

1.3.3.3. Lorsqu'une personne présentant un trouble mental fréquent, en particulier le trouble dépressif, présente un risque suicidaire:

- si un médicament est prescrit, tenez compte des effets toxiques associés à une surdose et des interactions possibles avec d'autres médicaments d'ordonnance; s'il y a lieu, limitez la quantité de médicament que la personne pourra se procurer;
- suivez la recommandation 1.3.3.1, envisagez d'accroître le soutien offert, par exemple en prévoyant des rencontres ou des entretiens téléphoniques plus fréquents, *et mettez en place un filet de sécurité tel que décrit dans le guide des bonnes pratiques en prévention du suicide;*
- *orientez la personne en vous référant aux politiques, aux procédures et au continuum de services de votre établissement*.

1.4. ÉTAPES 2 ET 3 : TRAITEMENT ET ORIENTATION AUX FINS DE TRAITEMENT

Les recommandations concernant le traitement et l'orientation sont également présentées en fonction des différents troubles 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 interprofessionnelle[42].*

Dans le cadre du PQPTM, l'abréviation ***TCC*** *(thérapie cognitivo-comportementale) réfère à l'exercice de la psychothérapie cognitivo-comportementale[43].*

1.4.1. Identification des options thérapeutiques appropriées

1.4.1.1. Lors de la discussion des options thérapeutiques avec une personne *qui présente des symptômes relatifs à un trouble mental fréquent ou ayant été confirmé,* tenez compte des aspects suivants :

- l'expérience antérieure de la personne relativement au trouble;

[42] Collaboration interprofessionnelle. Consulter au : *https://collaborationinterprofessionnelle.ca/publications-2/*

[43] 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. Consulté le 1 septembre 2020 : « L'exercice de la psychothérapie et des interventions qui s'y apparentent – Trouver la frontière entre les interventions de différents professionnels et la psychothérapie. » Consulté au : *https://www.orientation.qc.ca/files/OPQ_TravauxInterordres_Complet_FINAL_Web.pdf*

- les traitements antérieurs et la réponse à ces derniers;
- l'évolution des symptômes;
- la conclusion relative à la présence d'un trouble mental ou ses caractéristiques, sa sévérité et sa durée;
- l'importance de toute altération du fonctionnement associée aux symptômes relatifs ou au trouble en soi ou à tout problème de santé physique chronique;
- la présence de tout facteur personnel ou social pouvant contribuer à l'apparition ou à la persistance du trouble;
- la présence de toute comorbidité.

1.4.1.2. Lors de la discussion des options thérapeutiques avec une personne qui présente des symptômes relatifs à un trouble mental fréquent ou ayant été confirmé, fournissez-lui de l'information sur les éléments suivants :

- la nature, le contenu et la durée de tout traitement recommandé;
- l'acceptabilité de tout traitement recommandé, de même que la tolérance et l'adhésion à celui-ci;
- les interactions possibles avec tout traitement en cours;
- les conséquences de la poursuite de tout traitement en cours.

1.4.1.3. Lors de l'orientation d'une personne qui présente des symptômes relatifs à un trouble mental fréquent ou ayant été confirmé pour le traitement d'un trouble mental fréquent, tenez compte de ses préférences au moment d'effectuer un choix parmi les différents traitements reposant sur des données probantes.

1.4.1.4. Lorsque vous offrez un traitement pour une personne *qui présente des symptômes relatifs à un trouble mental fréquent ou ayant été confirmé* ou orientez la personne utilisatrice de services à cette fin, respectez le modèle de soins par étapes de façon à offrir les traitements les moins intrusifs et démontrés les plus efficaces ou à orienter la personne vers ces traitements en premier lieu (tableau 1).

1.4.1.5. Lorsqu'une personne présente des symptômes d'anxiété et des symptômes dépressifs, évaluez la nature et l'importance des symptômes, et :

- si la personne présente un trouble dépressif s'accompagnant de symptômes d'anxiété, la priorité devrait généralement être de **traiter le trouble dépressif**, conformément au guide de pratique du NICE sur le trouble dépressif;
- si la personne présente un trouble anxieux et présente un trouble dépressif ou des symptômes dépressifs concomitants, consultez le guide de pratique du NICE sur le trouble anxieux pertinent et envisagez de **traiter le trouble anxieux** d'abord;
- 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'a été établie suite au repérage ou à 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.*

1.4.1.6. Lorsqu'une personne présente des symptômes relatifs à un trouble mental fréquent 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'abstinence[44].*
- *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 inefficaces[45]. 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 consommation[46].*

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-ci[47].*

NOTE : La recommandation 1.4.1.6, 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.

[44] NICE (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/alcoholuse-disorders-diagnosis-assessment-and-management-of-harmful-drinking-highrisk-drinking-and-alcohol-dependence-pdf-35109391116229*

[45] NICE (2008). Drug Misuse Opioid Detoxification (NICE Clinical Guidelines CG52).

[46] 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*

[47] 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*

1.4.1.7. Lorsqu'une personne *présente des symptômes relatifs à un trouble mental fréquent ou ayant été confirmé et un trouble neurodéveloppemental*[48] léger ou un trouble cognitif léger :

- si possible, offrez les mêmes traitements qu'aux autres personnes présentant le même trouble mental fréquent ou orientez la personne à cette fin;
- si des services sont mises en œuvre, adaptez la méthode de prestation ou la durée de l'évaluation ou des interventions en fonction de la difficulté ou du trouble.

1.4.1.8. Lorsqu'une personne présente *des symptômes relatifs à un trouble mental fréquent ou ayant* été confirmé et un *trouble neurodéveloppemental*[49] moyen ou sévère ou un trouble cognitif moyen ou sévère, consultez un intervenant spécialisé auprès de ces clientèles au sujet des mesures appropriées en matière d'orientation et de traitement.

1.4.1.9. Ne dérogez pas systématiquement des options thérapeutiques et des pratiques relatives à l'orientation qui sont présentées dans ce guide de pratique en raison de caractéristiques personnelles (par exemple, le sexe ou l'origine ethnique) ou du sous-type de trouble dépressif (par exemple, trouble dépressif avec caractéristiques atypiques ou trouble affectif avec caractère saisonnier), car aucune donnée probante n'appuie cette façon de faire.

1.4.1.10. Si une personne qui présente des symptômes relatifs à un trouble mental fréquent ou ayant été confirmé a besoin de soutien sur le plan social, scolaire ou professionnel, envisagez les possibilités suivantes :

- la transmission d'information sur les organismes communautaires qui offrent des groupes de soutien, d'entraide ou d'autosoins (les autosoins ne sont toutefois pas recommandés pour les personnes présentant un **trouble stress post-traumatique**) ou les autres ressources locales ou nationales;
- des rencontres avec un pair aidant. *Au Québec, il existe un programme, Pairs Aidants Réseau, qui constitue le premier programme de pairs aidants de la francophonie;*
- la participation à un programme de réadaptation pour une personne présentant un trouble moyen ou grave persistant – *la réadaptation peut prendre différentes formes au Québec, qu'elle soit fonctionnelle, psychosociale ou socioprofessionnelle;*
- Offrir, ou orientez vers, des services de soutien aux études et à l'emploi.

[48] 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.
[49] Idem

1.4.2. Étape 2 : Recommandations concernant le traitement et l'orientation en présence de symptômes dépressifs ou anxieux sous le seuil clinique* ou de cas légers ou moyens de troubles mentaux fréquents

***** *Symptômes anxieux ou dépressifs dont la durée est importante (habituellement entre six mois et plusieurs années) qui sont associés à une altération du fonctionnement avec des répercussions substantielles sur la vie de la personne sans répondre entièrement aux critères diagnostiques.*

Note : Dans le cadre du PQPTM, l'abréviation TCC (thérapie cognitivo-comportementale) réfère à l'exercice de la psychothérapie cognitivo-comportementale[50].

À l'étape 2, 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 tout moment, la personne utilisatrice de services peut être orientée aux fins d'évaluation et de traitement en fonction de ses besoins et du jugement clinique de l'intervenant.*

1.4.2.1. Chez une personne **présentant des symptômes dépressifs** persistants, sous le seuil clinique ou un **trouble dépressif** léger ou moyen, offrez une ou plusieurs interventions parmi les suivantes ou orientez la personne dans ce but :

- autosoins individuels dirigés utilisant des techniques cognitivo-comportementales;
- programme d'interventions utilisant les techniques cognitivo-comportementales assistées par les technologies de l'information et des communications;
- programme structuré d'activité physique en groupe;
- programme de soutien par les pairs (autosoins) (pour les personnes présentant également un problème de santé physique chronique).

1.4.2.2. *La recommandation originale du NICE qui concerne la femme enceinte, qui prévoient le devenir ou qui allaite a été retirée puisqu'elle est issue d'un guide de pratique clinique différent (CG92). Elle n'a donc pas fait l'objet d'une analyse par l'équipe du PQPTM.*

1.4.2.3. N'offrez pas systématiquement un antidépresseur aux personnes présentant des symptômes dépressifs persistants, sous le seuil clinique ou un trouble dépressif léger, mais envisagez ce traitement pour les personnes répondant à l'un ou l'autre des critères suivants, ou orientez ces personnes aux fins d'évaluation :

- tableau clinique initial de symptômes dépressifs sous-cliniques présents depuis longtemps (*généralement au moins deux ans;*[51] **ou**;
- symptômes dépressifs sous le seuil clinique ou trouble dépressif léger qui persistent après d'autres interventions **ou**;

[50] 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. Consulté le 1 septembre 2020 : « L'exercice de la psychothérapie et des interventions qui s'y apparentent – Trouver la frontière entre les interventions de différents professionnels et la psychothérapie. » Consulté au : *https://www.orientation.qc.ca/files/OPQ_TravauxInterordres_Complet_FINAL_Web.pdf*

[51] *Tableau de trouble dépressif persistant ou dysthymie* du 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.

- antécédents de trouble dépressif moyen ou grave **ou**;
- trouble dépressif léger qui complique le traitement d'un problème de santé physique.

1.4.2.4. Chez les personnes qui présentent de **l'anxiété généralisée** dont les symptômes ne se sont pas améliorés après les interventions d'éducation psychologique et de surveillance active, offrez une ou plusieurs des interventions suivantes ou orientez-les à cette fin :

- autosoins individuels non dirigés;
- autosoins individuels dirigés;
- éducation psychologique en groupe.

1.4.2.5. Chez les personnes qui présentent **un trouble panique léger ou moyen**, offrez l'une des interventions suivantes, ou orientez-les à cette fin :

- autosoins individuels non dirigés;
- autosoins individuels dirigés.

1.4.2.6. Chez les personnes qui présentent un **trouble obsessionnel-compulsif léger ou moyen** :

- offrez un traitement utilisant *des techniques cognitivo-comportementales ou une psychothérapie* cognitivo-comportementale (TCC) incluant l'exposition avec prévention de la réponse individuelle (EPR) d'une durée limitée (généralement un maximum de dix heures), qui peut faire appel à du matériel d'autosoins ou s'effectuer par téléphone, ou orientez les personnes à cette fin; **ou**
- orientez les personnes vers un traitement utilisant *des techniques cognitivo-comportementales ou une TCC*, de groupe (notez que la durée peut dépasser dix heures dans le cas des interventions de groupe).

1.4.2.7. Orientez les personnes présentant un **trouble stress post-traumatique,** y compris les cas légers ou moyens, vers un traitement (*utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une TCC* axée sur le traumatisme (TCC-T) ou *d'intégration neuro-émotionnelle par les mouvements oculaires* (Eye Movement Desensitization and Reprocessing - EMDR).

1.4.3. Étape 3 : Recommandations concernant le traitement et l'orientation en présence de symptômes dépressifs persistants, sous le seuil clinique, de cas légers ou moyens de troubles mentaux fréquents n'ayant pas répondu de façon satisfaisante aux interventions initiales ou de cas moyens ou graves de troubles mentaux fréquents

En présence d'une réponse insatisfaisante à un traitement de première intention pour les symptômes dépressifs persistants, sous le seuil clinique ou un trouble mental fréquent léger ou moyen, un éventail d'interventions, de psychothérapies ou de pharmacothérapies, seules ou combinées, peuvent être envisagées. Cette section propose aussi des recommandations en matière de traitement et d'orientation en ce qui concerne les cas de premier épisode d'un trouble mental fréquent moyen ou grave.

À l'étape 3, les programmes de réadaptation, les rencontres avec un pair aidant et le soutien à l'emploi et aux études sont aussi recommandés pour tous les ***troubles mentaux fréquents****. En ce qui concerne la réadaptation, cette intervention peut prendre différentes formes au Québec, qu'elle soit fonctionnelle, psychosociale ou socioprofessionnelle. À tout moment, la personne utilisatrice de services peut être orientée aux fins d'évaluation et de traitement en fonction de ses besoins et du jugement clinique de l'intervenant.*

1.4.3.1. Chez les personnes qui présentent des **symptômes dépressifs persistants, sous le seuil clinique** ou **un trouble dépressif léger** ou moyen n'ayant pas répondu à une intervention de l'étape 2, offrez l'un ou l'autre des traitements suivants, ou orientez-les à cette fin :

- un antidépresseur, **ou**
- un traitement *(utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une TCC, thérapie interpersonnelle, thérapie de couple comportementale* ou d'activation comportementale).

1.4.3.2. Chez les personnes dont le tableau clinique initial correspond au **trouble dépressif moyen** ou **grave**, offrez un traitement *(utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une TCC, ou thérapie interpersonnelle)* combiné avec un antidépresseur, ou orientez-les à cette fin.

1.4.3.3. Envisagez de prodiguer des soins en collaboration pour les personnes présentant un **trouble dépressif moyen ou grave** ainsi qu'un problème de santé physique chronique qui n'ont obtenu aucune réponse ou une réponse partielle à un traitement ou à une pharmacothérapie, seule ou en association, pour l'épisode actuel ou lors d'un épisode antérieur.

1.4.3.4. Chez les personnes présentant un **trouble dépressif** qui refusent un traitement par antidépresseur, un traitement *utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une TCC, une thérapie interpersonnelle, une thérapie de couple comportementale* ou d'activation comportementale, envisagez la mise en œuvre des traitements suivants ou l'orientation à cette fin :

- *counselling*[52] chez les personnes présentant des symptômes dépressifs persistants, sous le seuil cliniques ou un trouble dépressif léger ou moyen;
- *techniques ou* psychothérapie psychodynamique brève chez les personnes présentant un trouble dépressif léger ou moyen.

Ayez une discussion avec la personne afin de l'informer que l'efficacité du counselling et des techniques ou psychothérapie psychodynamique brève dans le traitement du trouble dépressif n'a pas été clairement démontrée.

[52] 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. Consulté le 1 septembre 2020 : « L'exercice de la psychothérapie et des interventions qui s'y apparentent – Trouver la frontière entre les interventions de différents professionnels et la psychothérapie. » Consulté au : *https://www.orientation.qc.ca/files/OPQ_TravauxInterordres_Complet_FINAL_Web.pdf*

1.4.3.5. Chez les personnes qui présentent de l'**anxiété généralisée** s'accompagnant d'une altération importante du fonctionnement ou qui n'ont pas répondu à une intervention de l'étape 2, offrez l'un ou l'autre des traitements suivants ou orientez-les à cette fin :

- traitement utilisant des *utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une TCC;*
- relaxation appliquée;
- pharmacothérapie, si la personne manifeste une préférence pour ce traitement.

1.4.3.6. Chez les personnes présentant un **trouble panique moyen ou grave** (avec ou sans agoraphobie), *offrez l'un ou l'autre des traitements suivants ou* orientez-les à cette fin :

- *traitement utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une TCC*;
- prise d'un antidépresseur, si le trouble est présent depuis longtemps ou que la personne a refusé un traitement ou n'a pas obtenu de bons résultats lors d'un tel traitement.

1.4.3.7. Chez les personnes qui présentent un **trouble obsessionnel-compulsif** et une altération moyenne ou grave du fonctionnement, en particulier si un autre trouble mental fréquent représente une comorbidité importante, offrez les traitements suivants ou orientez-les à cette fin :

- *traitement utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une TCC* (incluant l'EPR) **ou** antidépresseur en présence d'une altération moyenne du fonctionnement;
- *traitement utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une TCC* (incluant l'EPR) combinée à un antidépresseur et soutien d'un gestionnaire de cas en présence d'une altération grave du fonctionnement.

Offrez un traitement à domicile aux personnes qui sont incapables de se rendre à une clinique ou sont réticentes à le faire, ou qui présentent un problème particulier (ex : trouble d'accumulation)[53].

1.4.3.8. Chez les personnes qui présentent un **trouble obsessionnel-compulsif** depuis longtemps ou des symptômes très invalidants qui perturbent leur vie quotidienne, envisagez de les orienter vers des services spécialisés en santé mentale.

1.4.3.9. Chez les personnes qui présentent un **trouble obsessionnel-compulsif** pour qui deux traitements combinés *utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une TCC* (incluant l'EPR) combinée à un antidépresseur orientez-les vers un professionnel ayant développé une expertise auprès des personnes présentant un trouble obsessionnel-compulsif.

1.4.3.10. Chez les personnes qui présentent un **trouble stress post-traumatique**, offrez un traitement *utilisant des techniques ou une psychothérapie cognitivo-comportementale, (axée sur le traumatisme* (TCC-T) ou *EMDR* ou orientez-les à cette fin. Ne retardez pas le traitement ou l'orientation, surtout chez les personnes présentant des symptômes

[53] 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.

graves et dont l'intensité augmente au cours du mois suivant l'expérience traumatisante.

1.4.3.11. Chez les personnes qui présentent **un trouble stress post-traumatique**, offrez une pharmacothérapie ou orientez-les à cette fin uniquement si elles refusent un traitement ou manifestent une préférence pour la pharmacothérapie.

1.4.4. Recommandations concernant le traitement et l'orientation dans le but de contribuer à prévenir les rechutes

1.4.4.1. Chez les personnes qui présentent un trouble mental fréquent et un risque important de rechute ou ont des antécédents d'épisodes récurrents, discutez des traitements susceptibles de réduire le risque de récurrence. Le choix du traitement ou l'orientation aux fins de traitement devraient s'effectuer en fonction de la réponse aux traitements antérieurs (ce qui comprend la présence de symptômes résiduels), des conséquences d'une rechute, des symptômes liés à l'arrêt d'un médicament et des préférences de la personne utilisatrice de services.

1.4.4.2. Chez les personnes ayant des **antécédents de trouble dépressif** qui se portent bien et sont considérées à risque élevé de faire une rechute malgré la prise d'un antidépresseur, ou celles qui ne sont pas en mesure de poursuivre la prise d'un antidépresseur ou choisissent de ne pas le faire, offrez l'un des traitements suivants ou orientez-les à cette fin :

- traitement *utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une TCC* individuelle;
- traitement *utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une TCC basée sur la pleine conscience* (pour les personnes ayant connu trois épisodes ou plus).

1.4.4.3. Chez les personnes qui présentent des **symptômes résiduels de trouble dépressif** à la suite d'un traitement, offrez l'un des traitements suivants ou orientez-les à cette fin :

- *utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une TCC individuelle*;
- *utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une TCC* basée sur la pleine conscience (pour les personnes ayant connu trois épisodes ou plus).

1.5. ÉLABORATION DE TRAJECTOIRES LOCALES DE SERVICES

1.5.1.1. Des trajectoires cliniques locales devraient être élaborées afin de favoriser la mise en œuvre de pratiques exemplaires en matière de soins et services. Les trajectoires cliniques devraient être :

- modifiables, réalistes et compréhensibles pour les personnes présentant *des symptômes d'un trouble mental fréquent ou ayant été confirmé*, les membres de la famille et de l'entourage, ainsi que les intervenants;
- accessibles et acceptables pour toutes les personnes ayant besoin d'utiliser les services prévus dans la trajectoire des services, les membres de la famille et de l'entourage;
- adaptées aux besoins des personnes présentant des symptômes d'un trouble mental fréquent ou ayant été confirmé, de même qu'à ceux des membres de la famille et de l'entourage;

- intégrées, de façon à éliminer les obstacles aux transitions entre les différents paliers de la trajectoire de services;
- axées sur les résultats, ce qui comprend la mesure d'éléments tels que l'expérience-patient, la qualité des services, *l'amélioration ou la détérioration significative des symptômes et du fonctionnement* (*monitorage clinique en continu).*

1.5.1.2. La responsabilité de l'élaboration, de la gestion et de l'évaluation des trajectoires locales de services devrait incomber à une équipe désignée et formée notamment d'intervenants, de gestionnaires et de représentants d'établissements *de santé et services sociaux* offrant des services de première ligne, *des services spécifiques et* des services spécialisés en santé mentale. L'équipe devrait avoir les responsabilités spécifiques suivantes :

- élaborer des politiques et des protocoles clairs pour la mise en application de la trajectoire de services;
- offrir de la formation et du soutien relativement à la mise en application de la trajectoire de services;
- procéder à des vérifications et à des revues concernant la performance (accès, qualité, optimisation des ressources[54]) *par programme-service et par continuum de services*.

1.5.1.3. Les intervenants, les gestionnaires et les établissements *de santé et services sociaux* offrant des services de première ligne, *des services spécifiques et* des services spécialisés en santé mentale devraient collaborer à l'élaboration de trajectoires locales favorisant la prestation de services en fonction d'un modèle de soins par étapes de façon à :

- offrir les traitements les moins intenses et démontrés les plus efficaces d'abord;
- fournir des critères clairs et explicites pour l'accès et la transition entre les différents paliers du continuum de soins et de services;
- faire en sorte que la transition d'une étape à l'autre ne repose pas sur un seul critère (par exemple, la sévérité des symptômes);
- suivre les progrès et les résultats par le monitorage en continu afin de s'assurer que les traitements les plus efficaces sont offerts et que la personne utilisatrice de services est orientée vers une étape supérieure lorsque nécessaire.

1.5.1.4. Les intervenants, les gestionnaires et les établissements *de santé et services sociaux* offrant des services de première ligne, *des services spécifiques et* des services spécialisés en santé mentale devraient collaborer à l'élaboration d'une trajectoire locale de services préconisant un éventail de traitements reposant sur des données

54. Ministère de la Santé et des Services sociaux (2012). Cadre de référence ministériel d'évaluation de la performance du système public de santé et de services sociaux à des fins de gestion. *Consulté au : http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/statistiques-donnees-services-sante-services-sociaux/mesure-et-analyse-de-la-performance/*

probantes pour chaque étape de celle-ci afin de soutenir les personnes présentant des symptômes d'un trouble mental fréquent ou ayant été confirmé dans leur choix.

1.5.1.5. Tous les intervenants devraient s'investir auprès des membres de la famille et de l'entourage, s'il y a lieu, afin de :

- fournir de l'information et améliorer les soins et services offerts à la personne présentant des symptômes relatifs à un trouble mental fréquent ou ayant été confirmé;
- répondre aux besoins identifiés par les membres de la famille et de l'entourage.

1.5.1.6. Les intervenants, les gestionnaires et les établissements de santé et services sociaux offrant des services de première ligne, des *services spécifiques* et des services spécialisés en santé mentale devraient collaborer à l'élaboration de trajectoires locales de services favorisant la participation active de l'ensemble des populations auxquelles sont destinés ces soins et services. Les trajectoires de services devraient

- offrir rapidement des évaluations et des traitements adaptés à la culture, au sexe et à l'âge des personnes présentant *des symptômes relatifs à un trouble mental fréquent ou ayant été confirmé*, ainsi qu'à leurs besoins particuliers en matière de communication;
- réduire au minimum le nombre d'évaluations requises afin d'avoir accès aux traitements.

1.5.1.7. Les intervenants, les gestionnaires et les établissements *de santé et services sociaux* offrant des services de première ligne, des *services spécifiques* et des services spécialisés en santé mentale devraient collaborer à l'élaboration de trajectoires locales de services permettant de répondre rapidement et efficacement à l'évolution des besoins de l'ensemble des populations auxquelles sont destinés ces services. Les trajectoires de services devraient prévoir :

- des objectifs clairs, établis d'un commun accord, en ce qui concerne les services offerts aux personnes présentant *des symptômes relatifs à un trouble mental fréquent ou ayant été confirmé*;
- des moyens fiables et efficaces afin de mesurer et d'évaluer les résultats en lien avec les objectifs convenus;
- des mécanismes clairs, établis d'un commun accord, afin de réagir rapidement lors de l'identification de changements aux besoins d'une personne utilisatrice de services.

1.5.1.8. Les intervenants, les gestionnaires et les établissements *de santé et services sociaux* offrant des services de première ligne, des *services spécifiques* et des services spécialisés en santé mentale devraient collaborer à l'élaboration de trajectoires locales de services préconisant l'intégration des soins et services offerts dans le cadre des services de première ligne, des *services spécifiques* et des services spécialisés en santé mentale. Les trajectoires de services devraient :

- réduire au minimum la nécessité d'effectuer des transitions entre différents programmes-services ou entre différents intervenants;

- permettre que l'organisation des services soit déterminée par la trajectoire *(selon modèle de soins par étape et les besoins des personnes utilisatrices de services)*, et non l'inverse, soit que l'offre de services détermine la trajectoire;
- établir des liens clairs (y compris les mécanismes d'accès) avec d'autres trajectoires de services *ou d'autres programmes* (y compris ceux qui concernent des besoins en matière de soins de santé pour des problèmes de santé physique);
- désigner un responsable de la coordination de la trajectoire de services.

1.5.1.9. Les intervenants, les gestionnaires et les établissements *de santé et services sociaux* offrant des services de première ligne, des services spécifiques et des services spécialisés en santé mentale devraient collaborer afin d'assurer une communication efficace relativement au fonctionnement des trajectoires locales de services. Des plans de communication devraient couvrir les aspects suivants :

- le partage d'information et la communication avec les personnes qui présentent des symptômes relatifs à un trouble mental fréquent ou ayant été confirmé et, *si ces dernières y consentent*, avec les membres de la famille et de l'entourage au sujet des soins et des services qu'elles reçoivent;

Selon le PASM 2015-2020, les membres de la famille et de 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. Les intervenants doivent être sensibilisés à l'importance de la contribution des membres de la famille et de l'entourage et informés des différentes façons de favoriser et de soutenir leur implication, tout en respectant la volonté exprimée par la personne qui reçoit des soins et services. L'écoute des membres de la famille et de l'entourage ne brime en rien les droits de la personne utilisatrice de services.

- Si *le consentement a été obtenu,* le partage et la communication d'information avec les autres intervenants (y compris les médecins de famille) au sujet des soins et des services offerts aux personnes utilisatrices de services;
- la diffusion d'information entre les programmes-services du continuum de services en santé mentale;
- la diffusion d'information aux *programmes-services ou aux partenaires* ne faisant pas partie de la trajectoire de services.

1.5.1.10. Les intervenants, les gestionnaires et les établissements de santé et de services sociaux offrant des services de première ligne, *des services spécifiques* et des services spécialisés en santé mentale devraient collaborer à l'élaboration de trajectoires locales de services comprenant des systèmes d'information fiables de mesure des indicateurs, lesquels devraient être utilisés pour informer tous les acteurs du *RSSS* de leur efficience. Ces systèmes d'information devraient permettre :

- la mesure systématique des résultats chez les personnes utilisatrices de services *(monitorage en continu*);
- le regroupement des données *provenant des différents établissements* et la production de rapports à intervalles réguliers;
- la vérification et la revue des trajectoires de services dans son ensemble ainsi que le rapport coût-efficacité qui y est associé.

2. RECOMMANDATIONS DE RECHERCHE

Le groupe de développement du guide de pratique a formulé les recommandations de recherche qui suivent, sur la base de la revue des données probantes qu'elle a effectuée, afin d'améliorer les recommandations du NICE et les soins et services qui seront offerts aux personnes utilisatrices de services à l'avenir.

2.1. COMPARAISON DE L'ÉVALUATION DU TROUBLE MENTAL ET DE L'APPRÉCIATION

Quelle est l'efficacité clinique et économique de l'évaluation du trouble mental *(effectuée par un professionnel habilité) versus une appréciation (effectuée par un intervenant non habilité à l'évaluation du trouble mental) pour les* personnes chez qui la présence d'un trouble mental fréquent est soupçonnée *?*

Pourquoi est-ce important ?

Des doutes subsistent quant à la capacité des intervenants *(non habilités à l'évaluation du trouble mental)* des services de première ligne à repérer les possibles troubles mentaux et *à orienter les personnes concernées vers* les traitements appropriés. L'*évaluation du trouble mental réalisée par un professionnel habilité* est susceptible de donner lieu à une identification plus précise des problèmes et du traitement approprié, mais cette façon de faire pourrait entraîner une augmentation des coûts et de l'attente en vue d'obtenir un traitement, ce qui pourrait avoir des répercussions préjudiciables sur les soins et les services.

Pour répondre à cette question, une étude comparative à répartition aléatoire d'au moins 12 mois devrait être menée afin d'évaluer les résultats à court terme et à moyen terme (y compris les résultats concernant le rapport coût-efficacité).

NOTE : Cette recommandation de recherche a été modifiée par rapport à la recommandation originale du NICE afin qu'elle soit davantage adaptée au contexte québécois.

2.2. UTILISATION SUCCESSIVE D'INSTRUMENTS DE MESURE

Quelle est la méthodologie à adopter pour l'utilisation successive de différents instruments de mesure pour les des symptômes d'un trouble mental fréquent ou ayant été confirmé?

Pourquoi est-ce important ?

Plusieurs instruments de mesure du trouble dépressif et des troubles anxieux sont actuellement utilisés, tant dans le cadre de la recherche que dans la pratique clinique. En raison de cette variété, il est difficile d'effectuer des comparaisons entre les résultats cliniques individuels issus de la recherche et ceux obtenus dans le cadre de la pratique clinique, de même qu'entre les résultats obtenus dans différents contextes de pratique. Une méthode permettant d'utiliser rapidement et facilement une série d'outils de mesure pourrait avoir des avantages importants sur le plan clinique.

Pour répondre à cette question, une nouvelle méthode devrait être mise au point, puis une analyse des données existantes devrait être effectuée afin de faciliter la comparaison entre différents instruments de mesure utilisés couramment.

2.3. UTILISATION DU QUESTIONNAIRE *GAD-2* LORS DE LA SUSPICION D'UN TROUBLE ANXIEUX

Quelle est l'utilité, sur le plan clinique, d'utiliser le questionnaire GAD-2, comparativement à la démarche de repérage habituelle, lorsque la présence d'un trouble anxieux est soupçonnée? Une question concernant l'évitement devrait-elle être ajoutée afin d'améliorer le repérage?

Pourquoi est-ce important ?

Des données probantes de bonne qualité montrent des lacunes relativement au repérage et à la reconnaissance des troubles anxieux dans les services de première ligne. Les questions de repérage des troubles anxieux ne sont pas adéquates. Les données probantes disponibles tendent à démontrer que le questionnaire GAD-2 pourrait avoir une utilité clinique dans le repérage des troubles anxieux, plus particulièrement pour l'anxiété généralisée. Son utilité clinique semble plus discutable pour les autres troubles anxieux, surtout ceux qui comportent de l'évitement associé à une phobie. Déterminer si l'utilisation du questionnaire GAD-2, à laquelle peut s'ajouter une question facultative sur l'évitement, pourrait améliorer le repérage des différents troubles anxieux et contribuer de façon importante à leur identification.

Pour répondre à ces questions, une étude de cohorte dotée d'une méthodologie rigoureuse devrait être menée afin de comparer l'utilisation du questionnaire GAD-2 *à celle des critères de classification diagnostique comme le DSM ou la CIM* pour différents troubles anxieux. Le rapport coût-efficacité de cette approche devrait également être évalué.

2.4. MONITORAGE CLINIQUE EN CONTINU

Quelle est l'utilité sur le plan clinique d'effectuer un monitorage clinique en continu chez les personnes qui présentent des symptômes d'un trouble mental fréquent ou ayant été confirmé, et cette pratique est-elle avantageuse sur le plan du rapport coût-efficacité, comparativement aux pratiques courantes ?

Pourquoi est-ce important ?

Le monitorage clinique en continu occupe une place de plus en plus importante dans l'offre de traitements, y compris la psychothérapie, notamment dans le cadre du programme *anglais* IAPT. Les données issues de ce programme et de certaines études indiquent que le monitorage clinique peut comporter des avantages réels. Les données concernant le rapport coût-efficacité de cette pratique associée à la pharmacothérapie sont toutefois moins substantielles. Démontrer que le monitorage en continu est une démarche rentable pour différents des symptômes d'un trouble mental fréquent ou ayant été confirmé pourrait encourager son utilisation par les intervenants afin qu'ils puissent ajuster leurs traitements en fonction des résultats, ce qui pourrait permettre d'accélérer la rémission des personnes utilisatrices de services.

Cette pratique devrait être mise à l'essai dans le cadre d'un essai clinique contrôlé randomisé visant à comparer différentes fréquences de monitorage clinique, par exemple au début et à la fin du traitement, à intervalles réguliers ou lors de chaque séance.

2.5. UTILISATION D'UN ALGORITHME SIMPLE COMPARATIVEMENT À L'ÉVALUATION CLINIQUE HABITUELLE

Comparativement à l'évaluation clinique habituelle, l'utilisation d'un algorithme simple (reposant sur des facteurs associés à la réponse au traitement) chez les personnes présentant des symptômes d'un trouble mental fréquent ou ayant été confirmé comporte-t-elle des avantages sur le plan de l'efficience et de l'efficacité clinique?

Pourquoi est-ce important?

Des systèmes sont bien implantés pour l'évaluation des symptômes d'un trouble mental fréquent ou ayant été confirmé dans les services de première ligne, *les services spécifiques et* les services spécialisés en santé mentale. L'un des objectifs essentiels de l'évaluation est de déterminer le traitement approprié et d'obtenir des indices permettant de prévoir la réponse à ce traitement. Cette façon de faire permet aux personnes utilisatrices de services de faire des choix éclairés, en

plus d'accroître l'efficacité et l'efficience clinique. Si la fiabilité des systèmes de classification diagnostique s'est grandement améliorée, les données concernant les facteurs permettant de prévoir la réponse au traitement demeurent insuffisantes. Dans ce contexte, des facteurs tels que la chronicité et la sévérité du trouble ressortent parmi les indicateurs les plus fiables. D'autres facteurs pourraient être identifiés, puis utilisés afin d'élaborer un algorithme permettant d'effectuer des choix thérapeutiques éclairés aux différents paliers du système de santé. Le choix d'un traitement peut s'effectuer au terme d'une évaluation complexe et de discussions sur les différentes options, mais la validité d'une telle évaluation apparaît faible. L'utilisation de certains indicateurs simples (par exemple, la chronicité, la sévérité et la présence de comorbidités) pourrait-elle permettre de prévoir avec plus d'exactitude la réponse au traitement? Est-il possible d'élaborer un algorithme simple, à l'aide des données disponibles sur les personnes utilisatrices de services, et de le mettre à l'essai dans le cadre d'une étude prospective?

Le programme de recherche devrait comporter deux étapes : dans un premier temps, la recension des données scientifiques existantes serait effectuée afin d'identifier des indicateurs possibles et d'élaborer un algorithme; par la suite, un essai clinique contrôlé randomisé serait mené afin de comparer l'algorithme aux résultats prévus par un expert.

2.6. PRIORITÉS DANS LE TRAITEMENT D'UN TROUBLE ANXIEUX ET UN TROUBLE DÉPRESSIF

Chez les personnes qui présentent à la fois un trouble anxieux et un trouble dépressif, quel trouble devrait être traité en premier afin d'obtenir les meilleurs résultats ?

Pourquoi est-ce important ?

La coexistence du trouble dépressif et d'un trouble anxieux est fréquente. Actuellement, il existe peu de données empiriques sur lesquelles les intervenants et les personnes utilisatrices de services peuvent s'appuyer pour déterminer quel trouble devrait être traité en premier. Comme les stratégies de traitement de certains troubles peuvent être très différentes, particulièrement en ce qui concerne les approches ou modèles théoriques, des recommandations à l'intention des intervenants et des personnes utilisatrices de services sur la séquence appropriée des traitements seraient susceptibles d'améliorer les résultats de façon importante.

Un essai clinique contrôlé randomisé devrait être mené auprès de personnes utilisatrices de services ayant reçu un double diagnostic de trouble anxieux et de trouble dépressif et chez qui réside un doute quant à la démarche appropriée; différentes séquences de traitements devraient être attribuées aux personnes utilisatrices de services par répartition aléatoire. L'efficacité et l'efficience clinique devraient être évaluées à la fin du traitement et au terme d'un suivi de 12 mois.

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 NICE[55]. *Notez que cette section n'a pas été traduite en français ni contextualisée au Québec.*

3.1. GUIDE DE PRATIQUE COMPLET

Le guide de pratique complet[56] 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, des membres 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. Composé 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. GUIDE 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 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.

[55] NICE (2011). Common mental health problems: identification and pathways to care (Nice clinical guideline CG123) https://www.nice.org.uk/guidance/cg123

[56] NICE (2011). Common mental health problems: identification and pathways to care (Nice clinical guideline CG123) https://www.nice.org.uk/guidance/cg123

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.*

Activation comportementale

Dans le présent guide de pratique l'intervention pour le traitement du trouble dépressif dont l'objectif consiste à déterminer les effets d'un comportement sur les symptômes actuels de la personne, son humeur et d'autres aspects problématiques. L'intervention vise à atténuer les symptômes et les comportements problématiques par la réalisation de tâches visant à réduire l'évitement, à prévoir des activités et à exercer un renforcement positif relativement à certains comportements. L'intervention consiste généralement en 16 à 20 séances ayant lieu sur une période de trois ou quatre mois.

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.[57]*»*

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 effectue la présentation du matériel aux personnes présentant des symptômes relatifs à un trouble mental fréquent ou ayant été confirmé afin d'en faciliter l'utilisation. Il assure également un suivi des progrès réalisés et des résultats. L'intervention consiste en un maximum de six à huit séances (rencontres en personne ou entretiens téléphoniques) et se déroule sur une période de 9 à 12 semaines.

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.

Counselling

Dans le présent guide de pratique, le counselling est une approche de relation d'aide court terme qui vise à aider la personne à explorer ses sentiments et problèmes, et d'entreprendre des changements actifs dans sa vie et ses relations. Ce type d'intervention consiste habituellement à 6 à 10 séances sur une période de 8 à 12 semaines.

---

[57] 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

Désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires

Selon le guide original du NICE, lors la désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires *(Eye Movement Desensitization and Reprocessing – EMDR) la personne* est invitée à se concentrer sur une image liée à l'événement traumatique et aux émotions, sensations et pensées négatives associées, tout en portant son attention sur autre chose, généralement les doigts du thérapeute se déplaçant d'un côté à l'autre devant les yeux de la personne. Après chaque série de mouvements oculaires (environ 20 secondes), la personne est encouragée à discuter des images et des émotions qu'elle a ressenties lors des mouvements oculaires. Le processus est répété en mettant l'accent sur les souvenirs difficiles et persistants. Une fois que la personne se sent moins angoissée par l'image, on lui demande de se concentrer dessus tout en ayant une pensée positive à son sujet. Le traitement devrait normalement être de 8 à 12 séances lorsque le TSPT résulte d'un seul événement. Lorsque le traumatisme est évoqué en séance de traitement, des séances plus longues que d'habitude sont généralement nécessaires (par exemple 90 minutes).

Dysthymie

Le guide original du NICE a retenu la définition de la Classification internationale des maladies (CIM-10) dans laquelle la dysthymie fait partie des troubles de l'humeur persistants. La dysthymie y est définie comme un abaissement chronique de l'humeur persistant au moins plusieurs années, mais dont la sévérité est insuffisante ou dont la durée des différents épisodes est trop brève pour justifier une conclusion clinique relative à la présence d'un ***trouble dépressif*** *récurrent grave, moyen ou léger.*

Dans ce guide, le PQPTM fait toutefois référence à la version française du DSM-5, classification la plus utilisée au Québec, dans laquelle l'appellation utilisée est le trouble dépressif persistant (dysthymie)[58]*.*

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.»[59]

La littérature recensée réfère souvent au terme « psychoeducation » *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 respects des lois et règlements en vigueur au Québec, le terme* « psychoeducation» *a été remplacé par «éducation psychologique».*

---

[58] 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.

[59] 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.[60]»

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).

Exposition avec prévention de la réponse (EPR)

Dans ce document, il s'agit d'une intervention utilisée dans le traitement des troubles obsessionnels-compulsifs. À l'aide d'un intervenant formé, elle consiste à exposer la personne aux éléments qui causent ou déclanchent ses obsessions et anxiétés. La personne est ensuite encouragée à tenter d'éliminer la réponse compulsive ou l'évitement causés par ceux-ci. Le processus est répété jusqu'à ce que la personne ne ressente plus cela.

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.

---

[60] 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.[61]

Membre de la 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.

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.

Partenaire

Dans le présent document, le terme partenaire réfère à tous les partenaires du réseau qu'ils soient du secteur public, privé ou communautaire tel que GMF, les médecins de famille, les organismes communautaires et les milieux scolaires, etc.

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.[62]

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.

Programme d'activité physique

Dans le présent guide, les programmes d'activité physique sont des programmes structurés, en groupe (dirigés par un intervenant compétent) qui consistent généralement en trois séances hebdomadaires de durée moyenne (de 24 minutes à 1 heure) se déroulant pendant 10 à 14 semaines (12 semaines en moyenne).

[61] Code des professions, L.R.Q., c. C-26. Consulter au : http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showDoc/cs/C-26?&digest=
[62] Idem

Programmes de soutien par les pairs

Dans ce guide de pratique, un programme de soutien par les pairs est un type d'intervention offert à un groupe de personnes présentant un **trouble dépressif** et ayant en commun un problème de santé physique chronique. Dans le cadre des séances, les échanges portent en particulier sur le partage d'expériences et d'émotions associées au problème de santé physique chronique. Un intervenant possédant des connaissances sur les problèmes de santé physique chroniques des participants et leurs répercussions sur le **trouble dépressif** agit à titre de facilitateur lors des séances et assure un suivi des résultats de l'intervention chez chacun des participants. L'intervention consiste habituellement en séances hebdomadaires se déroulant sur une période de 8 à 12 semaines.

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 soutien[63] *»*

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.

Réadaptation

La réadaptation vise à aider la personne à composer avec les symptômes d'une maladie ou à améliorer ses habiletés. Elle est utilisée entre autres auprès des personnes présentant des problèmes significatifs de santé mentale afin de leur permettre d'atteindre un degré optimal

[63] 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=

d'autonomie en vue d'un rétablissement. La réadaptation peut s'insérer dans le cadre de rencontres d'accompagnement ou de soutien et intégrer, par exemple, la gestion des hallucinations et l'entraînement aux habiletés quotidiennes et sociales.[64]

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.

Relaxation appliquée

Dans ce document, il s'agit d'une intervention de relaxation musculaire dans des situations où la personne vit ou pourrait vivre de l'anxiété. Le suivi comporte généralement 12 à 15 séances hebdomadaires (un moins grand nombre de séances si la personne se rétablit plus tôt, ou plus de séances si nécessaire sur le plan clinique), d'une durée d'une heure chacune.

Rencontre avec un pair aidant

Le pair aidant est une personne qui présente ou qui a présenté un trouble mental et dont les aptitudes personnelles, professionnelles et la formation de pair aidant en font un modèle de rétablissement positif pour l'équipe soignante et pour les personnes utilisatrices de services.[65]

NICE recommande que les rencontres avec un pair aidant aient habituellement lieu une fois par semaine afin de discuter. Cette démarche est utilisée en association avec un autre traitement. Le pair aidant peut par exemple se joindre à la personne présentant un trouble mental fréquent lors de sorties afin d'élargir l'éventail de ses activités et de lui offrir un soutien concret pour surmonter des difficultés persistantes.

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.

Pleine conscience

Dans le présent document, réfère à un traitement utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une psychothérapie cognitivo-comportementales *(TCC) y intégrant des* techniques de méditation *nommées pleine conscience.* Il vise à éviter la rechute ou la récurrence d'un trouble dépressif en permettant aux personnes de prendre conscience de leur corps, sensations, pensées et sentiments vécues au moment présent. L'intervention comprend généralement 8 séances hebdomadaires de 2 heures et de 4 séances de suivi dans les 12 mois suivant la fin du traitement.

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

[64] 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/*

[65] Ministère de la Santé et des Services sociaux (2015). Plan d'action en santé mentale 2015-2020 : faire ensemble et autrement. Consulté en ligne à : *http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-914-04W.pdf*.

que les services sociaux généraux ou s'adresser à des services spécifiques tels que la déficience physique, intellectuelle et du TSA, la dépendance, etc.[66]

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.

Soins de collaboration

« Les soins de collaboration sont dispensés par des intervenants de spécialités, de disciplines, de secteurs (public, communautaire et privé) ou de réseaux différents, qui travaillent ensemble à offrir des services complémentaires. Les pratiques collaboratives impliquent la mise en place d'objectifs communs, d'un processus décisionnel bien défini et équitable ainsi que d'une communication ouverte et régulière. Les soins de collaboration sont fondés sur des pratiques efficaces qui évoluent avec les besoins changeants de la personne utilisatrice de services, des membres de son entourage et des ressources disponibles. Il n'y a pas de modèle unique: les soins de collaboration regroupent l'ensemble des activités permettant un travail en partenariat efficace et l'amélioration des soins et des services[67]*. »*

Surveillance active

Processus actif *d'appréciation et de monitorage 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*

[66] 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*

[67] Ministère de la Santé et des Services sociaux (2015). Plan d'action en santé mentale 2015-2020 : faire ensemble et autrement. Consulté en ligne à : *http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-914-04W.pdf*.

remplacée par l'expression « surveillance active » dans les versions plus récentes afin de mieux faire ressortir qu'il s'agit d'un processus actif.

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 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*[68] et des symptômes médicalement inexpliqués.

Symptômes persistants sous le seuil cliniques

Symptômes associés à une altération du fonctionnement qui ne répondent pas entièrement aux critères diagnostiques, mais qui ont des répercussions substantielles sur la vie d'une personne et dont la durée est importante (habituellement entre six mois et plusieurs années).

Thérapie de couple comportementale

Dans ce guide, réfère au traitement qui vise à aider les personnes à comprendre les effets de leurs interactions sur eux-mêmes comme facteur dans le développement et le maintien des symptômes et de la problématique et de venir modifier la nature des interactions afin d'améliorer les symptômes relatifs à un trouble mental ou ayant été confirmé. Le traitement devrait être basé selon les principes comportemental et habituellement composé de 15-20 séances sur une période de 5 à 6 mois.

Thérapie interpersonnelle

Dans le présent document, la thérapie interpersonnelle réfère à une intervention qui se concentre sur les problèmes interpersonnels. La personne travaille avec un intervenant *formé*, pour identifier les problématiques liées à ses conflits interpersonnels, les transitions de rôle, le deuil et les pertes, et les habilités sociales, et leurs effets sur les symptômes, ses sentiments et problèmes. Elle vise à réduire les symptômes en apprenant à faire face ou à résoudre de tels problèmes ou conflits. L'intervention comprend généralement de 16 à 20 séances sur une période de 3 à 4 mois.

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.[69]

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.

[68] 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.

[69] 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

Traitement de première intention

Traitement dispensé en premier lieu, parce qu'il convient le mieux à la condition de la personne pour des (*symptômes*) ou après le diagnostic (*ou la confirmation*) d'une maladie (*ou d'un trouble*), pour laquelle il n'a jamais été traité auparavant.[70]

Traitement psychodynamique bref

Dans le présent document, le traitement psychodynamique bref réfère à une intervention ou l'intervenant et la personne explore et obtient un aperçu des conflits et la façon dont ceux-ci sont représentés dans les situations présentes et les relations, y compris la relation thérapeutique. La thérapie est non directive et aucune compétence spécifique n'est enseignée. L'intervention comporte généralement de 16 à 20 séances sur une période allant de 4 à 6 mois.

Traitement axée sur le traumatisme (TCC-T)

Dans le présent document, le traitement axé sur le traumatisme a été spécialement développé pour les personnes ayant un TSPT qui se concentre sur les souvenirs traumatiques ainsi que sur les pensées et comportements négatifs associés à de tels souvenirs. La structure et le contenu de l'intervention sont basés sur les principes de la TCC avec un accent explicite sur l'événement traumatique qui a conduit au trouble. L'intervention se compose normalement de 8 à 12 séances lorsque le TSPT résulte d'un seul événement. Lorsque le traumatisme est abordé pendant la rencontre, des séances plus longues sont habituellement nécessaires (exemple 90 minutes). Le traitement doit être régulier et continu (généralement au moins une fois par semaine).

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[71].

[70] Office québécois de la langue française (2012). Fiche terminologique : traitement de première intention. Consulté au : *http://gdt.oqlf.gouv.qc.ca/ficheOqlf.aspx?Id_Fiche=8362377#:~:text=Traitement%20dispens%C3%A9%20en%20premier%20lieu,a%20jamais%20%C3%A9t%C3%A9%20trait%C3%A9%20auparavant*.

[71] 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 centrés sur la personne utilisatrice de services*).

Les soins et 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 soins et 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 soins et 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.

21-914-11W

Santé
et Services sociaux
Québec