

TROUBLE D'ANXIÉTÉ SOCIALE : REPÉRAGE, ÉVALUATION ET TRAITEMENT

GUIDE DE PRATIQUE CLINIQUE



Publié par le NICE en 2013, dernière mise à jour du NICE en 2017.

Publié par le MSSS en septembre 2022.

Le guide de pratique clinique Trouble d'anxiété sociale : repérage, évaluation et traitement est tiré du guide Social anxiety disorder: recognition, assessment and treatment – Clinical guideline©, NICE [2013], qu'il est possible de consulter à <https://www.nice.org.uk/guidance/cg159> (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 spécifiquement aux intervenants du réseau québécois de la santé et des services sociaux et n'est accessible qu'en version électronique à l'adresse :

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

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

Dépôt légal – 2022

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

ISBN : 978-2-550-92970-3 (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.

LISTE DES COLLABORATEURS

Direction MSSS

Docteur Pierre Bleau, directeur national des services en santé mentale

Monsieur Tung Tran, directeur général adjoint des services en santé mentale

Madame Sandra Bellemare, travailleuse sociale, directrice des services en santé mentale

Pilote clinico-organisationnel du Programme québécois pour les troubles mentaux (PQPTM)

Madame Martine Lafleur, infirmière, Direction générale adjointe des services en santé mentale

Direction CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal

Madame Sylvie Beauchamp, directrice scientifique et chef de service de l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et en services sociaux (UETMISSS)

Madame Marie-France Brizard, directrice générale adjointe, Intégration des services, gestion par trajectoire de soins et affaires universitaires

Madame Fatima-Azzahra Lahrizi, directrice adjointe, Enseignement et recherche

Direction CIUSSS de la Capitale-Nationale

Madame Julie Villeneuve, directrice adjointe de l'enseignement et des affaires universitaires

CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal

Madame Sylvie Beauchamp, directrice scientifique du projet et chef de service de l'UETMISSS

Monsieur Sébastien Barbat-Artigas, agent de planification, de programmation et de recherche, professionnel en évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et en services sociaux (ETMISSS)

Madame Sonia Lu, agente de planification, de programmation et de recherche, professionnelle en ETMISSS

Monsieur Walter Marcantoni, agent de planification, de programmation et de recherche, professionnel en ETMISSS

CIUSSS de la Capitale-Nationale

Madame Catherine Safianyik, chef de service de l'UETMISSS et de la bibliothèque

Madame Sylvie St-Jacques, responsable scientifique de l'UETMISSS

Madame Jacky Ndjepel, agente de planification, de programmation et de recherche, professionnelle en ETMISSS

Madame Pascale Piedboeuf, agente de planification, de programmation et de recherche, professionnelle en ETMISSS

Madame Diane Tuyishimire, agente de planification, de programmation et de recherche, professionnelle en ETMISSS

Membres du comité consultatif d'experts

Docteur Denis Audet, MD, médecin de famille, GMF-U Saint-François-d'Assise

Madame Nancy Biron, chef de l'administration de programmes, Direction des programmes de santé mentale et dépendances, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Docteur Stéphane Richard-Devantoy, MD, Ph. D., psychiatre, professeur agrégé de clinique, Université de Montréal, McGill Group for Suicide Studies

Docteur Martin Drapeau, Psychologue clinicien et professeur titulaire de psychologie du counselling et de psychiatrie à l'université McGill

Docteur Michel Larouche, M. Ps., D. Ps., psychologue clinicien, conseiller clinique du PQPTM

Monsieur Frédéric L'Hérault, B.Sc., M.Ed, Directeur de l'École primaire Gentilly

Madame Marie-Pierre Milot, conseillère cadre en santé mentale, CIUSSS de la Mauricie et du Centre-du-Québec

AVIS AUX LECTEURS

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

Il a été adapté par l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et en services sociaux (UETMISSS) des centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal (CIUSSS-ODIM) et de la Capitale-Nationale (CIUSSS-CN), en collaboration avec la Direction générale adjointe des services en santé mentale du MSSS, de façon à être conforme au contexte des soins et services et de l'organisation du système de santé québécois, ainsi qu'aux lois en vigueur.

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

Le guide original se base sur le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4^e édition, révision du texte (DSM-IV-TR) et sur la Classification internationale des maladies, 10^e révision (CIM-10). Dans le cadre du processus de contextualisation du présent guide, la nomenclature du DSM-5 a été employée. Il est à noter que les caractéristiques essentielles du trouble d'anxiété sociale (anciennement appelé phobie sociale) n'ont pas changé depuis le DSM-IV-TR, y compris dans la récente révision du texte (DSM-5-TR), parue en mars 2022.

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 lesquelles sont basées les interventions recommandées utilisent les termes « thérapie » et « psychothérapie » sans préciser si ces termes renvoient à la psychothérapie telle que définie à l'article 187.1 du [Code des professions](#). Ainsi, les recommandations en italiques et soulignées indiquent qu'elles nécessitent le jugement clinique de l'intervenant pour déterminer 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 ainsi que des interventions qui s'y apparentent, accessibles sur les sites des ordres professionnels.

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, consulter le [Document d'information à l'intention des établissements – Programme québécois pour les troubles mentaux : des autosoins à la psychothérapie \(PQPTM\)](#).

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. Celles-ci doivent être prises en fonction de la situation d'une personne, et ce, en consultation avec cette dernière de même qu'avec *la famille et l'entourage*, le titulaire de l'autorité parentale ou le représentant *légal*, *le cas échéant (ci-après, « famille » et « entourage »)*.

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

Les établissements publics de santé et de 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^{1,2}*.

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

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

TABLE DES MATIERES

Liste des sigles.....	VI
Aperçu.....	VII
Introduction.....	1
Principales priorités quant à la mise en œuvre	4
1. Recommandations	7
1.1. Principes généraux régissant les soins et les services offerts	7
1.2. Repérage et démarche évaluative chez les adultes.....	13
1.3. Traitement chez les adultes.....	19
1.4. Repérage et démarche évaluative chez les enfants et les adolescents	27
1.5. Traitement chez les enfants et les adolescents	32
1.6. Traitements non recommandés pour le TAS.....	34
1.7. Phobies spécifiques.....	35
2. Recommandations de recherche	35
2.1. Recours aux interventions pour le traitement du tas et engagement à l'égard de celles-ci chez les adultes.....	35
2.2. Psychothérapie cognitivo-comportementale spécifique ou générique pour les enfants et les adolescents qui présentent un TAS.....	36
2.3. Rôle des parents dans le traitement des enfants et des adolescents qui présentent un TAS..	36
2.4. Psychothérapie cognitivo-comportementale individuelle ou en groupe pour les enfants et les adolescents qui présentent un TAS.....	37
2.5. Interventions combinées pour les adultes qui présentent un TAS	38
3. Notes sur le présent guide	39
3.1. Guide de pratique complet	39
3.2. Information à l'intention du public	39
3.3. Guides schématisés	39
4. Mise à jour du guide de pratique	40
Annexe 1 : Termes utilisés	41
Annexe 2 : Force des recommandations	47

LISTE DES SIGLES

Sigle	Définition
CIM	Classification internationale des maladies
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CIUSSS-ODIM	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal
CIUSSS-CN	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale
CPS	Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques
DPJ	Direction de la protection de la jeunesse
DSM	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>
ECR	Essai contrôlé randomisé
GAD-7	Generalized Anxiety Disorder 7-item
GMF	Groupe de médecine de famille
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
IMAO	Inhibiteurs de monoamine oxydase
IRSN	Inhibiteur du recaptage de la sérotonine et de la noradrénaline
ISRS	Inhibiteur sélectif du recaptage de la sérotonine
LSAS	Liebowitz Social Anxiety Scale
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MASC	Multidimensional Anxiety Scale for Children
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NHS	National Health Service
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
PHQ-9	Patient Health Questionnaire 9-item
PPA	Personne proche aidante
PQPTM	Programme québécois pour les troubles mentaux : des autosoins à la psychothérapie
RCADS	Revised Child Anxiety and Depression Scale
RSSS	Réseau de la santé et des services sociaux
SCARED	Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders
SCAS	Spence Children's Anxiety Scale
SDQ	Strengths and Difficulties Questionnaire
SIPS	Social Interaction Phobia Scale
SPAIC	Social Phobia and Anxiety Inventory for Children
SPIN	Social Phobia Inventory
TAG	Trouble d'anxiété généralisée
TAS	Trouble d'anxiété sociale
TIC	Technologies de l'information et des communications
TCC	Thérapie cognitivo-comportementale (psychothérapie)
UETMISSS	Unités d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et en services sociaux
WSAS	Work and Social Adjustment Scale

APERÇU

Le présent guide de pratique traite du repérage, de l'évaluation et du traitement du trouble d'anxiété sociale (TAS, aussi appelé phobie sociale) chez les enfants d'âge scolaire, les adolescents (jusqu'à 17 ans) ainsi que chez les adultes (18 ans et plus). Il vise à soulager les personnes présentant *des symptômes d'un TAS ou ayant été confirmé*, de même que l'amélioration de la qualité de vie et du fonctionnement dans le cadre de la vie scolaire, professionnelle et sociale.

Le NICE a également développé des guides de pratique clinique concernant les troubles mentaux fréquents³, le trouble d'anxiété généralisée et le trouble panique chez l'adulte⁴, ainsi que le trouble dépressif chez les enfants et les adolescents⁵, des documents contextualisés au Québec : [Troubles mentaux fréquents : repérage et trajectoires de services](#), [Trouble d'anxiété généralisée et trouble panique chez les adultes : repérage, orientation et traitement](#) et [Trouble dépressif chez les enfants et les adolescents : repérage, orientation et traitement](#).

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.*
- Aux établissements publics de santé et de services sociaux et aux fournisseurs.
- Aux personnes qui travaillent dans le secteur de l'éducation et dans d'autres contextes où des soins et services de santé ou des interventions connexes peuvent être fournis.
- Aux enfants, aux adolescents et aux adultes présentant *des symptômes d'un TAS ou ayant été confirmé*, de même qu'à la famille et à l'entourage. *Au besoin, de l'information à l'intention du public vulgarisant les recommandations contenues dans ce guide est disponible et peut être consultée.*

³ NICE (2011). Common mental health problems: identification and pathways to care (NICE Clinical guideline CG123): <https://www.nice.org.uk/guidance/cg123>

⁴ NICE (2011). Generalised anxiety disorder and panic disorder in adults: management (NICE Clinical guideline CG113): <https://www.nice.org.uk/guidance/cg113>

⁵ NICE (2019). Depression in children and young people: identification and management (NICE Clinical guideline NG134): <https://www.nice.org.uk/guidance/ng134>

INTRODUCTION

Le trouble d'anxiété sociale (TAS) (auparavant appelé phobie sociale) est l'un des troubles anxieux les plus fréquents⁶. Les estimations de la prévalence à vie varient. *Selon les dernières données disponibles de l'Enquête sur la santé dans les communautés canadiennes publiées en 2002, 8,1 % des Canadiens présenteraient un TAS à un moment de leur vie⁷, le taux de prévalence sur un an étant de 6,7 %⁸. Les données disponibles en 2019 au Québec sont similaires, avec 7 % de la population présentant un TAS⁹. Cependant, il est nécessaire de mentionner que ces statistiques n'incluent que les cas diagnostiqués et, qu'en conséquence, la prévalence peut être sous-estimée. Ces données épidémiologiques doivent donc être considérées comme un seuil plancher. Selon une étude réalisée aux États-Unis¹⁰, 12 % des adultes américains présenteraient un TAS à un moment de leur vie. À titre comparatif, les estimations se chiffrent à environ 6 % pour le trouble d'anxiété généralisée (TAG)¹¹, 5 % pour le trouble panique, 7 % pour le trouble de stress post-traumatique et 2 % pour le trouble obsessionnel-compulsif. Dans les cas d'un TAS, la présence d'un trouble mental concomitant comme le trouble dépressif (19 %), le trouble de l'usage de substances (17 %), le TAG (5 %), le trouble panique (6 %) et le trouble de stress post-traumatique (3 %) est fréquente¹¹.*

Le TAS *peut être décrit comme* une peur ou une anxiété persistante occasionnée par une ou plusieurs situations sociales, voire des situations de performance, et qui est disproportionnée par rapport à la menace réelle posée par la situation¹². Les situations susceptibles de provoquer de l'anxiété sont notamment le fait de rencontrer des personnes, y compris des étrangers, de s'exprimer dans le cadre d'une réunion ou au sein d'un groupe, d'amorcer une conversation, de s'entretenir avec des figures d'autorité, de travailler, de manger ou de boire tout en étant observé, d'aller à l'école, de *magasiner* ou de faire les courses, d'être vu en public, d'utiliser les toilettes publiques ou de livrer une performance, par exemple prendre la parole en public. L'inquiétude relative à certaines de ces situations est fréquente dans la population générale, mais les personnes qui présentent un TAS ont une crainte excessive qui se manifeste avant, pendant et après la situation. Ces personnes craignent de faire ou de dire quelque chose qui serait humiliant ou embarrassant (par exemple, rougir, transpirer, sembler ennuyeux ou stupide, trembler, paraître incompetent ou sembler anxieux). Le TAS peut entraîner des répercussions importantes sur le fonctionnement d'une personne, perturber la vie quotidienne et nuire aux relations sociales et à la qualité de vie, de même qu'au rendement professionnel et scolaire. Les personnes qui présentent un TAS peuvent manifester une consommation abusive d'alcool ou de drogues pour tenter de calmer l'anxiété qu'elles ressentent (et soulager la présence *des symptômes* dépressifs). Lorsqu'une personne *présentant des symptômes* d'un TAS ou ayant été confirmé présente *des symptômes* d'un trouble dépressif ou a un trouble dépressif confirmé concomitant, il est possible que ces derniers soient repérés, mais que *les symptômes* d'un TAS ou ayant été confirmé sous-jacent et

⁶ Marks & Gelder, (1965), cité dans National Institute for Health and Care Excellence. (2013). Social Anxiety Disorder: full guideline. CG 159, p. 15: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg159>

⁷ Statistique Canada, 2002, cité dans Gouvernement du Canada. (2006). Aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada. Ottawa, Canada.

⁸ Stein MB, Kean YM. "Disability and quality of life in social phobia: Epidemiologic findings". Am J Psychiatry 2000; 157:1606-1613. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.10.1606>

⁹ Gouvernement du Québec. (2019). Anxiété Sociale.

¹⁰ Kessler et al., 2005, cité dans National Institute for Health and Care Excellence. (2013). Social Anxiety Disorder: full guideline. CG 159, p.16

¹¹ NICE (2013). Social anxiety disorder: recognition, assessment and treatment (NICE clinical guideline CG159).

Consulter au : <https://www.nice.org.uk/guidance/cg159>

¹² American Psychiatric Association, 2000, cité dans National Institute for Health and Care Excellence. (2013). Social Anxiety Disorder: full guideline. CG 159, p.15

plus persistant ne le soient pas. De plus, comme le trouble apparaît en bas âge, *l'appréciation et l'évaluation* en milieu scolaire représentent un défi.

Le TAS peut se manifester différemment chez les enfants comparativement aux adultes. En plus de se tenir en retrait des interactions, les enfants peuvent être plus susceptibles de s'exprimer par des pleurs, se figer dans une posture ou par des accès de colère. Ils peuvent également avoir plus de difficulté que les adultes à admettre que leurs peurs sont irrationnelles lorsqu'ils n'ont pas à faire face à une situation sociale. Les situations telles que la participation aux activités scolaires, comme demander de l'aide en classe, se joindre à des pairs pour des activités (ex. : assister à une fête ou faire partie d'un club) et prendre part à une performance à l'école, peuvent être particulièrement difficiles chez les enfants et les adolescents présentant un TAS.

Le TAS apparaît tôt (âge médian de 13 ans)¹³ et figure parmi les troubles anxieux les plus persistants. Le développement du TAS peut être influencé par plusieurs facteurs, tels que *l'hérédité (les enfants ayant un parent au premier degré atteint d'un TAS sont plus susceptibles de développer ce trouble)¹⁴, l'environnement psychologique et familial (avoir vécu un traumatisme dans la petite enfance, surprotection maternelle)^{15, 16}, les caractéristiques sociodémographiques (les femmes étant plus susceptibles de développer un TAS que les hommes)¹⁷ et culturelles (le TAS est plus répandu dans les communautés autochtones que dans les communautés non autochtones)¹⁸. Ces facteurs ne sont pas mutuellement exclusifs. Malgré l'ampleur de la détresse et de l'incapacité que peut causer ce trouble, seulement près de la moitié des personnes qui en sont atteintes cherchent à se faire soigner, et celles qui le font ne le font généralement qu'après avoir vécu avec la présence de symptômes pendant 15 à 20 ans. Un nombre important de personnes qui ont développé un TAS à l'adolescence peuvent se rétablir avant d'atteindre l'âge adulte. Cependant, pour les personnes dont le TAS persiste à l'âge adulte, cette possibilité est modeste lorsqu'elles ne reçoivent pas de traitement lorsque comparé aux autres troubles mentaux fréquents.*

Il existe un éventail de traitements efficaces pour les personnes présentant *des symptômes d'un TAS ou chez qui la présence a été confirmé*, mais l'accès à ceux-ci peut s'avérer difficile en raison d'un repérage sous-optimal, d'une démarche évaluative inadéquate ou de la méconnaissance des traitements disponibles ou de leurs indisponibilités dans *l'offre de soins et de services*. Le repérage du TAS n'est pas optimal au sein des services de première ligne.

Consultez la section [Pharmacothérapie chez les adultes](#).

¹³ Kessler et al, 2005, cité dans National institute for Health and Care Excellence. (2013). Social Anxiety Disorder: full guideline. CG 159, p.82

¹⁴ Telman, L.G.E., van Steensel, F.J.A., Maric, M. et al. (2018). What are the odds of anxiety disorders running in families? A family study of anxiety disorders in mothers, fathers, and siblings of children with anxiety disorders. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 27, 615–624. <https://doi.org/10.1007/s00787-017-1076-x>

¹⁵ Kuo, J. R., Goldin, P. R., Werner, K., Heimberg, R. G., & Gross, J. J. (2011). Childhood trauma and current psychological functioning in adults with social anxiety disorder. *Journal of anxiety disorders*, 25(4), 467-473. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.11.011>

¹⁶ Spokas, M., & Heimberg, R. G. (2009). Overprotective parenting, social anxiety, and external locus of control: Cross-sectional and longitudinal relationships. *Cognitive therapy and research*, 33(6), 543-551. <https://doi.org/10.1007/s10608-008-9227-5>

¹⁷ MacKenzie, M. B., & Fowler, K. F. (2013). Social anxiety disorder in the Canadian population: Exploring gender differences in sociodemographic profile. *Journal of Anxiety Disorders*, 27(4), 427–434. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2013.05.006>

¹⁸ Kisely, S., Alichniewicz, K. K., Black, E. B., Siskind, D., Spurling, G., & Toombs, M. (2017). The prevalence of depression and anxiety disorders in indigenous people of the Americas: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 84, 137–152. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2016.09.032>

La présente version du guide de pratique clinique (version anglaise)¹⁹ comprend des recommandations provenant d'autres guides de pratique du NICE. Le groupe de développement des guides de pratique du NICE a porté une attention particulière au sens et à la signification des recommandations originales lorsqu'ils les ont intégrées au présent guide. Les sources originales des recommandations adaptées par le NICE lors de ces modifications sont indiquées au sein même de la recommandation. Consultez également la section [Mise à jour du guide de pratique](#) pour en connaître les détails.

¹⁹ NICE (2013). Social anxiety disorder: recognition, assessment and treatment (NICE Clinical guideline CG159).<https://www.nice.org.uk/guidance/cg159>

PRINCIPALES PRIORITÉS QUANT À LA MISE EN ŒUVRE

Les recommandations qui suivent ont été identifiées comme étant prioritaires dans la mise en œuvre du présent guide.

PRINCIPES GÉNÉRAUX

Améliorer l'accès aux soins et aux services

Lorsqu'une personne qui présente *des symptômes relatifs* à un TAS *ou ayant été confirmé* se voit offrir un premier rendez-vous, particulièrement dans le cadre des services *spécifiques ou spécialisés en santé mentale*, fournissez-lui des renseignements clairs et précis, par écrit, concernant :

- l'endroit où elle doit se rendre lors de son arrivée et où elle peut attendre (offrez-lui la possibilité d'attendre dans un espace privé ou dans un autre endroit, par exemple à l'extérieur des locaux où les services sont offerts);
- l'endroit où sont situées les commodités (par exemple, le stationnement et les toilettes);
- ce qui fera partie *du repérage, de l'appréciation, de la démarche* évaluative et du traitement, et ce qui n'en fera pas partie.

Lors de l'arrivée de la personne pour son rendez-vous, offrez-lui d'aller à sa rencontre ou de lui faire signe (par exemple, au moyen d'un message texte) lorsque le rendez-vous sera sur le point de commencer.

REPÉRAGE ET DÉMARCHE ÉVALUATIVE CHEZ LES ADULTES

Posez les questions pour fin de repérage d'un trouble anxieux conformément à la recommandation 1.3.1.2 du guide de pratique clinique [Troubles mentaux fréquents : repérage et trajectoires de services](#).

Si la présence d'un TAS est soupçonnée :

- utilisez un outil de repérage pour le TAS, tel que le Mini-Social Phobia Inventory (Mini-SPIN), *lorsque disponible*;

OU

- envisagez de poser les deux questions suivantes :
 - Évitez-vous des activités ou des situations sociales?
 - Êtes-vous craintif ou gêné dans les situations sociales?

Si la personne répond par l'affirmative à l'une de deux questions ci-dessus, *considérez le TAS comme une possibilité*. Procédez *et suivez les recommandations relatives* à la démarche évaluative plus poussée pour le TAS, ou orientez la personne à cette fin (voir les recommandations [1.2.5 à 1.2.9](#)).

NOTE : La recommandation 1.2.1 du guide de pratique clinique original suggère l'utilisation du Mini-SPIN. Dans le cadre du PQPTM, le questionnaire traduit en français et utilisé pour l'appréciation des symptômes d'un TAS est le SIPS (Social Interaction Phobia Scale). Il n'existe cependant pas de version courte du questionnaire SIPS pour fin de repérage. En cas d'indisponibilité du Mini-SPIN, préconisez les questions de repérage supplémentaires de la présente recommandation.

TRAITEMENT CHEZ LES ADULTES

Principes guidant les soins et les services offerts

- Tous les *traitements* destinés aux adultes qui présentent *des symptômes relatifs à un TAS ou ayant confirmé* devraient être mis en œuvre par des intervenants possédant les compétences requises.
- Les *traitements* devraient reposer sur le ou les *traitements* « *manualisés* » pertinents, qui devraient guider la structure et sa durée.
- Les intervenants devraient envisager d'utiliser des cadres de compétences *élaborés à partir* de manuels de traitement pertinents et, pour tous les *traitements*, ils devraient :
 - faire régulièrement l'objet d'un soutien clinique;
 - effectuer *la mesure clinique en continu avec des questionnaires d'appréciation validés pour le TAS* (par exemple, le Social Phobia Inventory (SPIN) ou le Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS));
 - veiller à ce que la personne utilisatrice de services participe à l'évaluation de l'efficacité du traitement;
 - s'engager dans un processus de suivi et d'évaluation de l'adhésion au traitement et des compétences de l'intervenant, par exemple au moyen d'enregistrements vidéo ou audio ou d'une vérification externe, s'il y a lieu.

Dans le cadre du PQPTM, le questionnaire traduit en français identifié pour l'appréciation des symptômes d'un TAS est le questionnaire Social Interaction Phobia Scale (SIPS).

Options pour le traitement initial chez les adultes

- Offrez aux adultes qui présentent *des symptômes d'un TAS ou ayant été confirmé* une *intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une psychothérapie cognitivo-comportementale (TCC) en individuel* spécifiquement conçue pour le traitement du TAS (selon le modèle de Clark et Wells ou le modèle de Heimberg; voir les [recommandations 1.3.13 et 1.3.14](#)).
- Lorsqu'un adulte refuse une *intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une TCC* et souhaite envisager un autre *traitement*, offrez-lui des autosoins dirigés utilisant des *techniques cognitivo-comportementales* (voir la [recommandation 1.3.15](#)).

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

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

- Lorsqu'un adulte refuse les *interventions utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou la TCC* et exprime une préférence pour une pharmacothérapie, discutez avec lui des raisons de son refus et répondez à ses préoccupations.

- Si la personne souhaite aller de l'avant avec une pharmacothérapie, offrez un *antidépresseur appartenant à la classe des inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine (ISRS; escitalopram ou sertraline) de première intention*. Effectuez un suivi rigoureux des effets indésirables auprès de la personne traitée (voir les [recommandations 1.3.17 à 1.3.23](#)).

Notez qu'au moment de la publication du présent guide de pratique clinique (septembre 2022), cette indication ne figurait pas dans l'autorisation de commercialisation de la sertraline²⁰ au Canada, de même que de certains autres ISRS, sauf la paroxétine²¹. Consultez la section [Pharmacothérapie chez les adultes](#) afin de prendre connaissance des mises en garde à ce sujet.

TRAITEMENTS CHEZ LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS

- Offrez aux enfants et aux adolescents présentant un TAS une *intervention reposant sur les techniques cognitivo-comportementales ou une TCC en individuel ou en groupe* centrée sur l'anxiété sociale (voir les [recommandations 1.5.4 et 1.5.5](#)). Envisagez d'impliquer la famille et l'entourage afin d'assurer une prestation efficace de l'intervention, particulièrement chez les jeunes enfants.

²⁰ Pfizer (2021). ZOLOFT (sertraline hydrochloride) (Ed. rév.) <https://www.pfizer.ca/zoloft-sertraline-hydrochloride>

²¹ GlaxoSmithKline (2021). PAXIL (paroxetine hydrochloride) (Ed. rév.) <https://ca.gsk.com/en-ca/products/paxil/>

1. RECOMMANDATIONS

La personne utilisatrice de services a le droit de participer à toute décision concernant son état de santé ou de bien-être²². Ces soins et services doivent tenir compte des préférences et des besoins de chaque personne.

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

Les intervenants et les établissements doivent respecter les lois en vigueur, notamment celles concernant l'obligation d'obtenir un consentement libre et éclairé conformément aux dispositions prévues dans la [LSSSS](#) et dans le [Code civil du Québec](#) ainsi que celles concernant le droit pour la personne utilisatrice de services de participer à toute décision concernant son état de santé ou de bien-être²³. Ainsi, la prise de décision partagée entre la personne utilisatrice de services et les intervenants de la santé et des services sociaux qui l'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 à ses divers règlements ainsi qu'à leurs obligations professionnelles, y compris leur code de déontologie et leurs normes et standards de pratique.

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, consulter l'[Annexe 2 : Force des recommandations](#).

Les recommandations concernent les enfants et les adolescents (de l'âge scolaire à 17 ans) et les adultes (18 ans et plus).

1.1. PRINCIPES GÉNÉRAUX RÉGISSANT LES SOINS ET LES SERVICES OFFERTS

Améliorer l'accès aux soins et aux services

1.1.1. Soyez conscient que les personnes qui présentent des symptômes relatifs à un TAS ou ayant été confirmé peuvent :

- ignorer que le TAS est une condition reconnue, pour laquelle il existe des traitements efficaces;
- percevoir leur anxiété sociale comme une faiblesse ou un défaut personnel;
- être vulnérables à la stigmatisation et à l'embarras;
- éviter le contact avec les professionnels de la santé, les intervenants et les autres personnes utilisatrices de services, et vivre ces interactions comme des situations difficiles ou éprouvantes;
- éviter de révéler de l'information, de se plaindre, de poser des questions ou d'y répondre;

²² Loi sur les services de santé et les services sociaux, RLRQ c S-4.2, art. 10.: <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showDoc/cs/S-4.2?&digest>

²³ Idem

- avoir de la difficulté à se concentrer lorsque des explications leur sont fournies.

1.1.2. Les intervenants des services de première ligne, *des services spécifiques ou spécialisés de santé mentale*, les gestionnaires ainsi que les établissements publics de santé et de services sociaux devraient envisager la mise en place de trajectoires de services souples, *voire virtuels*, afin de favoriser l'accès aux *soins et services* et d'éviter l'exacerbation des symptômes du TAS en offrant :

- des rendez-vous à des périodes où la fréquentation du service est moindre;
- des rendez-vous hors de la période de travail habituelle, ou à domicile dans un premier temps;
- *des méthodes d'enregistrement en libre-service* et d'autres mesures visant à réduire la détresse lors de l'arrivée;
- des possibilités de remplir des formulaires ou toute autre documentation avant ou après le rendez-vous dans un espace privé;
- du soutien au sujet des préoccupations liées à l'anxiété sociale (par exemple, l'utilisation des transports en commun);
- le choix de l'intervenant, si possible.

La télésanté (aussi appelée « soins virtuels ») s'inscrit dans l'orientation ministérielle actuelle visant à favoriser la continuité et la complémentarité des services de santé. Dans le but de promouvoir une utilisation efficace et efficiente de la télésanté, le MSSS a partagé ses orientations entourant l'utilisation de cette modalité afin d'encourager la modernisation de la réponse aux besoins des patients²⁴.

1.1.3. Lorsqu'une personne qui présente des symptômes relatifs à un TAS ou ayant été confirmé se voit offrir un premier rendez-vous, particulièrement dans le cadre des services spécifiques ou spécialisés en santé mentale, fournissez-lui des renseignements clairs et précis, par écrit, concernant :

- l'endroit où elle doit se rendre lors de son arrivée et où elle peut attendre (offrez-lui la possibilité d'attendre dans un espace privé ou dans un autre endroit, par exemple à l'extérieur des locaux où les services sont offerts);
- l'endroit où sont situées les commodités (par exemple, le stationnement et les toilettes);
- ce qui fera partie du repérage, de l'appréciation, de la démarche évaluative et du traitement, et ce qui n'en fera pas partie.

Lors de l'arrivée de la personne pour son rendez-vous, offrez-lui d'aller à sa rencontre ou de lui faire signe (par exemple, au moyen d'un message texte) lorsque le rendez-vous sera sur le point de commencer.

1.1.4. Soyez conscient qu'il peut être particulièrement stressant de changer d'intervenant ou de service pour une personne qui présente *des symptômes*

²⁴ Ministère de la Santé et des Services sociaux (2022). Réseau québécois de la télésanté. <https://telesantequébec.ca/professionnel/>

relatifs à un TAS ou ayant été confirmé. Afin d'assurer un minimum de perturbations pour la personne utilisatrice de services :

- discutez de ses préoccupations au préalable;
- fournissez-lui de l'information détaillée sur tout changement à venir, surtout si le changement n'est pas effectué à sa demande.

1.1.5. Pour la personne qui présente *des symptômes relatifs à un TAS ou ayant été confirmé* et qui reçoit des soins et des services en unité d'hospitalisation psychiatrique, planifiez les repas, les activités et le séjour en :

- discutant régulièrement si les modalités de ces services sont en cohérence avec le plan de traitement et les préférences de la personne;
- offrant à la personne la possibilité de manger seule si les repas avec les autres sont stressants;
- offrant un choix d'activités auxquelles la personne peut participer seule ou avec d'autres.

1.1.6. Proposer d'offrir le traitement dans un milieu où l'**enfant ou l'adolescent** qui présente *des symptômes TAS ou ayant été confirmé*, de même que la famille et l'entourage, se sent à l'aise, *selon les modalités disponibles*, par exemple à la maison, à l'école ou dans un centre communautaire.

Cette recommandation s'inscrit en cohérence avec l'[Entente de complémentarité des services entre le RSSS et le réseau de l'éducation](#), qui reconnaît l'école comme un milieu privilégié d'intervention pour lequel il est nécessaire de favoriser la présence et le soutien des intervenants du RSSS dans les écoles pour rendre plus efficaces les services aux jeunes et à leur famille et à leur entourage.

1.1.7. Envisagez d'offrir un service de garde (par exemple, pour les frères et sœurs) afin de favoriser la participation de la famille et de l'entourage.

Les milieux pouvant offrir ce service peuvent inclure, sans s'y limiter, les milieux communautaires, scolaires ou de garde.

1.1.8. Si possible, planifiez les rendez-vous de façon à ne pas interférer avec les études, les activités sociales et les autres activités auxquelles la personne utilisatrice de services participe avec des pairs.

Communications

1.1.9. Lors du *repérage, de l'appréciation et de la démarche* évaluative d'une personne *présentant des symptômes relatifs à un TAS ou ayant été confirmé* :

- suggérez à la personne de communiquer avec vous de la manière avec laquelle elle est le plus à l'aise, y compris la communication écrite (par exemple, au moyen d'une lettre ou d'un questionnaire);
- offrez à la personne la possibilité de communiquer avec elle par téléphone, par message texte ou par courriel;
- assurez-vous que la personne a la possibilité de poser toutes les questions qu'elle souhaite, et encouragez-la à le faire;

- donnez à la personne la possibilité de prendre des rendez-vous ou de les modifier de plusieurs façons, y compris par message texte, par courriel ou par téléphone.

Les communications avec la personne doivent avoir lieu conformément aux bonnes pratiques, aux lois, aux politiques et aux procédures en place au Québec et dans les établissements.

1.1.10. Dans les communications avec des **enfants ou des adolescents** ainsi qu'avec leur famille et leur entourage :

- tenez compte du niveau de développement de l'enfant ou de l'adolescent, de sa maturité émotionnelle et de ses capacités cognitives, y compris toute difficulté d'apprentissage, tout trouble de la vue ou de l'audition et tout retard de langage;
- soyez conscient que les enfants socialement anxieux peuvent se montrer réticents à parler avec des personnes ne leur étant pas familières, et que les enfants qui présentent un potentiel mutisme sélectif pourraient être dans l'incapacité de prononcer un seul mot au cours *du repérage, de l'appréciation*, de l'évaluation ou du traitement;
- acceptez l'information que vous fournit la famille et l'entourage, mais assurez-vous que l'enfant ou l'adolescent a la possibilité de répondre par lui-même, en écrivant, en dessinant ou en parlant par l'intermédiaire de la famille et de l'entourage si nécessaire;
- utilisez des mots simples, si possible, et expliquez clairement tous les termes cliniques;
- vérifiez que l'enfant ou l'adolescent et la famille et l'entourage comprennent ce qui est dit;
- utilisez des outils de communication, au besoin (par exemple, des images, des symboles, de grandes lettres, l'alphabet braille, une langue différente ou le langage des signes).

Les communications avec la personne doivent avoir lieu conformément aux bonnes pratiques, aux lois, aux politiques et aux procédures en place au Québec et dans les établissements.

Compétence

1.1.11. Tout intervenant, peu importe le milieu (ex. : RSSS, scolaire, etc.), qui effectue un *repérage, une appréciation, une évaluation ou un traitement* auprès d'un enfant ou d'un adolescent qui présente des symptômes relatifs à un TAS ou ayant été confirmé devrait avoir reçu une formation et avoir les compétences nécessaires pour :

- s'entendre et travailler avec la famille et l'entourage de l'enfant ou de l'adolescent, y compris pour aider les parents présentant des relations conflictuelles à obtenir du soutien;
- gérer les questions liées au partage de l'information et à la confidentialité applicables dans le cas de personnes mineures recevant des *services en*

respect des lois en vigueur au Québec (voir l'encadré [1. Recommandations](#));

- orienter vers les *soins et services* appropriés les enfants qui présentent des symptômes relatifs à un TAS *ou ayant été confirmé*.

Consentement et confidentialité

1.1.12. Si l'adolescent a la capacité de donner son consentement, *en vertu des lois en vigueur au Québec*, obtenir son consentement avant de discuter de sa situation avec sa famille et son entourage (*voir encadré [1. Recommandations](#)*).

1.1.13. Lorsque vous travaillez auprès d'un enfant ou d'un adolescent, de sa famille et de son entourage :

- assurez-vous que les discussions ont lieu dans un environnement propice au respect de la confidentialité, de la vie privée et de la dignité;
- expliquez clairement à l'enfant ou à l'adolescent, de même qu'à sa famille et à son entourage, les limites de la confidentialité (quels intervenants ont accès aux renseignements concernant la confirmation de la présence du TAS, le traitement, et dans quelles situations ces renseignements peuvent être transmis à d'autres personnes, etc.) (*voir l'encadré [1. Recommandations](#)*).

Cette recommandation est une adaptation du guide de pratique clinique du NICE sur l'expérience des utilisateurs de services en santé mentale chez les adultes²⁵ (*en anglais seulement*).

1.1.14. Assurez-vous que l'enfant ou l'adolescent, sa famille et son entourage comprennent le but de chaque rencontre et les raisons justifiant le partage de renseignements. Respectez leurs droits en matière de confidentialité tout au long du processus, et ajustez le contenu et la durée des rencontres afin de tenir compte des possibles répercussions de la présence des *symptômes relatifs au TAS ou du TAS confirmé* sur la participation de l'enfant ou de l'adolescent.

Collaborer avec la famille et l'entourage

1.1.15. Si la famille et l'entourage ne sont pas en mesure d'assister aux rencontres *de repérage, d'appréciation, d'évaluation* ou de traitement, assurez-vous *de communiquer* et de partager les informations par écrit.

1.1.16. Si la famille et l'entourage s'impliquent dans la *démarche évaluative* ou le traitement d'un adolescent présentant des symptômes relatifs à un TAS ou ayant été confirmé :

- discutez avec l'adolescent (en tenant compte de son niveau de développement, de sa maturité émotionnelle et de ses capacités cognitives) de la forme de participation qu'il souhaite obtenir de leur part;

²⁵ NICE (2011). Service user experience in adult mental health: improving the experience of care for people using adult NHS mental health services (NICE Clinical guideline CG136).: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg136>

- ces discussions devraient avoir lieu régulièrement afin de tenir compte de tout changement dans la situation de l'adolescent, y compris son niveau de développement;
- il devrait y avoir plus d'une discussion à ce sujet.

Comme la participation de la famille et de l'entourage peut se révéler complexe, les intervenants devraient recevoir une formation afin de :

- développer les compétences nécessaires pour s'entendre et travailler avec la famille et l'entourage *des personnes utilisatrices de services*;
- gérer les enjeux en lien avec le partage d'informations et le respect de la confidentialité.

Cette recommandation est une adaptation du guide de pratique clinique du NICE sur l'expérience des utilisateurs de services en santé mentale chez les adultes²⁶ (*en anglais seulement*).

1.1.17. Offrez à la famille et à l'entourage une évaluation de leurs propres besoins (consultez le guide de pratique clinique du NICE à cet effet²⁷ (*en anglais seulement*)) en matière de :

- soutien personnel, social et émotionnel;
- soutien dans leur rôle d'aidant, y compris les plans en cas d'urgence;
- conseils et assistance pour obtenir du soutien et de l'accompagnement.

Cette recommandation s'inscrit en cohérence avec la [Loi visant à reconnaître et à soutenir les personnes proches aidantes](#) adoptée en octobre 2020, la [Politique nationale pour les personnes proches aidantes](#) et le [Plan d'action gouvernemental pour les personnes proches aidantes \(2021-2026\)](#). L'ensemble de ces mesures vient inscrire la reconnaissance et le soutien des personnes proches aidantes (PPA) dans les priorités ministérielles²⁸ et vise à « améliorer la qualité de vie, la santé et le bien-être des personnes proches aidantes sans égard à l'âge, au milieu de vie ou à la nature de l'incapacité des personnes qu'elles soutiennent, et en considérant tous les aspects de leur vie »²⁹.

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

1.1.18. Maintenez des liens avec les services de santé mentale pour adultes afin d'orienter la famille et l'entourage vers des services pouvant répondre rapidement et sans difficulté à leurs besoins en santé mentale.

²⁶ NICE (2011). Service user experience in adult mental health (NICE clinical guideline CG136). Consulter au : <http://guidance.nice.org.uk/CG136>

²⁷ NICE (2009). Supporting adult carers (NICE Clinical guideline CG150). Consulter au : <https://www.nice.org.uk/guidance/cg150>

²⁸ Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2021). Politique nationale pour les personnes proches aidantes - Reconnaître et soutenir dans le respect des volontés et des capacités d'engagement. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003000>

²⁹ Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2021). Personne proche aidante. <https://www.quebec.ca/famille-et-soutien-aux-personnes/personne-proche-aidante>

Selon les recommandations formulées par la Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse, les parents aux prises avec des problématiques complexes, dont celles en santé mentale, devraient avoir un accès prioritaire aux soins et services en raison des impacts potentiels que pourrait avoir l'absence de services sur leurs enfants. En cohérence avec cette recommandation, la référence vers les services de santé mentale doit être facilitée et des critères de priorisation devront être établis^{30,31}.

La recommandation modifiée vise à faciliter l'accès aux soins et aux services en santé mentale pour les parents de ces enfants ou adolescents, conformément aux recommandations formulées dans le rapport de la Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse : Instaurer une société bienveillante pour nos enfants et nos jeunes.

NOTE : La recommandation 1.1.18 a été modifiée afin de l'adapter au contexte québécois. Selon le guide original, le traitement approprié pour les parents qui souffrent d'un TAS devrait se faire en tenant compte de la disponibilité des soins et des services de santé mentale à l'intention des adultes.

1.2. REPÉRAGE ET DÉMARCHE ÉVALUATIVE CHEZ LES ADULTES

Repérage chez les adultes présentant des symptômes relatifs à un TAS

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

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

1.2.1. Posez les questions pour fin de repérage d'un trouble anxieux conformément à la recommandation 1.3.1.2 du guide de pratique clinique [Troubles mentaux fréquents : repérage et trajectoires de services](#).

Si la présence d'un TAS est soupçonnée :

- utilisez un outil de repérage pour le TAS, tel que le Mini-Social Phobia Inventory (Mini-SPIN), *lorsque disponible* ;
- ou**
- envisagez de poser les deux questions suivantes :
 - Évitez-vous des activités ou des situations sociales ?
 - Êtes-vous craintif ou gêné dans les situations sociales ?

³⁰ Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse (2021). Instaurer une société bienveillante pour nos enfants et nos jeunes. <https://www.csdepi.gouv.qc.ca/accueil/>

³¹ Ministère de la Santé et des Services sociaux (2022). Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026 - S'unir pour un mieux-être collectif : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003301/>

Si la personne répond par l'affirmative à l'une des deux questions précédentes, *considérez le TAS comme une possibilité* :

- Procédez et suivez les recommandations relatives à la démarche évaluative plus poussée pour le TAS ;
- ou**
- Orientez la personne à cette fin (voir les [recommandations 1.2.5 à 1.2.9](#)).

La recommandation 1.2.1 du guide de pratique clinique original suggère l'utilisation du Mini-SPIN. Dans le cadre du PQPTM, le questionnaire traduit en français et identifié pour l'appréciation des symptômes d'un TAS est le SIPS (Social Interaction Phobia Scale). Il n'existe cependant pas de version courte du questionnaire SIPS pour fin de repérage. En cas d'indisponibilité du Mini-SPIN, préconisez les questions de repérage supplémentaire de la présente recommandation.

1.2.2. Si les réponses aux questions posées aux fins de repérage (voir la [recommandation 1.2.1](#)) indiquent la présence possible d'un TAS, mais que l'intervenant ne possède pas les compétences requises pour mener une *appréciation ou une évaluation plus poussée* :

- orientez la personne vers un intervenant ayant les compétences attendues ou vers un professionnel habilité à l'évaluation requise en fonction de la condition de la personne ;
- si *la personne a un médecin de famille, et que celui-ci n'est pas le professionnel vers qui la personne est orientée, informez ce médecin de la démarche d'orientation si le consentement de la personne utilisatrice de services a été obtenu.*

NOTE : La recommandation 1.2.2 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 réserve des activités, dont des évaluations précises, à certains professionnels, dispositions inexistantes ailleurs dans le monde. Ainsi, le guide de pratique clinique du NICE et les recherches sur lesquelles 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, à une évaluation de l'état mental ou à une évaluation du trouble mental, telles que définies 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 personne³², une appréciation réalisée à l'aide de questionnaires validés pour les troubles mentaux fréquents donne suffisamment d'informations pour connaître plus rapidement les besoins de la personne, de sa famille et de son entourage au-delà des difficultés associées au trouble. Elle permet de mobiliser les ressources requises et d'orienter sans délai l'intervention vers une réponse adaptée à ses besoins. Il n'est pas nécessaire de conclure à la présence d'un trouble mental pour mettre en place des interventions visant à aider une personne utilisatrice de services, sa famille et son entourage dans ses difficultés. Le repérage et l'appréciation sont des interventions non

³² Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) (2020). 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>

NOTE (suite) : réservées en vertu du Code des professions et peuvent être réalisés par l'ensemble des intervenants. De plus, tel que mentionné précédemment, 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, afin que les personnes utilisatrices de services puissent recevoir les soins et les services requis en fonction de leurs besoins et au moment opportun, tout en restant conformes aux recommandations du NICE ainsi qu'aux lois professionnelles en vigueur au Québec.

- 1.2.3. Si les réponses aux questions posées aux fins de repérage (voir la [recommandation 1.2.1](#)) indiquent la présence possible d'un TAS, un intervenant ayant les compétences requises pour mener une appréciation ou une évaluation plus poussée, ou un professionnel habilité à l'évaluation requise en fonction de la condition de la personne, devrait passer en revue l'état de santé mentale de la personne et toute difficulté fonctionnelle, interpersonnelle et sociale qui peut y être associée.

Dans le cadre du PQPTM, les difficultés fonctionnelles, interpersonnelles et sociales associées à un trouble mental peuvent être appréciées par le questionnaire Work and Social Adjustment Scale (WSAS)³³ traduit en français.

Démarche évaluative chez les adultes

La démarche évaluative réfère aux évaluations réservées pouvant être réalisées par les divers professionnels dans le cadre de leur champ d'exercice, mais comprend également l'évaluation du trouble mental. Les évaluations qui sont réservées ne peuvent être réalisées que par les professionnels membres de leur ordre. De plus, seuls certains professionnels sont habilités à évaluer les troubles mentaux. Il est de la responsabilité de l'intervenant de s'assurer du respect des activités réservées, conformément au [Code des professions](#) et à d'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 explicatif³⁴.

NOTE : Les recommandations [1.2.4](#) à [1.2.9](#) ont été modifiées afin de les adapter au contexte québécois (voir note [recommandation 1.2.2](#)).

³³ Mundt, J. C., I. M. Marks, M. K. Shear et J. M. Greist. (2002). « The Work and Social Adjustment Scale: a simple measure of impairment in functioning », The British Journal of Psychiatry, vol. 180, no 5, p. 461-464. <https://doi.org/10.1192/bjp.180.5.461>

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. : <https://www.opq.gouv.qc.ca/santementalerelationshumaines/domaine-de-la-sante-mentale-et-des-relations-humaines-projet-de-loi-21/guide-explicatif>

- 1.2.4. S'il s'avère difficile ou éprouvant de se présenter en personne au premier rendez-vous pour un adulte présentant un possible TAS, envisagez de tenir le premier rendez-vous par téléphone ou par Internet, mais tentez une rencontre en personne pour les rendez-vous d'évaluation ou de traitement ultérieurs.
- 1.2.5. Lors de *l'appréciation ou de l'évaluation* d'un adulte présentant un possible TAS :
- procédez à *une appréciation ou à une évaluation* qui tient compte des sentiments de crainte et de détresse, des comportements d'évitement et de l'altération du fonctionnement.

Dans le cadre du PQPTM, le questionnaire traduit en français identifié pour l'appréciation du fonctionnement est le Work and Social Adjustment Scale (WSAS)³⁵. Le Patient Health Questionnaire 9-item (PHQ-9), utilisé pour apprécier les symptômes dépressifs³⁶, présente aussi une bonne sensibilité pour détecter la présence de détresse psychologique en généra³⁷.

- soyez conscient de *la présence possible de comorbidités*, y compris le trouble de la personnalité évitante, le trouble d'usage de substances, les troubles de l'humeur, les autres troubles anxieux, les troubles psychotiques et les troubles du spectre de l'autisme.
- 1.2.6. Suivez les recommandations du guide de pratique clinique [Troubles mentaux fréquents : repérage et trajectoires de services](#) en ce qui concerne la structure et le contenu de la démarche évaluative, et procédez aux ajustements pertinents pour tenir compte de la nécessité d'obtenir une description plus détaillée du TAS (voir la [recommandation 1.2.8](#)).
- 1.2.7. Envisagez d'utiliser les outils suivants pour obtenir de l'information dans le cadre de la *démarche évaluative* et pour soutenir la *mesure clinique* de toute intervention :
- *Un outil ou un algorithme validé aux fins de la démarche évaluative*, conformément à la recommandation 1.3.2.3 du guide de pratique clinique [Troubles mentaux fréquents : repérage et trajectoires de services](#) ;
 - Un questionnaire validé pour l'appréciation des symptômes d'un TAS, par exemple le *Social Phobia Inventory (SPIN)* ou le *Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS)*.

Dans le cadre du PQPTM, le questionnaire traduit en français identifié pour l'appréciation des symptômes d'un TAS est le questionnaire Social Interaction Phobia Scale (SIPS)³⁸.

- 1.2.8. Obtenez une description détaillée des manifestations actuelles de l'anxiété sociale chez la personne, dont les problèmes et les circonstances qui y sont associés, y compris les éléments suivants :

³⁵ Mundt, J. C., I. M. Marks, M. K. Shear et J. M. Greist. (2002). « The Work and Social Adjustment Scale: a simple measure of impairment in functioning », *The British Journal of Psychiatry*, vol. 180, no 5, p. 461-464. <https://doi.org/10.1192/bjp.180.5.461>

³⁶ Kroenke K., R. L. Spitzer et J. B. Williams (2001). « The PHQ-9 : validity of a brief depression severity measure », *Journal of General Internal Medicine*, vol. 16, no 9, p. 606-613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>

³⁷ McCord, D. M., et R. P. Provost (2020). « Construct Validity of the PHQ-9 Depression Screen: Correlations with Substantive Scales of the MMPI-2-RF ». *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, vol. 27, no 1, p. 150-157. <https://doi.org/10.1007/s10880-019-09629-z>

³⁸ Carleton, R. N., Collimore, K. C., Asmundson, G. J., McCabe, R. E., Rowa, K., et Antony, M. M. (2009). « Refining and validating the Social Interaction Anxiety Scale and the Social Phobia Scale ». *Depression and Anxiety*, 26(2): p. E71-E81. <http://dx.doi.org/10.1002/da.20480>

- Situations sociales suscitant la peur et l'évitement;
- Craintes de la personne au sujet de ce qui pourrait se produire lors de situations sociales (par exemple, paraître nerveux, rougir, transpirer, trembler ou paraître ennuyant);
- Symptômes d'anxiété;
- Image de soi;
- Estime de soi;
- Comportements de recherche de sécurité (*safety-seeking behaviors*);
- Crainte de faire l'objet de l'attention dans des situations sociales;
- Traitement de l'information préévénementiel et postévénementiel;
- Circonstances professionnelles, éducatives, économiques et sociales de la personne;
- Usage de médicaments, d'alcool et de drogues récréatives.

1.2.9. Si une personne souffrant possiblement d'un TAS ne se présente pas à une nouvelle rencontre à la suite de la rencontre initiale :

- communiquez avec elle (au moyen de la méthode qu'elle privilégie) afin de connaître les raisons de son absence;
- éliminez tout obstacle à la poursuite de la *démarche évaluative* ou au traitement que la personne aura nommé.

Planification des options thérapeutiques appropriées chez les adultes

1.2.10. À la suite de *l'appréciation, de la démarche évaluative ou de la confirmation* de la présence d'un TAS chez un adulte, identifiez les objectifs du traitement et fournissez de l'information au sujet du trouble et de son traitement, y compris :

- la nature et l'évolution du trouble, ainsi que les comorbidités fréquentes;
- les répercussions du trouble sur le fonctionnement personnel et social;
- les croyances populaires sur la cause du trouble;
- les croyances sur les aspects qui peuvent être changés ou traités;
- le choix et la nature des traitements reposant sur des données probantes.

1.2.11. Si la personne présente également des symptômes dépressifs :

- *appréciez ou évaluez* leur nature et leur importance;
- déterminez le lien fonctionnel entre ces symptômes et *les symptômes du TAS* en demandant à la personne ce qu'elle a présenté en premier.

Dans le cadre du PQPTM, le questionnaire traduit en français identifié pour l'appréciation des symptômes dépressifs est le Patient Health Questionnaire 9-item (PHQ-9)³⁹.

³⁹ Kroenke K., R. L. Spitzer et J. B. Williams (2001). « The PHQ-9 : validity of a brief depression severity measure », Journal of General Internal Medicine, vol. 16, no 9, p. 606-613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>

- Si la personne présente *des symptômes* significatifs du TAS uniquement depuis le début de l'épisode dépressif :
 - traitez le trouble dépressif conformément au guide de pratique clinique du NICE à cet effet⁴⁰ (en anglais seulement).
- Si le TAS a précédé l'apparition de symptômes dépressifs, posez la question suivante : « Si je vous donnais un traitement pour que vous ne ressentiez plus d'anxiété dans les situations sociales, vous sentiriez-vous encore déprimé ? »
 - Si la personne répond « non », traitez le TAS (à moins que la sévérité ne l'empêche; si c'est le cas, traitez le trouble dépressif en premier);
 - Si la personne répond « oui », envisagez de traiter le TAS et le trouble dépressif, en tenant compte des préférences de la personne pour décider du trouble à traiter en premier.
- Si le trouble dépressif est traité en premier, traitez le TAS une fois que le trouble dépressif s'est atténué et que l'état de la personne le permet.

1.2.12. Pour les personnes (y compris les adolescents) qui présentent un TAS et une consommation abusive *ou un trouble de l'usage* de substances, soyez conscient que ces comportements visent souvent à atténuer l'anxiété dans le cadre des situations sociales et ne devraient pas représenter une contre-indication au traitement du TAS :

- *Appréciez ou évaluez* la nature de l'usage problématique de substances pour déterminer si le TAS en est la cause principale;
- Offrez une intervention de courte durée pour l'usage abusif d'alcool ou de drogues, en vous référant aux guides de pratique clinique du NICE à cet effet^{41,42} (en anglais seulement).

La consommation abusive ou le trouble de l'usage de substances ne devrait pas représenter une contre-indication au traitement du TAS. 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. 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 plupart 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 consommation⁴³.

Les soins en collaboration avec des programmes en dépendance doivent être considérés en fonction de l'organisation des soins et 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 :

⁴⁰ NICE (2009). Depression in adults: recognition and management (NICE Clinical guideline CG90). Consulter au : <https://www.nice.org.uk/guidance/cg90>

⁴¹ 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/>

⁴² NICE. (2007). Drug misuse in over 16s: Psychosocial interventions (NICE Clinical guideline CG51): <https://www.nice.org.uk/guidance/cg51>

⁴³ Improving access to psychological therapies (IAPT) positive practice guide for working with people who use drugs and alcohol. : <https://www.uea.ac.uk/documents/746480/2855738/iapt-drug-and-alcohol-positive-practice-guide.pdf>

- Lorsque la personne présente un usage risqué ou non sécuritaire de l'alcool et d'une seconde substance en plus de présenter un TAS;
- 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-ci⁴⁴.

NOTE : La recommandation 1.2.12 a été modifiée afin de l'adapter au contexte québécois.

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

1.3. TRAITEMENT CHEZ LES ADULTES

Principes guidant les soins et les services offerts

1.3.1. Tous les traitements destinés aux adultes qui présentent des symptômes relatifs à un TAS ou ayant été confirmé devraient être mis en œuvre par des intervenants possédant les compétences requises. Les traitements devraient reposer sur le ou les traitements « manualisés » pertinents, qui devraient guider la structure et sa durée. Les intervenants devraient envisager d'utiliser des cadres de compétences élaborés à partir de manuels de traitement pertinents et, pour tous les traitements, ils devraient :

- faire régulièrement l'objet d'un *soutien clinique*;
- effectuer *la mesure clinique en continu avec des questionnaires d'appréciation validés pour le TAS* (par exemple, le Social Phobia Inventory (SPIN) ou le Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS)) et veiller à ce que la personne participe à l'évaluation de l'efficacité du traitement;

Dans le cadre du PQPTM, le questionnaire traduit en français identifié pour l'appréciation des symptômes d'un TAS est le questionnaire Social Interaction Phobia Scale (SIPS)⁴⁵.

- s'engager dans un processus de suivi et d'évaluation de l'adhésion au traitement et des compétences de l'intervenant, par exemple au moyen d'enregistrements vidéo ou audio, d'une vérification externe, s'il y a lieu.

Options pour le traitement initial chez les adultes

Les psychothérapies utilisées dans le traitement des adultes présentant un trouble mental fréquent (dont le TAS) 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](#).

⁴⁴ Improving access to psychological therapies (IAPT) positive practice guide for working with people who use drugs and alcohol.: <https://www.uea.ac.uk/documents/746480/2855738/iapt-drug-and-alcohol-positive-practice-guide.pdf>

⁴⁵ Carleton, R. N., Collimore, K. C., Asmundson, G. J., McCabe, R. E., Rowa, K., et Antony, M. M. (2009). « Refining and validating the Social Interaction Anxiety Scale and the Social Phobia Scale ». *Depression and Anxiety*, 26(2): p. E71–E81. <http://dx.doi.org/10.1002/da.20480>

NOTE : Les recommandations en italiques et soulignées indiquent qu'elles 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, accessibles sur les sites des ordres professionnels.

*Dans le cadre du PQPTM, l'abréviation **TCC** (thérapie cognitivo-comportementale) réfère à l'exercice de la psychothérapie cognitivo-comportementale⁴⁶.*

À la suite de l'appréciation, de la démarche évaluative, y compris de la confirmation de la présence d'un TAS, envisagez le recours à l'éducation psychologique et à la surveillance active avant 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. Consultez la recommandation 1.3.2.7 du guide de pratique clinique [Troubles mentaux fréquents : repérage et trajectoires de services](#) concernant ces interventions.

- 1.3.2. Offrez aux adultes qui présentent des *symptômes relatifs à un TAS* ou ayant été confirmé une intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une TCC en individuel spécifiquement conçue pour le traitement du TAS (selon le modèle de Clark et Wells ou le modèle de Heimberg; voir les [recommandations 1.3.13 et 1.3.14](#)).
- 1.3.3. N'offrez pas systématiquement une *intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou un TCC* en groupe de préférence à une intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une TCC en individuel. Bien que des données probantes indiquent que la TCC en groupe soit plus efficace que la plupart des autres traitements, elle demeure inférieure à la TCC en individuel sur le plan de l'efficacité clinique et du rapport coût-efficacité.
- 1.3.4. Lorsqu'un adulte refuse une *intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une TCC* et souhaite envisager un autre traitement, offrez-lui des autosoins dirigés utilisant des *techniques cognitivo-comportementales* (voir la [recommandation 1.3.15](#)).

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

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

⁴⁶ 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

- 1.3.5. Lorsqu'un adulte refuse les interventions utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou la TCC et exprime une préférence pour une pharmacothérapie, discutez avec lui des raisons de son refus et répondez à ses préoccupations.
- 1.3.6. Si la personne souhaite aller de l'avant avec une pharmacothérapie, offrez un *antidépresseur appartenant à la classe des inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine (ISRS; escitalopram ou sertraline)*. Effectuez un suivi rigoureux des effets indésirables auprès de la personne traitée (voir les [recommandations 1.3.17 à 1.3.23](#)).

Notez qu'au moment de la publication du présent guide de pratique clinique (septembre 2022), cette indication ne figurait pas dans l'autorisation de commercialisation de la sertraline⁴⁷ au Canada, de même que de certains autres ISRS, sauf la paroxétine⁴⁸. Consultez la section [Pharmacothérapie chez les adultes](#) afin de prendre connaissance des mises en garde à ce sujet.

- 1.3.7. Lorsqu'un adulte refuse les traitements cognitivo-comportementaux et la pharmacothérapie, envisagez une intervention utilisant des techniques psychodynamiques brèves ou une psychothérapie psychodynamique brève conçue spécialement pour le traitement du TAS (voir la [recommandation 1.3.16](#)). Soyez conscient de l'efficacité clinique plus limitée et du rapport coût-efficacité plus faible de celle-ci par rapport à la TCC, aux autosoins et la pharmacothérapie, et discutez-en avec la personne.

Traitements chez les adultes ne présentant aucune réponse ou qui présentent une réponse partielle au traitement initial

- 1.3.8. Chez un adulte qui présente une réponse partielle après un processus de traitement adéquat, envisagez une pharmacothérapie (voir la [recommandation 1.3.6](#)) en association avec une intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une TCC en individuel.
- 1.3.9. Chez un adulte qui présente une réponse partielle après 10 à 12 semaines de traitement par un ISRS (escitalopram ou sertraline), offrez une intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une TCC en individuel en association avec l'ISRS.

Notez qu'au moment de la publication du présent guide de pratique clinique (septembre 2022), cette indication ne figurait pas dans l'autorisation de commercialisation de la sertraline⁴⁹ au Canada, de même que de certains autres ISRS. Consultez la section [Pharmacothérapie chez les adultes](#) afin de prendre connaissance des mises en garde à ce sujet.

- 1.3.10. Chez un adulte pour qui les symptômes ne se sont pas améliorés avec un ISRS (escitalopram ou sertraline) ou qui n'en tolèrent pas les effets indésirables, offrez un autre ISRS (fluvoxamine ou paroxétine) ou un inhibiteur du recaptage de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSN; venlafaxine), en tenant compte :

⁴⁷ Pfizer (2021). ZOLOFT (sertraline hydrochloride) (Ed. rév.) <https://www.pfizer.ca/zoloft-sertraline-hydrochloride>

⁴⁸ GlaxoSmithKline (2021). PAXIL (paroxetine hydrochloride) (Ed. rév.) <https://ca.gsk.com/en-ca/products/paxil/>

⁴⁹ Pfizer (2021). ZOLOFT (sertraline hydrochloride) (Ed. rév.) <https://www.pfizer.ca/zoloft-sertraline-hydrochloride>

- de la tendance de la paroxétine et de la venlafaxine à induire un syndrome d'arrêt (lequel peut être réduit par l'emploi de préparations à libération prolongée);
- du risque de suicide et de la probabilité d'effets toxiques associés à une surdose.

Selon les lignes directrices canadiennes sur le traitement de l'anxiété⁵⁰, un traitement de première intention devrait être priorisé avant d'envisager le recours à un médicament de seconde intention lorsqu'un ISRS ou un IRSN alternatif est considéré.

Notez qu'au moment de la publication du présent guide de pratique clinique (septembre 2022), cette indication ne figurait pas dans l'autorisation de commercialisation de la sertraline⁵¹ au Canada, de même que de certains autres ISRS. Consultez la section [Pharmacothérapie chez les adultes](#) afin de prendre connaissance des mises en garde à ce sujet.

Consultez la section 1.3.3 Évaluation des risques et surveillance du guide de pratique clinique [Troubles mentaux fréquents : repérage et trajectoires de services](#) concernant les recommandations en lien avec le risque suicidaire.

1.3.11. Chez un adulte pour qui les symptômes ne se sont pas améliorés avec un autre ISRS ou un IRSN, offrez un inhibiteur de la monoamine-oxydase (IMAO; phénelzine ou moclobémide).

Au Québec, bien que la phénelzine soit indiquée en deuxième ligne de traitement pour le TAS, elle est rarement utilisée en pratique en raison du risque de crise hypertensive et des nombreuses restrictions alimentaires. Outre les agents de la classe IMAO, le médicament gabapentine de la classe anticonvulsivants devrait être considéré en cas d'absence de réponse pharmacologique aux médicaments de première intention (ISRS ou IRSN) selon le Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques (CPS⁵²).

NOTE : Les recommandations en italiques et soulignées indiquent qu'elles 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, accessibles sur les sites des ordres professionnels.

*Dans le cadre du PQPTM, l'abréviation **TCC** (thérapie cognitivo-comportementale) réfère à l'exercice de la psychothérapie cognitivo-comportementale⁵³.*

⁵⁰ Katzman, M.A., Bleau, P., Blier, P. et al. (2014). Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. BMC Psychiatry 14. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-S1-S1>

⁵¹ Idem que 58

⁵² Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques. Consulté au Produits et services - [French \(pharmacists.ca\)](#)

⁵³ 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. » : https://www.orientation.qc.ca/files/OPQ_TravauxInterordres_Complet_FINAL_Web.pdf

- 1.3.12. Discutez de la possibilité d'offrir une intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une TCC en individuel chez un adulte pour qui les symptômes ne se sont pas améliorés avec la pharmacothérapie.

Traitements chez les adultes

- 1.3.13. La *TCC en individuel* (modèle de Clark et Wells) pour le TAS devrait comprendre un maximum de 14 séances de 90 minutes sur environ quatre mois, et inclure :
- de l'éducation *psychologique* au sujet de l'anxiété sociale;
 - des exercices expérientiels visant à démontrer les conséquences nuisibles de la focalisation sur soi et de l'adoption de comportements de recherche de sécurité (*safety-seeking behaviors*);
 - l'utilisation de vidéos pour permettre une rétroaction corrective des perceptions négatives et erronées de l'image de soi;
 - l'entraînement systématique afin que la personne focalise son attention vers l'extérieur;
 - des expériences comportementales visant à mettre à l'épreuve les croyances erronées, associées à des devoirs à faire entre les séances;
 - l'entraînement à la discrimination ou la rescénarisation pour apprendre à gérer les souvenirs associés à des situations sociales traumatisantes;
 - l'exploration et la modification des croyances fondamentales;
 - la modification du traitement problématique de l'information préévénementiel et postévénementiel;
 - la prévention des rechutes.
- 1.3.14. La TCC en individuel (modèle de Heimberg) pour le TAS devrait comprendre 15 séances de 60 minutes, plus une séance d'exposition de 90 minutes, sur environ quatre mois, et inclure :
- de l'éducation *psychologique* au sujet de l'anxiété sociale;
 - une restructuration cognitive;
 - une exposition progressive à des situations sociales suscitant de la crainte dans le cadre des séances de traitement et par l'intermédiaire de devoirs à effectuer entre les séances;
 - l'exploration et la modification des croyances fondamentales;
 - la prévention des rechutes.
- 1.3.15. Les autosoins dirigés pour le TAS devraient comprendre :
- généralement jusqu'à 9 séances d'utilisation dirigée d'un manuel d'autosoins reposant sur les techniques cognitivo-comportementales sur une période de trois à quatre mois;
 - un total de trois heures de soutien à l'utilisation du matériel, en personne ou par téléphone, pendant toute la durée du traitement.

1.3.16. La psychothérapie psychodynamique brève pour le TAS devrait généralement comprendre un maximum de 25 à 30 séances de 50 minutes sur six à huit mois, et inclure :

- de l'éducation *psychologique* au sujet du TAS;
- le développement d'une alliance thérapeutique positive et sécurisante afin de modifier les relations d'attachement insécurisantes;
- une attention particulière au thème des relations conflictuelles associées aux symptômes de l'anxiété sociale;
- une attention particulière au sentiment de honte;
- l'encouragement à l'exposition aux situations sociales suscitant de la crainte en dehors des séances de thérapie;
- du soutien dans le façonnement d'un dialogue interne d'affirmation de soi;
- de l'aide à l'amélioration des compétences sociales.

Pharmacothérapie chez les adultes

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

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

Consultez également les recommandations concernant la prescription sécuritaire d'antidépresseurs et la gestion des symptômes de sevrage dans le guide de pratique NICE à cet effet⁵⁴.

1.3.17. Avant de prescrire une pharmacothérapie, *quelle qu'elle soit* :

- discutez des traitements possibles s'offrant à la personne *présentant un TAS* ainsi que de toutes ses préoccupations relatives à la prise de médicaments;
- expliquez-lui en détail les raisons pour lesquelles un médicament est prescrit;
- fournissez-lui de l'information écrite et verbale au sujet des aspects suivants :

⁵⁴ NICE (2022). Medicines associated with dependence or withdrawal symptoms: safe prescribing and withdrawal management for adults (NICE Clinical guideline NG215). Consulter au : <https://www.nice.org.uk/guidance/ng215>

- les bienfaits possibles des différents traitements;
- les probabilités concernant les risques associés à chaque médicament, tels que les effets secondaires, les symptômes d'arrêt et les interactions médicamenteuses possibles;
- le risque d'activation associé aux ISRS et aux IRSN, ce qui se manifeste notamment par des symptômes tels que l'augmentation de l'anxiété, l'agitation et les difficultés de sommeil;
- le fait de devoir attendre deux semaines ou plus avant d'obtenir un effet anxiolytique optimal;
- l'importance de prendre le médicament tel que prescrit, de signaler les effets indésirables et de discuter avec le médecin prescripteur de toute préoccupation concernant l'arrêt du médicament, ainsi que la nécessité de poursuivre le traitement après le rétablissement afin d'éviter une rechute.

1.3.18. Chez une personne **de 30 ans ou plus** considérée *comme étant à faible* risque de suicide, prévoyez un rendez-vous **une ou deux semaines** après la remise de la première ordonnance d'un ISRS ou d'un IRSN pour :

- discuter des effets indésirables possibles et des interactions potentielles avec les symptômes du TAS (par exemple, augmentation de l'instabilité psychomotrice ou de l'agitation);
- offrir des conseils et du soutien à la personne afin qu'elle entreprenne une exposition graduelle aux situations sociales craintes ou évitées.

Dites à la personne de communiquer avec son prescripteur ou son pharmacien si elle ressent des effets indésirables avant le prochain rendez-vous.

1.3.19. Après la rencontre initiale (voir la recommandation 1.3.18), *planifiez avec la personne* des **rendez-vous de suivi toutes les deux à quatre semaines au cours des trois premiers mois de traitement, puis tous les mois par la suite**. Continuez d'offrir du soutien à la personne afin qu'elle entreprenne une exposition graduelle aux situations sociales craintes ou évitées.

1.3.20. Lorsqu'un ISRS ou un IRSN est offert à une personne **de moins de 30 ans** :

- avertissez-la que ces médicaments sont associés à une augmentation du risque d'idées suicidaires, d'automutilation et de comportements autodestructeurs chez une minorité de personnes de moins de 30 ans;
- prévoyez un rendez-vous au cours de la semaine suivant la remise de la première ordonnance;
- effectuez un suivi hebdomadaire du risque d'idées suicidaires, *d'automutilation et de comportements autodestructeurs* au cours du premier mois de traitement;
- *assurez-vous que la personne dispose des coordonnées des centres d'aide pour la prévention du suicide*. Cette recommandation est tirée du guide de pratique clinique du NICE *Generalized anxiety and panic*

*disorder in adults: management*⁵⁵, document contextualisé au Québec : [Trouble d'anxiété généralisée et trouble panique chez l'adulte : repérage, orientation et traitement.](#)

- 1.3.21. Prévoyez des rendez-vous hebdomadaires avec une personne considérée comme étant à risque de suicide jusqu'à ce qu'aucune augmentation du risque de suicide ne soit constatée :
- Prévoyez ensuite des rendez-vous toutes les deux à quatre semaines au cours des trois premiers mois du traitement;
 - Tous les mois par la suite, continuez à offrir du soutien à la personne afin qu'elle entreprenne une exposition graduelle aux situations sociales craintes ou évitées.
- 1.3.22. Conseillez les personnes qui utilisent un IMAO au sujet des restrictions alimentaires et pharmacologiques, telles qu'elles sont indiquées dans le CPS et la monographie du médicament.
- 1.3.23. Lorsqu'une personne développe des effets secondaires peu après le début d'une pharmacothérapie, fournissez-lui de l'information et envisagez l'une des stratégies suivantes :
- Effectuer une surveillance étroite des symptômes (si les effets indésirables sont légers et tolérables pour la personne);
 - Procéder à une réduction de la dose du médicament;
 - Arrêter le médicament et, selon les préférences de la personne, lui offrir un autre médicament ou une intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une TCC en individuel.

[Cette recommandation est adaptée d'une recommandation du guide de pratique clinique du NICE *Generalized anxiety and panic disorder in adults: management*⁵⁶, document contextualisé au Québec : [Trouble d'anxiété généralisée et trouble panique chez l'adulte : repérage, orientation et traitement.](#)

- 1.3.24. Si une personne qui présente un TAS a bien répondu à la pharmacothérapie au cours des trois premiers mois, poursuivez le traitement pendant **au moins six mois supplémentaires.**
- 1.3.25. Lors de l'arrêt d'une pharmacothérapie, procédez à une réduction graduelle de la dose du médicament :
- Si les symptômes réapparaissent après l'arrêt ou la diminution de la dose du médicament, envisagez :
 - d'augmenter la dose;
 - de reprendre le traitement par le médicament; ou

⁵⁵ NICE (2011). Generalised anxiety disorder and panic disorder in adults: management (NICE Clinical guideline CG113). Consulter au : <https://www.nice.org.uk/guidance/cg113>

⁵⁶ National Institute of Health and Care Excellence (2011). Generalised anxiety disorder and panic disorder in adults: management (Nice clinical guideline CG113): <https://www.nice.org.uk/guidance/CG113>

- d'offrir une intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une TCC en individuel.

1.4. REPÉRAGE ET DÉMARCHE ÉVALUATIVE CHEZ LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS

Repérage des enfants et des adolescents qui présentent des symptômes relatifs à un TAS

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

- 1.4.1. Les intervenants du RSSS œuvrant dans les services de première ligne ou en milieu scolaire ou communautaire devraient être à l'affût quant à la possibilité de troubles anxieux chez les enfants et les adolescents, particulièrement ceux qui évitent les activités scolaires, sociales ou de groupe, qui ne s'expriment pas dans des situations sociales ou qui sont irritables, extrêmement timides ou très dépendants de leur famille et de leur entourage.
- Envisagez de poser des questions à l'enfant ou à l'adolescent sur l'anxiété et la détresse qu'il ressent, les situations qu'il craint et évite ainsi que les comportements que cela entraîne (ou posez ces questions à la famille et à l'entourage).
 - Utilisez les questions suivantes pour aider à repérer les symptômes relatifs à un TAS :
 - « Certaines personnes ont très peur de faire des choses avec d'autres personnes, surtout si elles ne les connaissent pas. Elles peuvent avoir peur de faire quelque chose pendant que d'autres personnes les regardent. Elles peuvent avoir peur de paraître ridicules ou que des personnes se moquent d'elles. Elles peuvent refuser de faire ces choses ou, si elles le font, elles peuvent se sentir très contrariées ou bouleversées. »
 - « Avez-vous (ou votre enfant a-t-il) peur de faire des choses avec d'autres personnes, comme discuter, manger, aller à une fête ou participer à des activités à l'école ou avec des amis? »
 - « Avez-vous (ou votre enfant a-t-il) de la difficulté à faire des choses lorsque que d'autres personnes regardent, comme pratiquer un sport, jouer dans une pièce de théâtre ou un concert de musique, ou encore poser des questions ou y répondre, lire à voix haute ou faire une présentation orale en classe? »
 - « Avez-vous (ou votre enfant a-t-il) l'impression d'être incapable de faire ces choses? Est-ce que vous essayez (ou votre enfant essaie) de les éviter? »

- 1.4.2. Si l'enfant ou l'adolescent (ou sa famille et son entourage) répond positivement à au moins une des questions de la [recommandation 1.4.1](#), envisagez *une évaluation plus poussée* des symptômes relatifs à un TAS (voir les [recommandations 1.4.5 à 1.4.11](#)).
- 1.4.3. Si les réponses aux questions posées aux fins de repérage (voir la [recommandation 1.4.1](#)) indiquent la présence possible d'un TAS, mais que l'intervenant ne possède pas les compétences requises pour mener une *appréciation ou une évaluation plus poussée* :
- orientez l'enfant ou l'adolescent 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 l'enfant ou l'adolescent a un médecin de famille, et que celui-ci n'est pas le professionnel vers qui l'enfant ou l'adolescent est orienté, informez ce médecin de la démarche d'orientation si le consentement de la personne utilisatrice de services a été obtenu.

NOTE : La recommandation 1.4.3. 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 réserve des activités, dont des évaluations précises, à certains professionnels, dispositions inexistantes ailleurs dans le monde. Ainsi, le guide de pratique clinique du NICE et les recherches sur lesquelles 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, à une évaluation de l'état mental ou à une évaluation du trouble mental, telles que définies 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, une appréciation réalisée à l'aide de questionnaires validés pour les troubles mentaux fréquents donne suffisamment d'informations pour connaître plus rapidement les besoins de la personne, de sa famille et de son entourage au-delà des difficultés associées au trouble. Elle permet de mobiliser les ressources requises et d'orienter sans délai l'intervention vers une réponse adaptée à ses besoins. Il n'est pas nécessaire de conclure à la présence d'un trouble mental pour mettre en place des interventions visant à aider une personne utilisatrice de services, sa famille et son entourage dans 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. De plus, comme mentionné précédemment, 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, afin que les personnes utilisatrices de services puissent recevoir les soins et les services requis en fonction de leurs besoins et au moment opportun, tout en restant conformes aux recommandations du NICE ainsi qu'aux lois professionnelles en vigueur au Québec.

- 1.4.4. Si les réponses aux questions posées aux fins de repérage (voir la [recommandation 1.4.1](#)) indiquent la présence possible d'un TAS, un intervenant ayant les compétences requises pour mener une *appréciation ou une évaluation plus poussée, ou un professionnel habilité à l'évaluation requise en fonction de la condition de la personne*, devrait passer en revue l'état de santé mentale de l'enfant ou de l'adolescent et toute difficulté fonctionnelle, interpersonnelle et sociale qui peut y être associée.

Dans le cadre du PQPTM, les difficultés fonctionnelles, interpersonnelles et sociales associées à un trouble mental chez l'enfant et l'adolescent peuvent être appréciées par le questionnaire Work and Social Adjustment Scale for Youth (WSAS-Y)^{57,58} traduit en français.

Démarche évaluative chez les enfants et les adolescents

- 1.4.5. Dans le cas d'un enfant ou d'un adolescent présentant des symptômes relatifs à un TAS, *l'appréciation ou la démarche évaluative* devrait :
- fournir l'occasion à l'enfant ou à l'adolescent de s'entretenir en tête-à-tête avec l'intervenant au cours de la démarche évaluative;
 - si possible, faire participer la famille, l'entourage ou un autre adulte connu de l'enfant ou de l'adolescent qui est en mesure de fournir des informations sur les comportements actuels ou antérieurs de l'enfant ou de l'adolescent;
 - si nécessaire, faire appel à plus d'un intervenant afin de s'assurer qu'une évaluation poussée *en fonction des besoins de la personne* est réalisée.
- 1.4.6. Lors de la *démarche évaluative* d'un enfant ou d'un adolescent, obtenez une description détaillée de la façon dont l'anxiété sociale se manifeste chez lui et des problèmes qui y sont associés, y compris :
- les situations sociales suscitant la peur et l'évitement;
 - les craintes de l'enfant ou de l'adolescent au sujet de ce qui pourrait se produire lors de situations sociales (par exemple, sembler nerveux, rougir, transpirer, trembler ou paraître ennuyant);
 - les symptômes d'anxiété;
 - l'image de soi;
 - la perception positive de l'image de soi;
 - les comportements de recherche de sécurité (*safety-seeking behaviors*);
 - la crainte de faire l'objet de l'attention dans des situations sociales;

⁵⁷ Los Reyes, A., Makol, B. A., Racz, S. J., Youngstrom, E. A., Lerner, M. D., et Keeley, L. M. (2019). « The Work and Social Adjustment Scale for Youth: A Measure for Assessing Youth Psychosocial Impairment Regardless of Mental Health Status ». *Journal of child and family studies*, 28(1): p. 1–16. <https://doi.org/10.1007/s10826-018-1238-6>

⁵⁸ Jassi, A., Lenhard, F., Krebs, G., Gumpert, M., Jolstedt, M., Andrén, P., Nord, M., Aspvall, K., Wahlund, T., Volz, C., et Mataix-Cols, D. (2020). « The Work and Social Adjustment Scale, Youth and Parent Versions: Psychometric Evaluation of a Brief Measure of Functional Impairment in Young People ». *Child psychiatry and human development*, 51(3): p. 453–460. <https://doi.org/10.1007/s10578-020-00956-z>

- le traitement de l'information préévénementiel et postévénementiel, surtout chez les enfants plus âgés;
 - les circonstances familiales et le soutien *dont bénéficie l'enfant ou l'adolescent*;
 - les circonstances de l'enfant ou de l'adolescent en ce qui concerne les amis, l'appartenance à un groupe, l'éducation et l'aspect social;
 - l'usage de médicaments, d'alcool et de drogues récréatives.
- 1.4.7. Dans le cadre de la *démarche évaluative*, évaluez les facteurs relevant de la situation familiale, scolaire ou sociale qui provoquent et entraînent la persistance des symptômes relatifs à un TAS chez l'enfant ou l'adolescent, en particulier :
- les comportements parentaux qui favorisent ou renforcent les comportements anxieux ou ne contribuent pas à l'adoption de comportements positifs;
 - la victimisation par les pairs à l'école ou dans d'autres contextes.
- 1.4.8. Dans le cadre d'une *démarche évaluative*, évaluez la présence de possibles états concomitants, notamment :
- d'autres problèmes de santé mentale (par exemple, d'autres troubles anxieux ou un trouble dépressif);
 - des troubles neurodéveloppementaux tels que le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité, le trouble du spectre de l'autisme ou les difficultés d'apprentissage;
 - l'usage abusif de substances (voir la [recommandation 1.2.12](#));
 - des troubles de la parole et du langage.
- 1.4.9. Afin d'appuyer l'*appréciation* ou la *démarche évaluative* du TAS et d'autres troubles mentaux fréquents, envisagez l'utilisation de questionnaires pertinents et validés pour le trouble ou les symptômes visés (tant la version destinée à l'enfant ou à l'adolescent que celle destinée aux parents, lorsque les versions sont disponibles et appropriées), tels que :
- des questionnaires pour apprécier les symptômes associés au TAS, par exemple :
 - le Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS) – child version;
 - le Social Phobia and Anxiety Inventory for Children (SPAIC) pour les enfants;
 - le Social Phobia Inventory (SPIN) ou le Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS) pour les adolescents.
 - des questionnaires pour apprécier des symptômes associés à différentes comorbidités, dont un trouble dépressif, par exemple :
 - le Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC);
 - le Revised Child Anxiety and Depression Scale (RCADS) pour les enfants et les adolescents;

- le Spence Children's Anxiety Scale (SCAS) ou le Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED) propres aux enfants.

Dans le cadre du PQPTM, le questionnaire traduit en français pour l'appréciation des symptômes d'un TAS ou d'autres troubles concomitants chez les enfants et les adolescents de 17 ans ou moins est le questionnaire Revised Children's Anxiety and Depression Scale (RCADS) et ses sous-échelles^{59,60,61}.

1.4.10. Utilisez des instruments de mesure formels pour aider à la confirmation de la présence d'autres troubles, tels que :

- un outil de mesure des capacités cognitives validé pour un enfant ou un adolescent chez qui une difficulté d'apprentissage est soupçonnée;
- le questionnaire Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) pour tous les enfants et les adolescents.

Dans le cadre du PQPTM, le questionnaire traduit en français identifié pour l'appréciation des symptômes d'autres troubles concomitants chez les enfants et les adolescents de 17 ans moins est le questionnaire Revised Children's Anxiety and Depression Scale (RCADS) et ses sous-échelles^{62,63,64}.

1.4.11. Évaluez les risques et les préjudices possibles auxquels est exposé l'enfant ou l'adolescent et, s'il y a lieu, élaborer un plan de gestion des risques associés à :

- l'autonégligence, à la maltraitance ou à la négligence familiale;
- à l'exploitation par autrui;
- à l'automutilation, aux comportements autodestructeurs et aux idées suicidaires;
- au risque de préjudice envers autrui.

Si le professionnel a un motif raisonnable de croire que la sécurité ou le développement d'un enfant est ou pourrait être compromis, s'assurer de faire un signalement à la [Direction de la protection de la jeunesse \(DPJ\)](#). Pour un guide de référence en français, veuillez consulter le [Guide de soutien pour intervenir auprès d'un enfant de 5 à 13 ans à risque suicidaire](#).

Selon les recommandations formulées par la Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse dans le rapport [Instaurer une société bienveillante pour nos enfants et nos jeunes](#) et selon l'action 4.7 du [Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026 : s'unir pour un mieux-être collectif](#),

⁵⁹ Chorpita, B. F., Yim, L., Moffitt, C., Umemoto, L. A., et Francis, S. E. (2000). « Assessment of symptoms of DSM-IV anxiety and depression in children: a revised child anxiety and depression scale. » *Behaviour research and therapy*, 38 (8): p. 835–855. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(99\)00130-8](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(99)00130-8)

⁶⁰ Ebesutani, C., Reise, S. P., Chorpita, B. F., Ale, C., Regan, J., Young, J., Higa-McMillan, C., et Weisz, J. R. (2012). « The Revised Child Anxiety and Depression Scale-Short Version: scale reduction via exploratory bifactor modeling of the broad anxiety factor. » *Psychological assessment*, 24 (4): p. 833–845. <https://doi.org/10.1037/a0027283>

⁶¹ Krause, K. R., Chung, S., Adewuya, A. O., Albano, A. M., Babins-Wagner, R., Birkinshaw, L., Brann, P., Creswell, C., Delaney, K., Falissard, B., Forrest, C. B., Hudson, J. L., Ishikawa, S. I., Khatwani, M., Kieling, C., Krause, J., Malik, K., Martínez, V., Mughal, F., Ollendick, T. H., et Wolpert, M. (2021). « International consensus on a standard set of outcome measures for child and youth anxiety, depression, obsessive-compulsive disorder, and post-traumatic stress disorder. » *The lancet. Psychiatry*, 8(1), p. 76–86. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30356-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30356-4)

⁶² Idem au 70

⁶³ Idem au 71

⁶⁴ Idem au 72

les parents aux prises avec des problématiques complexes, dont celles en santé mentale, devraient avoir un accès prioritaire aux soins et aux services en raison des impacts potentiels que pourrait avoir l'absence de services sur leurs enfants. En cohérence avec cette recommandation, la référence vers les services de santé mentale doit être facilitée et des critères de priorisation devront être établis.

1.4.12. Élaborez le profil de l'enfant ou de l'adolescent afin de cerner ses besoins et de déterminer les évaluations supplémentaires qui pourraient être nécessaires, incluant l'importance et la nature :

- *des symptômes relatifs au TAS* et des difficultés qui y sont associées (par exemple, mutisme sélectif);
- de tout trouble mental concomitant;
- des troubles neurodéveloppementaux tels que le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité, le trouble du spectre de l'autisme ou les difficultés d'apprentissage;
- de l'expérience d'intimidation ou d'ostracisme social;
- d'amitiés avec les pairs;
- des habilités de prononciation, d'élocution et de communication;
- de problèmes de santé physique;
- des besoins liés au fonctionnement personnel et social (besoins sur les plans personnel, social, scolaire ou professionnel, ou en matière de logement) ;
- des objectifs liés aux activités scolaires et quotidiennes;
- des besoins de la famille et de l'entourage, y compris en matière de santé mentale.

1.5. TRAITEMENT CHEZ LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS

Principes guidant les soins et les services offerts

1.5.1. Tous les *traitements* auprès d'enfants et d'adolescents qui présentent *des symptômes d'un TAS ou ayant été confirmé* devraient être mis en œuvre par des intervenants possédant les compétences nécessaires. Ceux-ci devraient reposer sur *des traitements « manualisés » pertinents*, en mesure de guider la structure et la durée du traitement. Les intervenants devraient envisager d'utiliser des cadres de compétences *élaborés à partir* de manuels de traitement pertinents et devraient :

- faire l'objet d'un soutien *clinique* régulier;
- effectuer la *mesure clinique en continu* avec des questionnaires d'appréciation validés, par exemple :
 - le Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS) – child version;
 - le Social Phobia and Anxiety Inventory for Children (SPAIC) pour les enfants;

- le Social Phobia Inventory (SPIN) ou le Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS) pour les adolescents;
- le Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC), le Revised Child Anxiety and Depression Scale (RCADS) pour les enfants et les adolescents;
- le Spence Children's Anxiety Scale (SCAS) ou le Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED) propres aux enfants.

Dans le cadre du PQPTM, le questionnaire traduit en français identifiés pour la mesure clinique en continu des symptômes d'un TAS ou autres troubles concomitants chez les enfants et les adolescents de 17 ans et moins est le questionnaire Revised Children's Anxiety and Depression Scale (RCADS) et ses sous-échelles.

- s'engager dans un processus de suivi et d'évaluation de l'adhésion au traitement et des compétences de l'intervenant, par exemple au moyen d'enregistrements vidéo ou audio, d'une vérification externe, s'il y a lieu.

1.5.2. Soyez conscients de l'impact du milieu familial ou scolaire ainsi que de l'environnement social élargi sur la persistance et le traitement du TAS :

- Centrez les *traitements* sur les besoins de l'enfant ou de l'adolescent sur les plans émotionnel, scolaire et social;
- Collaborez avec la famille et l'entourage, les enseignants, les autres adultes et les pairs de l'enfant ou de l'adolescent afin de créer un environnement favorisant l'atteinte des objectifs thérapeutiques convenus.

Traitement chez les enfants et les adolescents

1.5.3. Offrez aux enfants et aux adolescents qui présentent un TAS une intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une TCC en individuel ou en groupe centrée sur l'anxiété sociale (voir les [recommandations 1.5.4 et 1.5.5](#)). Envisagez d'impliquer la famille et l'entourage afin d'assurer une prestation efficace de l'intervention, particulièrement chez les jeunes enfants.

Prestation de traitements chez les enfants et les adolescents

*NOTE : Les recommandations en italiques et soulignées indiquent qu'elles 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, accessibles sur les sites des ordres professionnels. Dans le cadre du PQPTM, l'abréviation **TCC** (thérapie cognitivo-comportementale) réfère à l'exercice de la psychothérapie cognitivo-comportementale.*

1.5.4. Une intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une TCC en individuel devrait tenir compte de la maturité cognitive et émotionnelle de l'enfant ou de l'adolescent, et comprendre :

- 8 à 12 séances de 45 minutes;
 - pour l'enfant ou l'adolescent :
 - de l'éducation psychologique;
 - l'exposition aux situations sociales craintes ou évitées;
 - une formation axée sur les compétences sociales et des occasions de mettre en pratique ces compétences dans le cadre de situations sociales.
 - pour les parents :
 - de *l'éducation psychologique* et une formation axée sur les compétences, en particulier les parents de jeunes enfants, afin de favoriser et de renforcer l'exposition à des situations sociales craintes ou évitées et l'acquisition de compétences chez l'enfant.
- 1.5.5. Une intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales en groupe ou une TCC en groupe devrait tenir compte de la maturité cognitive et émotionnelle de l'enfant ou de l'adolescent, et comprendre :
- 8 à 12 séances de 90 minutes avec un groupe d'enfants ou d'adolescents de la même tranche d'âge;
 - pour l'enfant ou l'adolescent :
 - de l'éducation psychologique;
 - l'exposition aux situations sociales craintes ou évitées;
 - une formation axée sur les compétences sociales et des occasions de mettre en pratique ces compétences dans le cadre de situations sociales.
 - pour les parents :
 - de l'éducation psychologique;
 - une formation axée sur les compétences, en particulier les parents de jeunes enfants, afin de favoriser et de renforcer l'exposition à des situations sociales craintes ou évitées et l'acquisition de compétences chez l'enfant.
- 1.5.6. Envisagez d'offrir des *traitements* conçus pour les adultes **à des jeunes de 15 ans et plus** ayant les capacités cognitives et émotionnelles pour entreprendre un traitement à l'intention des adultes.

1.6. TRAITEMENTS NON RECOMMANDÉS POUR LE TAS

- 1.6.1. N'offrez pas systématiquement une pharmacothérapie pour le traitement du TAS chez les enfants et les adolescents.
- 1.6.2. N'offrez pas systématiquement des anticonvulsivants, des antidépresseurs tricycliques, des benzodiazépines ou des antipsychotiques pour le traitement du TAS chez les adultes.
- 1.6.3. N'offrez pas systématiquement des traitements basés sur la pleine conscience ou des thérapies de soutien pour le traitement du TAS.

- 1.6.4. N'offrez pas le millepertuis ou d'autres médicaments ou produits contre l'anxiété en vente libre pour le traitement du TAS. Informez la personne traitée de l'absence de données probantes appuyant une utilisation sécuritaire de ces produits ainsi que de leurs interactions possibles avec les médicaments d'ordonnance et les autres médicaments en vente libre.
- 1.6.5. N'offrez pas d'injections de toxine botulinique pour le traitement de l'hyperhidrose (transpiration excessive) chez les personnes qui présentent un TAS. Il n'existe pas de données probantes de bonne qualité démontrant les bienfaits des injections de toxine botulinique dans le traitement du TAS, et ces injections pourraient avoir des effets nocifs.
- 1.6.6. N'offrez pas la sympathectomie thoracique endoscopique pour le traitement de l'hyperhidrose chez les personnes qui présentent un TAS. Il n'existe pas de données probantes de bonne qualité démontrant les bienfaits de la sympathectomie thoracique endoscopique dans le traitement du TAS, et cette intervention pourrait avoir des effets nocifs.

1.7. PHOBIES SPÉCIFIQUES

Traitements non recommandés

- 1.7.1. N'offrez pas systématiquement un programme utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une TCC assistée par les technologies de l'information et des communications (TIC) pour le traitement de phobies spécifiques chez les adultes.

2. RECOMMANDATIONS DE RECHERCHE

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

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

2.1. RECOURS AUX INTERVENTIONS POUR LE TRAITEMENT DU TAS ET ENGAGEMENT À L'ÉGARD DE CELLES-CI CHEZ LES ADULTES

Quelles méthodes s'avèrent efficaces pour inciter les adultes présentant un TAS à avoir recours aux interventions et à s'y investir?

Pourquoi est-ce important?

Il existe des interventions efficaces pour le traitement du TAS, mais l'accès et le recours à ces services est problématique, si bien que plus de 50 % des personnes qui présentent un TAS ne recevront jamais de traitement. En ce qui concerne les personnes qui reçoivent un traitement, il n'est pas rare qu'elles attendent 10 ans ou plus.

Pour répondre à cette question, un plan de travail devrait être élaboré dans le but de mettre à l'essai différentes stratégies visant à stimuler le recours aux interventions et l'engagement envers celles-ci, notamment les suivantes :

- Évaluation et amélioration des trajectoires de services, en collaboration avec des personnes qui utilisent peu de services, à l'aide d'une série d'études de cohorte dont les paramètres d'évaluation comprendraient l'augmentation du recours aux services et de l'adhésion à l'égard de ceux-ci.
- Adaptation des interventions existantes pour le traitement du TAS, en collaboration avec des personnes utilisatrices de services. L'adaptation pourrait comprendre des modifications touchant le cadre ou les méthodes de prestation des interventions ou les intervenants qui en sont responsables. Ces interventions devraient faire l'objet d'un essai contrôlé randomisé (ECR) d'au moins 18 mois permettant d'évaluer les résultats à court terme et à moyen terme (y compris sur le plan de l'efficacité).

2.2. PSYCHOTHÉRAPIE COGNITIVO-COMPORTEMENTALE SPÉCIFIQUE OU GÉNÉRIQUE POUR LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS QUI PRÉSENTENT UN TAS

Quelles sont l'efficacité clinique et l'efficacité d'une psychothérapie cognitivo-comportementale spécifique pour les enfants et les adolescents présentant un TAS comparativement à une psychothérapie cognitivo-comportementale générique centrée sur l'anxiété?

Pourquoi est-ce important ?

Les enfants et les adolescents présentant un TAS sont généralement traités au moyen d'interventions psychologiques s'appliquant à un vaste éventail de troubles anxieux plutôt qu'à l'aide d'interventions centrées spécifiquement sur le TAS. Cette approche peut sembler plus simple et plus économique à mettre en œuvre, mais des données récentes indiquent que ces traitements génériques pourraient donner de moins bons résultats chez les enfants et les adolescents présentant un TAS que chez ceux présentant d'autres troubles anxieux. Les résultats des traitements génériques et ceux des programmes de traitement conçus spécialement pour l'anxiété sociale n'ont toutefois pas fait l'objet d'une comparaison directe.

Un ECR permettant d'évaluer les résultats à court et à moyen terme (y compris sur le plan de l'efficacité), et comprenant un suivi d'au moins 12 mois, devrait être mené afin de répondre à cette question.

Les résultats devraient être évalués au moyen d'entrevues cliniques structurées, de questionnaires validés remplis par la personne traitée et les parents ainsi que de mesures objectives des comportements. L'étude devrait avoir une envergure suffisante pour déterminer la présence d'effets cliniques importants, et les variables médiatrices et modératrices devraient être évaluées (en particulier l'âge de l'enfant ou de l'adolescent).

2.3. RÔLE DES PARENTS DANS LE TRAITEMENT DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS QUI PRÉSENTENT UN TAS

Quelle est la meilleure façon d'impliquer les parents dans le traitement des enfants et des adolescents (à différentes étapes de développement) présentant un TAS ?

Pourquoi est-ce important?

Il existe très peu de données permettant d'orienter le traitement du TAS chez les enfants de moins de 7 ans. Il est probable que le traitement sera plus efficace s'il est dispensé en totalité ou en partie par les parents. Les interventions parentales se sont avérées efficaces dans le traitement d'autres problèmes de santé mentale chez les enfants de ce groupe d'âge, et des données récentes indiquent que ces approches pourraient être utiles pour le traitement des jeunes enfants socialement anxieux.

De plus, il a été établi que l'apparition et le maintien du TAS chez les enfants et les adolescents de tous les groupes d'âge sont liés aux problèmes de santé mentale des parents et aux pratiques parentales, ce qui permet de croire qu'il serait possible d'obtenir de meilleurs résultats grâce à des interventions ciblant ces facteurs parentaux. Toutefois, les interventions destinées aux enfants et aux adolescents présentant un TAS varient considérablement en ce qui concerne la manière dont les parents s'impliquent dans le traitement et leur niveau d'implication, et les avantages d'impliquer les parents dans les interventions n'ont pas été établis.

La réponse à cette question devrait comporter deux volets :

- Des interventions centrées sur les parents devraient être élaborées en fonction d'une analyse systématique de la littérature, en collaboration avec les personnes utilisatrices de services.
- L'efficacité clinique et l'efficience de ces interventions, à différentes étapes du développement de l'enfant, devraient être comparées à celles des soins habituels (par exemple, la psychothérapie cognitivo-comportementale en groupe) dans le cadre d'un ECR. L'étude devrait faire état des résultats à court et à moyen terme (y compris sur le plan de l'efficience) et comprendre un suivi d'au moins 12 mois. Les résultats devraient être évalués au moyen d'entrevues cliniques structurées, de questionnaires validés remplis par la personne traitée et les parents ainsi que de mesures objectives des comportements. L'étude devrait avoir une envergure suffisante pour déterminer la présence d'effets cliniques importants, et les variables médiatrices et modératrices devraient être évaluées (en particulier l'âge de l'enfant ou de l'adolescent).

2.4. PSYCHOTHÉRAPIE COGNITIVO-COMPORTEMENTALE INDIVIDUELLE OU EN GROUPE POUR LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS QUI PRÉSENTENT UN TAS

Quelles sont l'efficacité clinique et l'efficience d'une psychothérapie cognitivo-comportementale individuelle et en groupe pour les enfants et les adolescents présentant un TAS?

Pourquoi est-ce important?

Dans la plupart des cas, l'évaluation systématique des interventions pour le traitement du TAS chez les enfants et les adolescents portait sur l'approche de groupe. Des études menées auprès de populations adultes indiquent toutefois que les traitements individuels sont associés à de meilleurs résultats et sont plus efficaces.

Pour répondre à cette question, un ECR devrait être mené afin de comparer l'efficacité clinique et l'efficience des traitements individuels avec les traitements en groupe chez les enfants et les adolescents présentant un TAS. L'étude devrait

faire état des résultats à court et à moyen terme (y compris sur le plan de l'efficacité) et comprendre un suivi d'au moins 12 mois. Les résultats devraient être évalués au moyen d'entrevues cliniques structurées, de questionnaires validés remplis par la personne traitée et les parents ainsi que de mesures objectives des comportements. L'étude devrait avoir une envergure suffisante pour déterminer la présence d'effets cliniques importants, et les variables médiatrices et modératrices devraient être évaluées (en particulier l'âge de l'enfant ou de l'adolescent ainsi que sa situation familiale et sociale).

Une méta-analyse d'ECR comparant les TCC en individuel et de groupe chez les enfants et adolescents a été publiée en 2021⁶⁵.

2.5. INTERVENTIONS COMBINÉES POUR LES ADULTES QUI PRÉSENTENT UN TAS

Quelles sont l'efficacité clinique et l'efficacité de la combinaison d'interventions psychologique et pharmacologique, comparativement à chacune de ces interventions, utilisée seule, dans le traitement des adultes présentant un TAS ?

Pourquoi est-ce important?

Des données probantes démontrent l'efficacité de la psychothérapie cognitivo-comportementale et des médicaments, en particulier les ISRS, dans le traitement du TAS. Il existe toutefois très peu de données sur la combinaison d'interventions psychologique et pharmacologique, et ce, malgré leur utilisation respective répandue. Mieux comprendre les coûts et les avantages du traitement combiné pourrait mener à des combinaisons plus efficaces et plus ciblées, si elles s'avéraient plus efficaces que les traitements par une seule intervention. L'étude fournirait également des informations importantes sur les bienfaits à long terme des médicaments.

Pour répondre à cette question, un ECR à trois bras, de grande envergure, devrait être mené afin de comparer l'efficacité clinique et l'efficacité d'un traitement combiné de la psychothérapie cognitivo-comportementale individuelle et d'un ISRS à la psychothérapie cognitivo-comportementale individuelle seule ou à un ISRS utilisé seul.

Les participants à l'étude qui reçoivent le médicament devraient se voir offrir ce dernier pendant un an. L'étude devrait faire état des résultats à court et à moyen terme (y compris sur le plan de l'efficacité) et comprendre un suivi d'au moins 24 mois. Le résultat principal devrait être le rétablissement de la personne, et les résultats secondaires, l'adhésion au traitement, l'expérience, les effets indésirables du médicament ainsi que le fonctionnement personnel et social.

L'étude devrait avoir une envergure suffisante pour déterminer la présence d'effets cliniques importants, et les variables médiatrices et modératrices devraient être évaluées.

⁶⁵ Guo et coll., 2021, "Individual vs. Group Cognitive Behavior Therapy for Anxiety Disorder in Children and Adolescents: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials", *Front Psychiatry*, 12:674267. <https://doi.org/10.3389%2Ffpsyt.2021.674267>

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 accessibles sur le site Web du NICE⁶⁶. *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 complet⁶⁷ fournit les détails concernant les méthodes et les données utilisées pour élaborer le guide de pratique. Ce document est une publication du National Collaborating Centre for Mental Health et *n'a pas été traduit ni contextualisé au Québec.*

3.2. Information à l'intention du public

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

3.3. Guides schématisés

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

⁶⁶ NICE (2011). Social anxiety disorder: recognition, assessment and treatment (Nice clinical guideline CG159).: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg159>

⁶⁷ Idem

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.

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 en italique sont contextualisées au Québec et ont été ajoutées par le MSSS.*

Accessibilité aux services

L'accessibilité aux soins et aux services est la facilité pour un usager d'obtenir un soin ou un service qui répond à ses besoins à toutes les étapes d'une trajectoire du fait de l'absence de barrières géographiques, économiques, individuelles, socioculturelles, organisationnelles. L'accessibilité est l'adéquation entre les caractéristiques de l'offre de soins et de services d'une organisation ou d'une trajectoire et les besoins de la population afin de fournir les soins et les services à l'endroit et au moment opportun.

Appréciation

Dans le cadre du PQPTM, l'appréciation renvoie 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'instruments⁶⁸ ».

Autonégligence

Au Québec, « L'autonégligence comprend une vaste gamme de comportements, distribués sur un continuum d'intensité, culturellement et socialement encadrés, effectués de façon intentionnelle ou non, qui résultent en un échec à répondre à ses propres besoins ou à se procurer des soins, et qui présentent un potentiel de conséquences négatives sur le bien-être, la santé et la sécurité de la personne et d'autrui⁶⁹ ».

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 présente le matériel aux personnes afin d'en faciliter l'utilisation.

Autosoins non dirigés

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

⁶⁸ Office des professions (2021). Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines : Guide explicatif. Montréal (Qc), 130 p. Consulté en ligne au : <https://www.opg.gouv.qc.ca/santementalere RelationsHumaines/domaine-de-la-sante-mentale-et-des-relations-humaines-projet-de-loi21/guide-explicatif>

⁶⁹ Calvé J. Bonifier la pratique psychosociale en contexte de maltraitance des personnes âgées par la création et l'utilisation de guides de pratique (Essai de maîtrise). Sherbrooke : Faculté des lettres et sciences humaines, École de travail social, Université de Sherbrooke, 2016.

de services puisse travailler de façon autonome et systématique à l'aide du matériel proposé pendant au moins six semaines.

Éducation psychologique

Dans le cadre du PQPTM, « L'éducation psychologique 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 soi⁷⁰ ». La littérature recensée réfère souvent au terme « psychoéducation » lorsqu'il est question de ce type d'intervention. Or, l'utilisation de ce terme pour parler d'éducation psychologique peut porter à confusion au Québec en raison d'une profession dont le nom est psychoéducation, et dont l'exercice va au-delà de l'éducation psychologique à laquelle font référence les termes anglais. En raison de ce risque de confusion pour le lecteur et du respect des lois et règlements en vigueur au Québec, le terme « psychoéducation » a été remplacé par « éducation psychologique ».

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 est 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 six séances hebdomadaires de deux heures, et le groupe a un ratio d'environ douze 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 habilités⁷¹ ».

Famille et entourage

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

Intervenant

« Intervenant » est un terme générique qui, dans le cadre du PQPTM, désigne l'ensemble des professionnels de la santé, y compris les médecins et les intervenants ne faisant pas partie d'un ordre professionnel qui travaillent auprès de la personne utilisatrice de services

⁷⁰ 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/>

⁷¹ 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.

et dont les responsabilités peuvent comprendre l'examen de ses besoins psychosociaux additionnels.

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, auquel cas il est possible d'utiliser des techniques cognitivo-comportementales mais qui ne correspondent pas à la psychothérapie telle que définie dans la loi.⁷²

Mesure clinique

Appréciation des résultats cliniques d'une personne, à l'aide de questionnaires validés scientifiquement, afin de déterminer si les soins et les services qu'elle reçoit sont bénéfiques.

Mesure clinique en continu

Appréciation systématique, avant chaque consultation, des résultats cliniques d'une personne, à l'aide de questionnaires validés scientifiquement, afin de déterminer si les soins et les services qu'elle reçoit sont bénéfiques.

Partenaire

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

Personne proche aidante

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

Le soutien apporté est continu ou occasionnel, à court ou à long terme, et est offert à titre non professionnel, de manière libre, éclairée et révocable, dans le but, notamment, de favoriser le rétablissement de la personne aidée, le maintien et l'amélioration de sa qualité de vie à domicile ou dans d'autres milieux de vie⁷³ ».

Pleine conscience

Dans le présent document, réfère à un traitement utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une psychothérapie cognitivo-comportementale (TCC) y intégrant des techniques de méditation nommées pleine conscience. Ce traitement vise à éviter la rechute ou la récurrence d'un trouble dépressif en permettant aux personnes de prendre conscience de leur corps, de leurs sensations, de leurs pensées et de leurs sentiments vécus au moment présent. L'intervention comprend généralement huit séances

⁷² Code des professions, L.R.Q., c. C-26.: <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showDoc/cs/C-26?&digest=>

⁷³ Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2021). Politique nationale pour les personnes proches aidantes - Reconnaître et soutenir dans le respect des volontés et des capacités d'engagement. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003000>

hebdomadaires de deux heures et quatre séances de suivi dans les douze mois suivant la fin du traitement.

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 médecins⁷⁴.

Professionnel dûment habilité

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

Professionnel autorisé à prescrire

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

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

Dans ce guide de pratique, ce terme réfère à une intervention faisant appel aux techniques cognitivo-comportementales et réalisée 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 neuf à douze 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 soutien⁷⁵. »

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, les états émotionnels et les problèmes actuels; développer des compétences pour reconnaître, surveiller, puis remplacer les pensées, croyances et interprétations

⁷⁴ Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2021). Politique nationale pour les personnes proches aidantes - Reconnaître et soutenir dans le respect des volontés et des capacités d'engagement. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003000>

⁷⁵ Code des professions, art. 187.1 (L.R.Q., c. C-26.)

problématiques associées aux symptômes ou 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.

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 autoadministrés.

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 constituent le premier niveau d'accès dans le réseau de la santé et des services sociaux. Ces services peuvent s'adresser à la population en général, tels que les services sociaux généraux, ou s'adresser à des services spécifiques liés à la déficience physique ou intellectuelle, au TSA, à la dépendance, etc.⁷⁶.

Services spécialisés de santé mentale (aussi appelés services de deuxième ligne)

Les services spécialisés 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 envoyées, en soutien 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 première 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 trouve 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 de l'entourage; assurer un soutien aux partenaires à l'intérieur de l'établissement et aux partenaires externes, y compris certains organismes communautaires.

⁷⁶ 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>.

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, 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 services⁷⁷. »

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 continuité⁷⁸.

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.

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 elle n'a jamais été traitée auparavant⁷⁹.

Trouble de l'usage d'une substance

Dans le cadre du PQPTM, le trouble de l'usage d'une substance 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 découlent⁸⁰.

⁷⁷ Ministère de la Santé et des Services sociaux (2015). Plan d'action en santé mentale 2015-2020 : faire ensemble et autrement. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001319/>

⁷⁸ 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. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2008/08-848-01.pdf>

⁷⁹ Office québécois de la langue française (2012). Fiche terminologique : traitement de première intention. https://gdt.oqlf.gouv.qc.ca/ficheOqlf.aspx?ld_Fiche=8362377#:-:text=Traitement%20dispens%C3%A9%20en%20premier%20lieu,a%20jamais%20%C3%A9t%C3%A9%20trait%C3%A9%20auparavant

⁸⁰ American Psychiatric Association (APA) (2022). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5-TR) (5e Éd. Text Revision). 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 de développement du guide de pratique du NICE formule une recommandation sur la base d'un compromis entre les bénéfiques et les effets néfastes associés à un service, en tenant compte de la qualité des données à l'appui. Pour certains services, le Groupe de développement du guide de pratique du NICE 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 que l'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 et services 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 d'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.

Formulation des recommandations adaptées provenant d'autres guides de pratique

Le NICE a commencé à utiliser cette approche afin de refléter la force des recommandations dans les guides de pratique dont l'élaboration a été entreprise après la publication de la version de 2009 du manuel sur la rédaction des guides de pratique (janvier 2009). Ces précisions ne s'appliquent pas à toute adaptation d'une recommandation provenant d'un guide de pratique dont la réalisation a débuté avant ce moment. Plus particulièrement, le verbe « envisagez » ne reflète pas nécessairement la force des recommandations adaptées.

