

Trouble obsessionnel-compulsif et obsession d'une dysmorphie corporelle

GUIDE DE PRATIQUE CLINIQUE



Publié par le NICE en novembre 2005, ce guide (CG31) a été simplifié en mai 2024, certaines recommandations ayant été retirées parce qu'elles concernaient des principes généraux déjà couverts dans d'autres guides; dernière mise à jour du MSSS, 2024.

Le guide de pratique clinique *Trouble obsessionnel-compulsif et obsession d'une dysmorphie corporelle* est tiré du guide *Obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder: treatment* © NICE [2005], qu'il est possible de consulter à <https://www.nice.org.uk/guidance/cg31>. Tous droits réservés. Les guides de pratique du NICE sont rédigés par 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

Cette publication a été réalisée par le Sous-ministériat aux services sociaux, à la santé mentale et à la réadaptation en collaboration avec la Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Le présent document est disponible uniquement en version électronique à l'adresse : publications.msss.gouv.qc.ca.

Pour plus d'information : Quebec.ca/gouv/santé-services-sociaux

DÉPÔT LÉGAL

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2026
ISBN 978-2-555-02972-9 (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 du MSSS

Monsieur Tung Tran, directeur général santé mentale, dépendance, neurodiversité et déficience physique Santé Québec.

Docteur Pierre Bleau, directeur national santé mentale, MSSS.

Madame Isabelle Fortin, directrice adjointe santé mentale adulte, psychiatrie légale et services carcéraux, Santé-Québec.

Madame Pascale-Andrée Vallières, directrice santé mentale jeunesse, dépendance, DITSADP, Santé Québec.

Rédaction et gestion de projet

Madame Julie Ducharme, psychologue, conseillère en santé mentale, volet PQPTM, Santé Québec.

Autres professionnels du Programme québécois pour les troubles mentaux : des autosoins à la psychothérapie (PQPTM)

Madame Annie-Claudie Canuel, psychologue, coordonnatrice du PQPTM et de l'accès aux services en santé mentale, Direction des services en santé mentale, MSSS.

Monsieur Steve Castonguay, conseiller en santé mentale volet PQPTM, Santé Québec.

Monsieur Frédéric Gervais, psychologue, conseiller en santé mentale volet PQPTM, Santé Québec.

Madame Dominique Bérubé, conseillère en santé mentale volet PQPTM, Santé Québec.

Andrée-Anne Roberge-Duquet, infirmière, conseillère en santé mentale volet PQPTM, Santé Québec.

Direction du CIUSSS de la Capitale-Nationale

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

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

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.

CIUSSS de la Capitale-Nationale

Madame Isabelle Beaumier, chef de service de l'UETMISSS et de la bibliothèque.

Madame Sylvie St-Jacques, responsable scientifique de l'UETMISSS et directrice scientifique du projet.

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

Madame Danielle Caron, agente de planification, de programmation et de recherche, professionnelle en ETMISSS.

Madame Moulikatou Adouni Lawani, agente de planification, de programmation et de recherche, professionnelle en ETMISSS.

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

Monsieur Walter Marcantoni, chef de service de l'UETMISSS et de la bibliothèque, et codirecteur scientifique du projet.

Monsieur Sébastien Barbat-Artigas, agent de planification, de programmation et de recherche, professionnel en ETMISSS.

Madame Vicky Brassard, agente de planification, de programmation et de recherche, professionnelle en ETMISSS.

Madame Sophie Audette-Chapdelaine, agente de planification, de programmation et de recherche, professionnelle en ETMISSS.

Madame Maude Dulac, agente de planification, de programmation et de recherche, professionnelle en ETMISSS.

Madame Ionela Gheorghiu, agente de planification, de programmation et de recherche, professionnelle en ETMISSS.

Madame Hinatea Lai, agente de planification, de programmation et de recherche, professionnelle en ETMISSS.

Membres du comité consultatif d'experts

Monsieur Denis Audet, médecin de famille, Groupe de médecine familiale universitaire Saint-François D'Assise, CIUSSS de la Capitale-Nationale.

Madame Karine Desharnais, pharmacienne, CIUSSS de la Capitale-Nationale, site CHUL-CPP-IUSMQ.

Madame Caroline Gauthier-Picard, psychoéducatrice et formatrice, Clinique Socio Santé, Gatineau.

Monsieur Corey Hoare, citoyen partenaire (psychologue de formation).

Madame Esthel Malenfant, pharmacienne, CIUSSS de la Capitale-Nationale, site IUSMQ.

Madame Sarah Marchand-Lacoursière, infirmière praticienne spécialisée en santé mentale, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Montréal.

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

Madame Marlène Minier, travailleuse sociale, clinique externe de psychiatrie, CISSS de Lanaudière.

Madame Tanh-Lan Ngô, psychiatre, département de psychiatrie adulte, CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal.

Madame Marie-Claude Potvin-Girard, pédopsychiatre (professeure de clinique), Université Laval.

Madame Pasquale Roberge, professeure titulaire et psychologue, Université de Sherbrooke.

Monsieur Gilbert Tremblay, psychologue et conseiller cadre en évaluation de programme, CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal.

Madame Julie Turcotte, médecin-psychiatre, clinique des troubles anxieux, CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal.

Révision linguistique

Plurielles et Singulières S.E.N.C.

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 les unités d'Évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et services sociaux (UETMISSS) des centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale (CIUSSS-CN) et de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal (CIUSSS-ODIM), en collaboration avec la Direction générale adjointe des services de santé mentale, dépendance et itinérance 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 différentes éditions du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM) et sur la Classification internationale des maladies (CIM), alors que le présent guide s'appuie sur le DSM-5-TR.

Le Québec est l'un des seuls endroits 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 qu'elle est définie par le [Code des professions](#). Ainsi, les recommandations indiquées en italiques et soulignées exigent que l'intervenant utilise son jugement clinique afin de déterminer 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](#). Pour ce faire, l'intervenant devra s'appuyer sur les divers documents produits dans le cadre des travaux interordres portant sur l'exercice de la psychothérapie et les interventions qui s'y apparentent¹.

Étant donné la thématique du présent guide, un certain nombre de recommandations abordent le suicide et le risque de passage à l'acte suicidaire. Le [Guide de bonnes pratiques en prévention du suicide à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux](#), ainsi que le [Guide de soutien pour intervenir auprès d'un enfant de 5 à 13 ans à risque suicidaire](#), accessibles en ligne, visent à soutenir les intervenants dans le développement de leurs compétences professionnelles en matière d'intervention auprès de personnes suicidaires.

Le guide de pratique clinique portant sur le trouble obsessionnel-compulsif et l'obsession d'une dysmorphie corporelle est l'une des composantes du PQPTM, lequel repose sur un modèle de soins par étapes fondé sur des données probantes. Les pratiques recommandées par le guide de pratique clinique s'inscrivent en complémentarité avec l'un des principes directeurs du [Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026 – S'unir pour un mieux-être collectif](#), en soulignant également l'importance de la mise en œuvre de pratiques axées sur le rétablissement, telles que les soins et services centrés sur la personne ainsi que l'implication de la famille et de l'entourage. Pour plus d'informations sur 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 \(PQPTM\)](#).

¹ 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 et 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*. https://www.orientation.qc.ca/files/OPQ_TravauxInterordres_Complet_FINAL_Web.pdf

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; le guide de pratique ne se substitue pas à la responsabilité professionnelle de prendre des décisions adaptées à la situation d'une personne, et ce, en consultation avec celle-ci, ainsi qu'avec *la famille et l'entourage*, le titulaire de l'autorité parentale ou le représentant *légal*, le cas échéant (*ci-après désignés comme la « famille » et l' « entourage »*).

Les établissements publics de santé et de services sociaux, de même que les fournisseurs de soins et services de santé, sont responsables de prendre les mesures nécessaires à la mise en application du guide de pratique pour que les intervenants et les personnes utilisatrices de services puissent en bénéficier. Ces démarches doivent s'effectuer en conformité avec les orientations nationales et locales, dans le respect des standards d'accès, d'intégration, de qualité, d'efficacité et d'efficience, *ainsi qu'en conformité avec la [Loi sur les services de santé et les services sociaux \(LSSSS\)](#)*. En effet, le contenu de ce guide ne saurait en aucun cas être interprété de manière à contrevenir à ces obligations professionnelles.

Les établissements publics de santé et de services sociaux, de même que les fournisseurs de soins et services, 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. *En ce sens, ils devraient intégrer volontairement les principes du développement durable dans la mise en œuvre des recommandations de ce guide de pratique, conformément au Plan d'action de développement durable du MSSS².*

² MSSS. (2024). *Plan d'action de développement durable 2023-2028* (publication n° 23-733-01W). <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003695/>

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
1.RECOMMANDATIONS	4
1.1 Principes régissant les soins <i>et services</i> offerts à l'ensemble des personnes présentant des <i>symptômes ou</i> un TOC, ou des <i>symptômes ou</i> une obsession d'une dysmorphie corporelle, ainsi qu'À leur famille ou à leur entourage	5
1.1.1 Compréhension.....	5
1.1.2 Continuité des <i>soins et services</i>	6
1.1.3 Religion et culture	6
1.1.4 Famille et entourage.....	7
1.2 Soins par étapes à l'intention des adultes, des adolescents et des enfants présentant des <i>symptômes ou</i> un TOC, ou <i>des symptômes ou</i> une obsession d'une dysmorphie corporelle	8
1.2.1 Schéma 1. Le modèle de soins par étapes.....	8
1.3 Étape 1 : Sensibilisation et repérage.....	8
1.4 Étape 2 : Repérage et démarche évaluative	9
1.4.1 TOC	10
1.4.2 Obsession d'une dysmorphie corporelle.....	11
1.5 Étapes 3 à 5 : Options de traitement pour les personnes présentant <i>des symptômes</i> <i>ou</i> un TOC ou <i>des symptômes ou</i> une obsession d'une dysmorphie corporelle.....	13
1.5.1 Options de traitement initial.....	14
1.5.2 Utilisation des <i>interventions psychosociales ou psychothérapies</i>	17
1.5.3 Utilisation des interventions pharmacologiques chez les adultes.....	20
1.5.4 Réponse insatisfaisante au traitement initial chez les adultes	24
1.5.5 Réponse insatisfaisante au traitement initial chez les enfants et les adolescents 28	
1.5.6 Utilisation de la pharmacothérapie chez les enfants et les adolescents.....	29
1.6 Étape 6 : Traitement intensif et services en unité d'hospitalisation pour les personnes présentant <i>des symptômes ou</i> un TOC, ou <i>des symptômes ou</i> une obsession d'une dysmorphie corporelle	33
1.7 Fin de traitement après le rétablissement.....	35
RECOMMANDATIONS POUR LA RECHERCHE	37
1. Traitement du TOC, de l'obsession d'une dysmorphie corporelle chez les adolescents et les jeunes adultes	37
2. Forme et intensité de l' <i>intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales</i> <i>ou de la TCC</i> dans le traitement des adultes présentant un TOC	37
3. <i>Intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou TCC</i> chez les adultes présentant un TOC qui n'ont pas répondu au traitement	38
4. Repérage des symptômes du TOC ou de l'obsession d'une dysmorphie corporelle	38
5. <i>Intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou TCC</i> chez les enfants et les adolescents présentant un TOC ou une obsession d'une dysmorphie corporelle	38
Annexe A : Renseignements techniques concernant les critères de vérification	39
Annexe B : Force des recommandations.....	46
TERMES UTILISÉS	48

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Objectif possible de la vérification : améliorer l'accès à des soins et services multidisciplinaires spécialisés pour les symptômes ou le TOC, ou les symptômes ou l'obsession d'une dysmorphie corporelle, tout au long de la vie d'une personne.....	39
Tableau 2. Objectif possible de la vérification : réduire l'attente dans le cadre de la trajectoire des soins et services pour les personnes faisant l'objet d'une nouvelle orientation pour le traitement des symptômes ou du TOC, ou des symptômes ou de l'obsession d'une dysmorphie corporelle	40
Tableau 3. Objectif possible de la vérification : améliorer le traitement initial chez les adultes présentant des symptômes ou un TOC légers, ou des symptômes ou une obsession d'une dysmorphie corporelle d'intensité légère, ou qui préfèrent un traitement non pharmacologique de basse intensité	41
Tableau 4. Objectif possible de la vérification : améliorer le traitement des adultes qui n'ont pas été en mesure de s'investir dans un traitement de basse intensité ou qui n'ont pas répondu à ce traitement.....	41
Tableau 5. Objectif possible de la vérification : améliorer le traitement des adultes présentant des symptômes ou un TOC et une altération moyenne du fonctionnement	42
Tableau 6. Objectif possible de la vérification : améliorer le traitement des adultes présentant une des symptômes ou une obsession d'une dysmorphie corporelle et une altération moyenne du fonctionnement	42
Tableau 7. Objectif possible de la vérification : améliorer les soins et services offerts aux enfants et aux adolescents qui présentent des symptômes ou un TOC et une altération moyenne ou grave du fonctionnement, de même qu'à ceux qui présentent des symptômes ou un TOC et une légère altération du fonctionnement s'ils ont refusé les autosoins dirigés ou si cette intervention s'est avérée inefficace	43
Tableau 8. Objectif possible de la vérification : améliorer les soins et services offerts aux enfants (de 8 à 11 ans) présentant des symptômes ou un TOC, ou des symptômes ou une obsession d'une dysmorphie corporelle, et une altération moyenne ou grave du fonctionnement en l'absence de réponse satisfaisante à une intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une TCC (comprenant l'EPR) impliquant la famille ou l'entourage	44
Tableau 9. Objectif possible de la vérification : améliorer le traitement des adolescents (de 12 à 18 ans) présentant des symptômes ou un TOC ou des symptômes, ou une obsession d'une dysmorphie corporelle, et une altération moyenne ou grave du fonctionnement en l'absence de réponse satisfaisante à une intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une TCC (comprenant l'EPR) impliquant la famille ou l'entourage.....	44
Tableau 10. Objectif possible de la vérification : améliorer le traitement des enfants et des adolescents qui présentent des symptômes ou une obsession d'une dysmorphie corporelle ...	45

LISTE DES SIGLES

Sigle	Définition
CAMH	Centre for Addiction and Mental Health
CANMAT	Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments
CIM	Classification internationale des maladies
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CIUSSS-CN	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale
CIUSSS-ODIM	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal
DSM	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>
DSM-5-TR	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i> (5 ^e éd., révision du texte)
ECG	Électrocardiogramme
EPR	Exposition avec prévention de la réponse
IMAO	Inhibiteurs de la monoamine oxydase
IRSN	Inhibiteur du recaptage de la sérotonine et de la noradrénaline
ISRS	Inhibiteur sélectif du recaptage de la sérotonine
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
PAISM	Plan d'action interministériel en santé mentale
PQPTM	Programme québécois pour les troubles mentaux : des autosoins à la psychothérapie
RSSS	Réseau de la santé et des services sociaux
TCC	Thérapie cognitivo-comportementale (psychothérapie)
TOC	Trouble obsessionnel-compulsif
UETMISSS	Unités d'évaluation des technologies et des modes d'interventions en santé et services sociaux

APERÇU

Le présent guide de pratique porte sur le repérage, la démarche évaluative (appréciation et évaluation), le diagnostic et le traitement du trouble obsessionnel-compulsif (TOC) et de l'obsession d'une dysmorphie corporelle chez les adultes, les adolescents et les enfants (de 8 ans et plus). Il a pour but d'améliorer le diagnostic et le traitement du TOC et de l'obsession d'une dysmorphie corporelle. Il comprend des recommandations sur ce que peuvent faire la famille et l'entourage pour soutenir les personnes qui présentent ces symptômes ou ces troubles, et sur ce que ces dernières peuvent faire pour obtenir du soutien pour elles-mêmes.

Certains autres guides de pratique rédigés par le NICE ont été contextualisés au Québec, soit les guides sur les [troubles mentaux fréquents](#), le [trouble d'anxiété généralisée et le trouble panique chez les adultes](#), le [trouble dépressif chez les enfants et les adolescents](#), le [trouble d'anxiété sociale](#), le [trouble stress post-traumatique](#) et le [trouble dépressif chez les adultes](#).

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 autres intervenants susceptibles d'être en contact avec des personnes présentant des symptômes ou un TOC ou encore, des symptômes ou une obsession d'une dysmorphie corporelle ou qui leur fournissent des services de santé ou d'autres services publics.
- Aux établissements publics de santé et des services sociaux et aux fournisseurs de services s'adressant aux personnes susceptibles de présenter des symptômes ou un TOC ou des symptômes ou une obsession d'une dysmorphie corporelle .
- Aux personnes susceptibles de présenter des symptômes ou un TOC, ou des symptômes ou une obsession d'une dysmorphie corporelle, de même qu'à leur famille et à leur entourage.

INTRODUCTION

Les troubles obsessionnels-compulsifs et apparentés se caractérisent par des pensées ou des comportements répétitifs difficiles à ignorer ou à éliminer³. Selon le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5^e éd., révision du texte) (DSM-5-TR)*⁴, plusieurs types de troubles obsessionnels-compulsifs et apparentés peuvent être distingués. Parmi ceux-ci, on retrouve le trouble obsessionnel-compulsif (TOC) et l'obsession d'une dysmorphie corporelle, qui partagent certaines caractéristiques, comme certaines comorbidités, un âge précoce d'apparition, une évolution chronique, une prédisposition génétique et des caractéristiques neurobiologiques⁵. Il est à noter que ces deux troubles coexistent fréquemment et que les personnes qui en souffrent présentent un risque accru de dépression, d'anxiété et de passage à l'acte suicidaire⁶.

Selon le *DSM-5-TR*, le diagnostic du TOC et celui de l'obsession d'une dysmorphie corporelle reposent sur l'anamnèse, c'est-à-dire sur la collecte, avant l'examen clinique, des informations indiciaires favorisant l'établissement du diagnostic. Dans le cadre de la démarche évaluative, bien que seule l'évaluation du trouble mental permette d'établir un diagnostic précis, d'autres activités peuvent fournir des informations sur les symptômes, leur sévérité et leur impact sur le fonctionnement de la personne, contribuant ainsi au choix d'un traitement approprié^{7,8}.

Le trouble obsessionnel-compulsif (TOC)

Le TOC se caractérise par la présence récurrente d'obsessions ou de compulsions, les deux étant généralement présentes de façon concomitante. Les obsessions sont des pensées, des images, des pulsions ou des envies ressenties comme intrusives, inopportunes ou inappropriées entraînant un sentiment d'anxiété ou de détresse^{3,7}. Certaines dimensions obsessionnelles symptomatiques sont fréquentes dans le TOC, notamment les obsessions liées à la propreté et à la symétrie, ainsi que les pensées interdites ou taboues³. L'évitement, autre caractéristique importante du TOC, se manifeste par la réduction des activités susceptibles de déclencher ces obsessions⁷. Les compulsions, pour leur part, sont des comportements ou des actes mentaux répétitifs que la personne se sent poussée à accomplir en réponse à une obsession et/ou selon certaines règles qui doivent être appliquées de manière rigide, ou encore pour éprouver un sentiment de complétude⁷. Parmi les compulsions les plus courantes, on retrouve des activités simples telles que nettoyer, ranger, vérifier, toucher et compter.

Les obsessions et les compulsions occupent une grande place dans la vie de la personne souffrant du TOC (p. ex. plus d'une heure par jour)^{3,7}. Les symptômes peuvent causer une altération du fonctionnement et/ou une détresse importante. Près de 50 % des personnes présentant un TOC auront des pensées suicidaires à un moment de leur vie et environ 10 à

³ American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5^e éd., révision du texte)*. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>

⁴ American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5e éd.)*. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>

⁵ American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5e éd.)*. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>

⁶ Eskander, N., Limbana, T. et Khan, F. (2020). Psychiatric comorbidities and the risk of suicide in obsessive-compulsive and body dysmorphic disorder. *Cureus*, 12(8), e9805. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32953317/>

⁷ Stein, D. J., Costa, D. L. C., Lochner, C., Miguel, E. C., Reddy, Y. C. J., Shavitt, R. G., van den Heuvel, O. A. et Simpson, H. B. (2019). Obsessive-compulsive disorder. *Nat Rev Dis Primers*, 5(1), 52. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31371720/>

⁸ Phillips, K. A. (2007). Suicidality in Body Dysmorphic Disorder. *Prim psychiatry*, 14(12), 58-66. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18449358>

25 % tenteront de se suicider⁹. Le risque de passage à l'acte suicidaire augmenterait en présence d'autres troubles, comme un trouble dépressif **Erreur ! Signet non défini.**

Dans la population générale, le taux de prévalence du TOC au cours de la vie est d'environ 1,3 %, bien qu'on note une variation, selon les études, allant de 0,3 à 3,2 %¹⁰. Au Canada, la prévalence du TOC diagnostiqué au cours de la vie chez les personnes de 15 ans et plus est d'environ une personne sur cent¹¹. Bien que la cause exacte du TOC demeure inconnue, environ 50 % des personnes souffrant de TOC voient leurs symptômes apparaître pendant l'enfance ou l'adolescence^{7,12}.

L'obsession d'une dysmorphie corporelle

L'obsession d'une dysmorphie corporelle se caractérise par des préoccupations concernant un ou plusieurs imperfections ou défauts perçus dans l'apparence physique, lesquels sont soit non observables, soit jugés minimes par autrui. Dans l'évolution de l'obsession d'une dysmorphie corporelle, des comportements répétitifs (p. ex. vérifications dans le miroir, soins de beauté excessifs, excoirations de la peau ou demandes de réassurance) ou encore, des actes mentaux (p. ex. comparaison de son apparence avec celle d'autrui) apparaissent en réponse à ces préoccupations³. Ces comportements sont difficiles à contrôler, occupent une place excessive dans le quotidien de la personne qui en souffre (p. ex. en moyenne de 3 à 8 heures par jour) et sont, de surcroît, associés à une détresse significative et/ou à une déficience fonctionnelle importante³. En effet, les personnes présentant une obsession d'une dysmorphie corporelle sont 4 fois plus susceptibles d'avoir des idées suicidaires et présentent 2,6 fois plus de risques de passage à l'acte suicidaire qu'une personne qui n'en souffre pas¹³.

Relativement peu sensibilisés au trouble de l'obsession d'une dysmorphie corporelle, les intervenants dans le domaine de la santé posent rarement les questions simples pouvant mener à son repérage. De plus, la honte faisant généralement partie des émotions présentes chez les personnes souffrant d'une obsession d'une dysmorphie corporelle, elles n'auront pas tendance à révéler la véritable nature de leur problème sans être directement interrogées^{14,15}. La prévalence de ce trouble dans la population adulte générale est de 1,9 %^{13,16}, bien qu'elle soit fort probablement sous-estimée. Environ deux tiers des cas d'obsession d'une dysmorphie corporelle débutent avant l'âge de 18 ans (l'âge moyen d'apparition serait 16-17 ans, alors que l'âge le plus habituel d'apparition de ces préoccupations serait 13 ans)¹⁷.

⁹ Eskander, N., Limbana, T. et Khan, F. (2020). Psychiatric comorbidities and the risk of suicide in obsessive-compulsive and body dysmorphic disorder. *Cureus*, 12(8), e9805. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32953317/>

¹⁰ Somers, J. M., Goldner, E. M., Waraich, P. et Hsu, L. (2006). Prevalence and incidence studies of anxiety disorders: a systematic review of the literature. *Can J Psychiatry*, 51(2), 100-113. <https://doi.org/10.1177/0706743706005100206>

¹¹ Osland, S., Arnold, P. D. et Pringsheim, T. (2018). The prevalence of diagnosed obsessive compulsive disorder and associated comorbidities: A population-based Canadian study. *Psychiatry Res*, 268, 137-142. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.07.018>

¹² Krebs, G. et Heyman, I. (2015). Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Arch Dis Child*, 100(5), 495-499. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2014-306934>

¹³ Singh, A. R. et Veale, D. (2019). Understanding and treating body dysmorphic disorder. *Indian J Psychiatry*, 61(Suppl 1), S131-S135. https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_528_18

¹⁴ Grant, J. E., Kim, S. W. et Eckert, E. D. (2002). Body dysmorphic disorder in patients with anorexia nervosa: prevalence, clinical features, and delusional of body image. *Int J Eat Disord*, 32(3), 291-300. <https://doi.org/10.1002/eat.10091>

¹⁵ Weingarden, H., Shaw, A. M., Phillips, K. A. et Wilhelm, S. (2018). Shame and defectiveness beliefs in treatment seeking patients with body dysmorphic disorder. *J Nerv Ment Dis*, 206(6), 417-422. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000808>

¹⁶ Veale, D., Gledhill, L. J., Christodoulou, P. et Hodsoll, J. (2016). Body dysmorphic disorder in different settings: A systematic review and estimated weighted prevalence. *Body Image*, 18, 168-186. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2016.07.003>

¹⁷ Bjornsson, A. S., Didie, E. R., Grant, J. E., Menard, W., Stalker, E. et Phillips, K. A. (2013). Age at onset and clinical correlates in body dysmorphic disorder. *Compr Psychiatry*, 54(7), 893-903. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.03.019>

Les recommandations formulées dans le présent guide de pratique ont été classées en fonction de la qualité des données probantes qui les soutiennent. La classification figurant dans le [guide de pratique clinique complet](#) (en anglais seulement) n'est pas présentée dans la présente version disponible en ligne.

1. RECOMMANDATIONS

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

La personne utilisatrice de services a le droit d'être impliquée dans toutes les discussions et de prendre des décisions éclairées concernant les soins et services qui lui sont offerts¹⁸. Les soins et services offerts doivent tenir compte des préférences et des besoins de chaque personne.

Les intervenants et les établissements doivent respecter les lois en vigueur au Québec, notamment celles relatives à l'obligation d'obtenir un consentement libre et éclairé de la personne utilisatrice de services, conformément aux dispositions prévues dans la [LSSSS](#) et au [Code civil du Québec](#), ainsi que celle qui reconnaît son droit de participer à toute décision concernant son état de santé ou son bien-être¹⁹. Ainsi, la prise de décision partagée entre la personne utilisatrice de services et les intervenants de la santé et des services sociaux qui les accompagnent devrait être favorisée. Les intervenants et les établissements 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](#).

Finalement, les professionnels doivent respecter les règlements prévus par le [Code des professions](#) ainsi que leurs obligations professionnelles, telles qu'énoncées dans leur code de déontologie et dans les divers documents portant sur les normes et standards de pratique.

Les recommandations

Les recommandations qui suivent ont été élaborées à partir des meilleures données probantes disponibles. Pour plus d'informations concernant la terminologie employée pour représenter la force des recommandations, consulter l'[Annexe B : Force des recommandations](#).

La [page Web sur la prise de décisions à l'aide des guides de pratique du NICE](#) (en anglais seulement) explique comment le choix des mots reflète la force des recommandations (c.-à-d. le degré de certitude avec lequel elles sont émises). Cette page Web fournit également de l'information au sujet de la prescription de médicaments (y compris en cas d'utilisation hors indication), des guides de pratique à l'intention des intervenants, des normes et des lois (notamment en matière de consentement et de capacité intellectuelle), ainsi que des mesures de protection.

Les intervenants devraient également tenir compte des guides du NICE portant sur la prestation des soins et services suivants (en anglais seulement) :

- [expérience des bébés, des enfants et des jeunes en matière de soins et services de santé;](#)
- [prise de décision et capacité mentale;](#)
- [adhésion aux médicaments;](#)

¹⁸ *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>

¹⁹ *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>

- [optimisation de la pharmacothérapie;](#)
- [multimorbidité;](#)
- [expérience des personnes utilisant les services de santé mentale pour les adultes;](#)
- [prise de décision partagée;](#)
- [transition des soins et services pour les enfants et les adolescents aux services pour les adultes.](#)

1.1 PRINCIPES RÉGISSANT LES SOINS ET SERVICES OFFERTS À L'ENSEMBLE DES PERSONNES PRÉSENTANT DES SYMPTÔMES OU UN TOC, OU DES SYMPTÔMES OU UNE OBSESSION D'UNE DYSMORPHIE CORPORELLE, AINSI QU'À LEUR FAMILLE OU À LEUR ENTOURAGE

Dans ce guide de pratique, les expressions « symptômes ou TOC » ou « symptômes ou obsession d'une dysmorphie corporelle » désignent à la fois les situations où des symptômes de ces troubles sont présents sans que les critères diagnostiques soient pleinement remplis, ainsi que les situations où un TOC ou une obsession d'une dysmorphie corporelle a été confirmé (par un diagnostic ou une évaluation du trouble mental). En effet, dans le cadre du PQPTM, il n'est pas toujours nécessaire de conclure à la présence d'un trouble mental pour que la personne ait accès aux traitements offerts. Toutefois, il est important de préciser que, pour certains types de traitements, particulièrement ceux recommandés pour des troubles mentaux graves, un professionnel pourra juger nécessaire de confirmer formellement la présence du trouble en question.

1.1.1 Compréhension

- 1.1.1.1 Les personnes présentant *des symptômes ou un TOC*, ou des *symptômes ou une obsession d'une dysmorphie corporelle*, éprouvent souvent de la honte ou de l'embarras relativement à leur condition et peuvent trouver très difficile de discuter de leurs symptômes avec des intervenants, des amis ou des membres de leur famille ou de leur entourage. Les intervenants devraient aider ces personnes, de même que leur famille ou leur entourage, s'il y a lieu, à comprendre la nature involontaire des symptômes, en leur offrant de l'information précise sur la compréhension actuelle de ces troubles dans une perspective psychologique et biologique, dans un format approprié.
- 1.1.1.2 Lors de l'évaluation des *symptômes ou d'un TOC*, ou des *symptômes ou d'une obsession d'une dysmorphie corporelle*, les intervenants devraient explorer, avec sensibilité, la détresse sous-jacente et l'incapacité fréquemment associées à ces symptômes ou troubles, en plus d'offrir des explications et de l'information lorsque nécessaire. Plus particulièrement, les personnes présentant des *symptômes ou un TOC*, chez qui les pensées obsessionnelles provoquent de la détresse, devraient être informées que de telles pensées viennent à l'esprit de presque tout le monde de façon occasionnelle et que, lorsqu'elles sont fréquentes et anxiogènes, elles constituent une caractéristique typique du TOC.

NOTE : Comme un faible niveau de littératie peut limiter la participation de la personne aux soins et services qui lui sont offerts, les stratégies de communication doivent être adaptées lors des échanges avec elle, sa famille et son entourage²⁰.

1.1.2 Continuité des soins et services

- 1.1.2.1 Comme les *symptômes* ou le TOC, ainsi que les *symptômes* ou l'obsession d'une dysmorphie corporelle, peuvent se manifester à différents moments de la vie d'une personne, une attention particulière devrait être portée au fait d'offrir des *soins et services* adaptés à tous les âges et d'assurer une transition harmonieuse entre les *soins et services* destinés à des âges spécifiques, notamment lors de la transition des services aux adolescents vers les services destinés aux adultes.
- 1.1.2.2 Une attention minutieuse devrait être portée à l'intégration et à la coordination efficaces des *soins et services* offerts aux personnes présentant des *symptômes* ou un TOC, ou des *symptômes* ou une obsession d'une dysmorphie corporelle, et ce, tant dans les services de première ligne que dans les services spécifiques ou spécialisés en santé mentale. Une entente claire et écrite devrait être établie entre les différents intervenants quant à la responsabilité de la surveillance et du traitement d'une personne présentant des *symptômes* ou un TOC ou des *symptômes* ou une obsession d'une dysmorphie corporelle. Une copie écrite de cette entente devrait être remise à la personne. Cette démarche, *tout comme la rédaction d'un plan d'intervention*, devrait s'effectuer en collaboration avec elle. *La famille et l'entourage devraient être impliqués, s'il y a lieu.*

NOTE : La recommandation 1.1.2.2 a été modifiée afin de l'adapter au contexte québécois. Bien que le guide original du NICE recommande l'utilisation du Care Program Approach pour rédiger une entente écrite, ce système d'organisation des soins et services en santé mentale, en vigueur au Royaume-Uni, ne l'est pas au Québec.

La recommandation vise la mise en place d'une offre de soins et services permettant la collaboration entre plusieurs services et favorisant la coordination des services dispensés à la personne par les divers intervenants. Au Québec, conformément à l'article 102 de la LSSSS, l'entente devrait être consignée dans un plan d'intervention élaboré pour la personne « [...] afin d'identifier ses besoins, les objectifs poursuivis, les moyens à utiliser et la durée prévisible pendant laquelle des services devront lui être fournis. ».

- 1.1.2.3 Les différents intervenants impliqués dans les *soins et services*, et dans le soutien offert à la personne, devraient communiquer entre eux.

1.1.3 Religion et culture

- 1.1.3.1 Les symptômes obsessionnels-compulsifs peuvent parfois être associés à la religion d'une personne, comme les obsessions religieuses et la scrupulosité (*préoccupation excessive liée au bien et au mal, ou à la moralité*), ou celles associées à certaines pratiques culturelles. Lorsque la frontière entre la pratique religieuse ou culturelle et les symptômes obsessionnels-compulsifs n'est pas claire, les intervenants devraient, avec le consentement de la personne, envisager d'obtenir l'avis et le soutien de leaders de la communauté religieuse ou culturelle concernée afin de soutenir le processus thérapeutique.

²⁰ MSSS. (2018). *Cadre de référence de l'approche de partenariat entre les usagers, leurs proches et les acteurs en santé et en services sociaux*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2018/18-727-01W.pdf>

1.1.4 Famille et entourage

Le document [Guide de bonnes pratiques pour l'implication des proches en santé mentale : considérer, intégrer, outiller](#) (MSSS, 2024) offre des pistes concrètes afin de soutenir la mise en œuvre de pratiques favorisant l'implication et la reconnaissance de la contribution des proches dans le processus de rétablissement des personnes présentant un trouble mental.

1.1.4.1 La *démarche évaluative* et les plans de traitement des personnes présentant des *symptômes* ou un TOC, ou des *symptômes* ou une obsession d'une dysmorphie corporelle, devraient, si cela s'avère approprié, inclure les membres de la famille ou de l'entourage concernés. Dans certains cas, en particulier chez les enfants et les adolescents, lorsque les symptômes du TOC ou de l'obsession d'une dysmorphie corporelle nuisent à la réussite scolaire ou au rendement professionnel, il peut être approprié de communiquer avec le personnel de l'établissement scolaire ou du milieu de travail concerné. La *démarche évaluative* devrait inclure les répercussions des rituels et des compulsions sur autrui (en particulier sur les enfants à charge), ainsi que le degré d'implication de l'entourage dans le soutien ou l'exécution des comportements liés au trouble.

Cette recommandation s'inscrit en cohérence avec [l'Entente de complémentarité des services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation](#) qui reconnaît l'école comme un milieu privilégié d'intervention où il est nécessaire de favoriser la présence et le soutien des intervenants du RSSS, afin de rendre plus efficaces les services offerts aux enfants et aux adolescents, ainsi qu'à leur famille et à leur entourage.

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](#), ainsi que celles du Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026²¹ (PAISM), les parents aux prises avec des difficultés complexes, dont celles liées à la santé mentale, devraient avoir un accès prioritaire aux soins et aux services, compte tenu des répercussions potentielles de l'absence de services sur leurs enfants. En cohérence avec cette recommandation, l'orientation vers les services en santé mentale doit être facilitée et des critères de priorisation devront être établis.

1.1.4.2 Si un enfant à charge est considéré comme étant à risque de présenter des problèmes sur les plans émotionnel, social ou de la santé mentale, en raison du comportement d'un parent présentant des *symptômes* ou un TOC, ou des *symptômes* ou une obsession d'une dysmorphie corporelle, et/ou en raison de l'implication de l'enfant dans des activités associées à ces comportements, une évaluation indépendante de l'enfant devrait être demandée. Si une telle évaluation est effectuée, le parent devrait être tenu informé à chaque étape du processus.

Toute divulgation d'information ou communication avec un tiers doit être effectuée dans le respect de la [Charte des droits et libertés de la personne](#) et du [Code des professions](#), en particulier lorsqu'il s'agit de jeunes de 14 ans et plus.

Si un intervenant a un motif raisonnable de croire que la sécurité ou le développement d'un enfant est ou pourrait être compromis, il a l'obligation de faire un signalement à la [Direction de la protection de la jeunesse \(DPJ\)](#).

²¹ MSSS. (2022). *Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026 – S'unir pour un mieux-être collectif* (publication n° 22-846-01W). <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003301/>

1.2 SOINS PAR ÉTAPES À L'INTENTION DES ADULTES, DES ADOLESCENTS ET DES ENFANTS PRÉSENTANT DES SYMPTÔMES OU UN TOC, OU DES SYMPTÔMES OU UNE OBSESSION D'UNE DYSMORPHIE CORPORELLE

Le modèle de soins par étapes met en lumière la diversité des besoins des personnes présentant des *symptômes* ou un TOC, ou des *symptômes* ou une obsession d'une dysmorphie corporelle, en tenant compte des caractéristiques de leur trouble *ou de leurs symptômes*, de leur situation personnelle et sociale, de leur âge, ainsi que des réponses requises des services. Le modèle fournit un cadre structurant l'offre de services de manière à identifier et à avoir accès aux traitements les plus efficaces.

Schéma 1. Le modèle de soins par étapes

Le [guide de pratique complet](#) présente le schéma des étapes du modèle de soins (*en anglais seulement, voir « Figure 1 » à la page 42*).

Le modèle de soins par étapes vise à offrir les traitements qui sont à la fois les plus efficaces et les moins intrusifs possibles, en fonction des besoins d'une personne. Le modèle suppose que l'évolution des *symptômes* ou du trouble fasse l'objet d'une surveillance, et que la personne soit orientée vers le niveau de services approprié en fonction de ses difficultés. Chaque étape introduit des traitements additionnels; les étapes les plus élevées supposent normalement que les traitements prévus aux étapes précédentes ont été offerts et/ou tentés, bien que, dans certaines situations, une personne peut être orientée vers le niveau approprié, quel qu'il soit. Les recommandations respectent les étapes présentées dans le schéma (*figure 1 du guide de pratique complet, page 42*).

À toutes les étapes de la démarche évaluative et du traitement, les membres de la famille ou de l'entourage devraient être impliqués, si cela s'avère approprié. Ceci est particulièrement important lors du traitement d'enfants ou d'adolescents présentant des *symptômes* ou un TOC, ou des *symptômes* ou une obsession d'une dysmorphie corporelle, où il peut également être utile d'impliquer d'autres personnes de leur réseau, telles que des enseignants, des intervenants œuvrant à la prévention et la promotion de la santé en milieu scolaire ou encore, des psychologues ou travailleurs sociaux en milieu scolaire.

1.3 ÉTAPE 1 : SENSIBILISATION ET REPÉRAGE

Bien que les formes les plus fréquentes des *symptômes* ou du TOC soient susceptibles d'être repérées lorsque les personnes évoquent leurs symptômes, les formes moins fréquentes des *symptômes* ou du TOC, ainsi que de nombreux cas de *symptômes* ou d'obsession d'une dysmorphie corporelle peuvent ne pas être reconnus, parfois pendant plusieurs années. Relativement peu d'intervenants en santé mentale ou de médecins de famille possèdent une expertise dans le repérage, l'évaluation, le diagnostic et le traitement des formes les plus rares de *symptômes* ou de TOC ou encore, de *symptômes* ou d'obsession d'une dysmorphie corporelle.

1.3.1.1 Chaque équipe offrant des services de première ligne, des services *spécifiques ou spécialisés en santé mentale* ou des *services Jeunesse* devrait avoir accès à une équipe multidisciplinaire spécialisée dans le TOC et l'obsession d'une dysmorphie corporelle. Cette équipe devrait être en mesure d'offrir des *soins et services* adaptés selon l'âge et de remplir les fonctions suivantes : améliorer les compétences des intervenants en santé mentale en matière d'*appréciation*, d'évaluation et de traitement fondé sur des données probantes des personnes présentant des *symptômes* ou un TOC, ou des *symptômes* ou une obsession d'une dysmorphie corporelle, offrir des conseils de grande qualité, comprendre les besoins liés à la famille et au développement et, si cela s'avère approprié, offrir une évaluation et une *intervention*

psychosociale ou une psychothérapie, ainsi qu'un traitement pharmacologique, de la part d'intervenants détenant cette expertise.

- 1.3.1.2 Les intervenants de ces équipes spécialisées dans le TOC et l'obsession d'une dysmorphie corporelle devraient collaborer avec les organismes communautaires œuvrant à l'échelle locale et nationale, afin d'accroître la sensibilisation et la compréhension de ces troubles et de faciliter l'accès à de l'information de grande qualité à ce sujet. Ce type d'information devrait également être mis à la disposition des intervenants des services de première ligne, des *services spécifiques ou spécialisés en santé mentale* et d'autres services publics susceptibles d'être en contact avec des personnes de tout âge présentant des *symptômes ou* un TOC, ou des *symptômes ou* une obsession d'une dysmorphie corporelle.
- 1.3.1.3 Les équipes multidisciplinaires spécialisées dans le TOC et l'obsession d'une dysmorphie corporelle devraient collaborer avec les personnes présentant ces *symptômes ou* troubles, et leur famille et leur entourage, afin d'offrir de la formation à tous les intervenants de santé mentale, aux chirurgiens esthétiques et aux professionnels en dermatologie.

1.4 ÉTAPE 2 : REPÉRAGE ET DÉMARCHE ÉVALUATIVE

Le repérage et l'appréciation des symptômes ou du TOC ou de l'obsession d'une dysmorphie corporelle sont des démarches qui ne sont pas systématiques. Elles peuvent être effectuées, entre autres, par l'entremise des diverses portes d'entrée du système de santé et des services sociaux. Ainsi, un intervenant qui soupçonne la présence de symptômes pouvant être associés à un TOC, ou à une obsession d'une dysmorphie corporelle chez une personne, ou qu'il estime que celle-ci pourrait se trouver dans une situation susceptible de favoriser leur apparition (facteurs prédisposants, précipitants, comorbidités, etc.), peut décider d'entreprendre ces démarches. Les intervenants tout particulièrement concernés par le repérage et l'appréciation de ces symptômes sont ceux qui œuvrent dans les services de première ligne, notamment dans les services sociaux généraux et les partenaires du réseau, qu'ils relèvent du secteur public, privé ou communautaire (ex. les groupes de médecine de famille [GMF], les établissements scolaires ou carcéraux), ainsi que ceux travaillant dans les services spécifiques ou spécialisés en santé mentale.

Le guide de pratique du NICE et les recherches sur lesquels sont basés les traitements recommandés utilisent le terme « évaluer » sans apporter de précision quant à la nature de cette « évaluation ». À la lumière de cette information, il n'est pas possible de déterminer avec certitude si la recommandation réfère à une appréciation des symptômes, à une évaluation professionnelle ou à une évaluation du trouble mental, telle que définie par le Code des professions et autres lois et règlements qui l'encadrent.

Afin de favoriser un accès opportun aux soins et services, de même que de permettre aux intervenants d'œuvrer pleinement dans leur champ de pratique, la démarche évaluative proposée dans le cadre du PQPTM comporte un continuum de possibilités, comme l'appréciation des symptômes et du fonctionnement, l'évaluation professionnelle ou encore, l'évaluation du trouble mental.

Ainsi, dans certaines situations, il n'est pas nécessaire de conclure à la présence d'un trouble mental ni de procéder à une évaluation professionnelle formelle avant d'offrir des interventions visant à aider une personne utilisatrice de services, sa famille et son entourage. Puisqu'un accès rapide aux services augmente la probabilité d'une amélioration significative de la condition de la personne, une appréciation (pouvant inclure la passation de questionnaires d'appréciation) peut, dans certains cas, fournir suffisamment d'informations pour cerner les principales difficultés vécues par la personne et l'orienter rapidement vers un service adapté à ses besoins,

conformément aux recommandations du NICE. Il est à noter que, tout comme le repérage, l'appréciation ne constitue pas une activité réservée en vertu du Code des professions.

Dans certaines situations plus complexes, toutefois, il pourra être essentiel de procéder à une évaluation plus approfondie. La démarche évaluative propose alors une évaluation menée par un professionnel dans le cadre de son champ d'exercice (évaluation réservée) ou, lorsque la situation l'exige, une évaluation du trouble mental effectuée par un professionnel habilité à offrir ce type d'évaluation²². L'intervenant a la responsabilité de s'assurer que ces activités réservées sont exercées dans le respect des dispositions légales.

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

1.4.1 TOC

1.4.1.1 Chez les personnes considérées comme étant à risque accru de présenter des *symptômes* ou un TOC (ex. présence de symptômes de trouble dépressif, de trouble anxieux, de troubles liés à l'usage de substances, d'obsession d'une dysmorphie corporelle ou de trouble des conduites alimentaires), ou chez celles qui fréquentent des cliniques de dermatologie, les intervenants devraient systématiquement explorer la possibilité de *symptômes* ou d'un TOC comorbides, en posant des questions directes sur ces symptômes, telles que les *questions de repérage* suivantes :

- Est-ce que vous lavez ou nettoyez beaucoup?
- Vérifiez-vous certaines choses souvent?
- Y a-t-il des pensées qui vous dérangent constamment et dont vous aimeriez vous débarrasser, mais en êtes incapable?
- Vous faut-il beaucoup de temps pour terminer vos tâches quotidiennes?
- Êtes-vous préoccupé par l'idée de placer les objets dans un ordre particulier, ou êtes-vous très contrarié par le désordre?
- Est-ce que ces problèmes vous perturbent?

1.4.1.2 Chez les personnes ayant reçu un diagnostic de TOC, les intervenants devraient évaluer les risques d'automutilation, de comportements autodestructeurs et de passage à l'acte suicidaire, en particulier si un trouble dépressif a également été diagnostiqué. Une partie de l'évaluation du risque devrait porter sur les répercussions des comportements compulsifs sur la personne et sur autrui. D'autres comorbidités, de même que les facteurs psychosociaux susceptibles d'accroître le risque, devraient également être considérés.

Le [Guide de bonnes pratiques en prévention du suicide à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux](#) est disponible en ligne et vise à soutenir les intervenants dans le rehaussement de leurs compétences professionnelles liées à l'intervention auprès de personnes suicidaires. De plus, le [Guide de soutien pour intervenir auprès d'un enfant de 5 à 13 ans à risque suicidaire](#) a pour objectif de soutenir le jugement clinique des intervenants qui accompagnent les enfants et adolescents à risque de passage à l'acte suicidaire, de même que leur famille et leur entourage.

²² Ordre des psychologues du Québec. (2020). *Évaluation des troubles mentaux*. <https://www.ordrepsy.qc.ca/evaluation-troubles-mentaux>

- 1.4.1.3 Si un intervenant a des doutes quant aux risques associés à des pensées intrusives à contenu agressif, de nature sexuelle, ou liées à la mort, rapportées par une personne présentant des *symptômes* ou un TOC, il devrait consulter un intervenant en santé mentale possédant une expertise spécifique en évaluation et en gestion du TOC. Ces thèmes sont fréquents chez les personnes présentant des *symptômes* ou un TOC, quel que soit leur âge, et sont souvent interprétés à tort comme des indicateurs de risque.

Si les réponses aux questions posées aux fins de repérage indiquent la présence possible de symptômes d'un TOC, amorcez alors la démarche évaluative, en débutant avec l'appréciation des symptômes et du fonctionnement. Si la condition de la personne requiert une évaluation plus approfondie, poursuivez la démarche évaluative avec l'évaluation répondant le mieux aux besoins de la personne, telle qu'une évaluation professionnelle (évaluation réservée) ou encore, une évaluation du trouble mental. Au besoin, orientez la personne vers un intervenant habilité à l'évaluation requise en fonction de sa condition et informez son médecin de famille ou son infirmière praticienne spécialisée de cette orientation, si la personne y consent.

Dans le cadre du PQPTM, deux questionnaires (validés et traduits en français) sont proposés pour les adultes : le Dimensional Obsessive-Compulsive Scale²³ (DOCS) pour l'appréciation des symptômes obsessionnels-compulsifs et le Work and Social Adjustment Scale²⁴ (WSAS) pour l'appréciation du fonctionnement. L'utilisation du Patient Health Questionnaire 9-item (PHQ-9²⁵), questionnaire d'appréciation des symptômes dépressifs, validé et traduit en français, est également suggéré étant donné la comorbidité importante de ce trouble avec le trouble dépressif.

Pour les enfants et les adolescents, deux questionnaires (validés et traduits en français) sont proposés : le Revised Children's Anxiety and Depression Scale²⁶ (RCADS) pour l'appréciation des symptômes du TOC, le Work and Social Adjustment Scale for Youth^{27,28} (WSAS-Y) pour l'appréciation des difficultés fonctionnelles, interpersonnelles et sociales. La sous-échelle des symptômes dépressifs du RCADS peut également fournir des informations très pertinentes, en raison de la forte comorbidité entre le TOC et le trouble dépressif.

1.4.2 Obsession d'une dysmorphie corporelle

- 1.4.2.1 Chez les personnes considérées comme étant à risque accru de présenter des *symptômes* ou une obsession d'une dysmorphie corporelle (ex. présence de symptômes de trouble dépressif, de trouble d'anxiété sociale, de troubles liés à

²³ Abramowitz, J. S., Deacon, B. J., Olatunji, B. O., Wheaton, M. G., Berman, N. C., Losardo, D., Timpano, K. R., McGrath, P. B., Riemann, B. C., Adams, T., Björgvinsson, T., Storch, E. A. et Hale, L. R. (2010). Assessment of obsessive-compulsive symptom dimensions: development and evaluation of the Dimensional Obsessive-Compulsive Scale. *Psychological Assessment*, 22(1), 180-198. <https://doi.org/10.1037/a0018260>

²⁴ Mundt, J. C., Marks, I. M., Shear, M. K. et Greist, J. M. (2002). The Work and Social Adjustment Scale: a simple measure of impairment in functioning. *The British Journal of Psychiatry*, 180(5), 461-464. <https://doi.org/10.1192/bjp.180.5.461>

²⁵ 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>

²⁶ Krause, K. R., Chung, S., Adewuya, A. O., Albano, A. M., Babins-Wagner, R., Birkinshaw, A., et al. (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)

²⁷ 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), 1-16. <https://doi.org/10.1007/s10826-018-1238-6>

²⁸ 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), 453-460. <https://doi.org/10.1007/s10578-020-00956-z>

l'usage de substances, de TOC ou de trouble des conduites alimentaires), ou chez les personnes qui présentent de légères imperfections ou déformations et qui cherchent à obtenir une intervention esthétique ou dermatologique, les intervenants devraient systématiquement envisager et explorer la possibilité de *symptômes ou d'une obsession d'une dysmorphie corporelle*.

1.4.2.2 Dans le cadre du *repérage* chez les personnes à risque accru de présenter des symptômes ou une dysmorphie corporelle, les cinq questions suivantes devraient être posées afin de faciliter l'identification des personnes présentant ces *symptômes ou ce trouble* :

- Vous souciez-vous beaucoup de votre apparence, et souhaiteriez-vous pouvoir moins y penser?
- Quelles préoccupations spécifiques avez-vous au sujet de votre apparence?
- Au cours d'une journée normale, pendant combien d'heures votre apparence vous préoccupe-t-elle? (Plus d'une heure par jour est considéré comme étant excessif.)
- Quelles conséquences cela a-t-il sur votre vie?
- Cela rend-il difficile de travailler ou d'être avec vos amis?

Si les réponses aux questions posées aux fins de repérage indiquent la présence possible de symptômes d'une obsession d'une dysmorphie corporelle, amorcez la démarche évaluative, en débutant avec l'appréciation des symptômes et du fonctionnement. Si la condition de la personne requiert une évaluation plus approfondie, poursuivez la démarche évaluative avec l'évaluation répondant le mieux aux besoins de la personne, telle qu'une évaluation professionnelle (évaluation réservée) ou encore, une évaluation du trouble mental. Au besoin, orientez la personne vers un intervenant habilité à l'évaluation requise en fonction de sa condition et informez son médecin de famille ou son infirmière praticienne spécialisée de cette orientation, si la personne y consent

Dans le cadre du PQPTM, deux questionnaires (validés et traduits en français) sont proposés pour les adultes : le Cosmetic Procedure Screening Questionnaire (COPS) for Body Dysmorphic Disorder²⁹ (COPS-BIQ) pour l'appréciation des symptômes de l'obsession d'une dysmorphie corporelle et le Work and Social Adjustment Scale³⁰ (WSAS) pour l'appréciation du fonctionnement. L'utilisation du Patient Health Questionnaire 9-item (PHQ-9³¹), questionnaire d'appréciation des symptômes dépressifs, validé et traduit en français est également suggérée étant donné la comorbidité importante de ce trouble avec le trouble dépressif.

Pour les enfants et les adolescents (18 ans et moins), deux questionnaires (traduits en français et validés) sont proposés : le Body Image Questionnaire—Child and Adolescent Version³² (BIQ-C-9) pour l'appréciation des symptômes de l'obsession d'une dysmorphie corporelle, et le Work

²⁹ Veale, D., Werner, T. G., Doshia, R., Serfaty, M. A. et Clarke, A. (2012). Development of a cosmetic procedure screening questionnaire (COPS) for body dysmorphic disorder. *Journal of Plastic Reconstructive & Aesthetic Surgery*, 65(4), 530-532. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22000332/>

³⁰ Mundt, J. C., Marks, I. M., Shear, M. K. et Greist, J. M. (2002). The Work and Social Adjustment Scale: a simple measure of impairment in functioning. *The British Journal of Psychiatry*, 180(5), 461-464. <https://doi.org/10.1192/bjp.180.5.461>

³¹ 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>

³² Schneider, S. C., Baillie, A. J., Mond, J., Turner, C. M. et Hudson, J. L. (2018). Measurement invariance of a body dysmorphic disorder symptom questionnaire across sex: The Body Image Questionnaire—Child and Adolescent Version. *Assessment*, 25(8), 1026-1035. <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1073191116679504>

and Social Adjustment Scale for Youth^{33,34} (WSAS-Y) pour l'appréciation des difficultés fonctionnelles, interpersonnelles et sociales. La sous-échelle des symptômes dépressifs du RCADS peut également fournir des informations très pertinentes, en raison de la forte comorbidité entre l'obsession d'une dysmorphie corporelle et le trouble dépressif.

- 1.4.2.3 Les personnes présentant une obsession d'une dysmorphie corporelle soupçonnée ou confirmée et qui désirent recourir à une chirurgie esthétique ou à un traitement dermatologique devraient faire l'objet d'une évaluation par un intervenant en santé mentale ayant une expertise spécifique dans la gestion de l'obsession d'une dysmorphie corporelle.
- 1.4.2.4 Chez les personnes ayant reçu un diagnostic d'obsession d'une dysmorphie corporelle, les intervenants devraient évaluer les risques d'automutilation, de comportements autodestructeurs et de passage à l'acte suicidaire, en particulier si un trouble dépressif a également été diagnostiqué. D'autres comorbidités, de même que les facteurs psychosociaux susceptibles d'accroître le risque, devraient également être considérés.
- 1.4.2.5 Tout enfant ou adolescent ayant reçu un diagnostic d'obsession d'une dysmorphie corporelle devrait faire l'objet d'une évaluation de l'idéation suicidaire et d'une évaluation complète des risques avant d'entreprendre un traitement. Si des risques sont identifiés, tous les intervenants impliqués, qu'ils œuvrent dans les services de première ligne ou les *services spécifiques ou spécialisés en santé mentale*, devraient en être informés, et des stratégies de gestion des risques appropriées devraient être mises en œuvre.

Le Guide de bonnes pratiques en prévention du suicide à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux et le Guide de soutien pour intervenir auprès d'un enfant de 5 à 13 ans à risque suicidaire sont disponibles en ligne et visent à soutenir les intervenants dans le rehaussement de leurs compétences professionnelles liées à l'intervention auprès de personnes suicidaires.

- 1.4.2.6 Les intervenants en santé mentale spécialisés dans l'obsession d'une dysmorphie corporelle devraient collaborer avec les chirurgiens esthétiques et les dermatologues afin de veiller à ce qu'un système de dépistage approuvé soit mis en place pour identifier avec précision les personnes présentant des *symptômes* ou une obsession d'une dysmorphie corporelle, et que des critères d'orientation approuvés soient établis. Ces intervenants devraient contribuer à offrir des opportunités de formation à l'intention des chirurgiens esthétiques et des dermatologues afin de les aider à repérer l'obsession d'une dysmorphie corporelle.

1.5 ÉTAPES 3 À 5 : OPTIONS DE TRAITEMENT POUR LES PERSONNES PRÉSENTANT DES SYMPTÔMES OU UN TOC OU DES SYMPTÔMES OU UNE OBSESSION D'UNE DYSMORPHIE CORPORELLE

Des traitements efficaces pour les *symptômes* ou le TOC, ainsi que pour les *symptômes* ou l'obsession d'une dysmorphie corporelle, devraient être offerts à tous les niveaux du système de santé. La différence des traitements offerts aux niveaux supérieurs reflétera une expérience

³³ 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), 1-16. <https://doi.org/10.1007/s10826-018-1238-6>

³⁴ 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), 453-460. <https://doi.org/10.1007/s10578-020-00956-z>

et une expertise grandissantes en lien avec la mise en œuvre d'un nombre restreint d'options de traitement. Pour de nombreuses personnes, le traitement initial pourrait être offert de manière optimale dans le cadre des services de première ligne. Toutefois, les personnes présentant une altération plus prononcée du fonctionnement, des comorbidités plus importantes ou une réponse insatisfaisante au traitement initial auront besoin de *soins et services* de la part d'équipes détenant un niveau d'expertise et d'expérience supérieur dans la gestion du TOC ou de l'obsession d'une dysmorphie corporelle.

Indépendamment du niveau de services, les recommandations qui suivent devraient être prises en compte lors du choix du traitement initial pour une personne présentant *des symptômes ou un TOC*, ou *des symptômes ou une obsession d'une dysmorphie corporelle*. Les recommandations spécifiques sur la manière d'offrir ces *services* sont détaillées dans les sections ultérieures.

Selon les organismes de réglementation, l'utilisation d'inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine (ISRS) pour le traitement du trouble dépressif chez l'enfant et l'adolescent peut être associée à l'apparition d'hostilité, d'automutilation ou de comportements autodestructeurs ou suicidaires, surtout au début du traitement. *Au moment de la parution initiale du présent guide de pratique (2005)*, il n'y avait pas de preuve évidente d'une augmentation du risque d'automutilation, de comportements autodestructeurs ou de pensées suicidaires chez les jeunes adultes de 18 ans ou plus.

Néanmoins, chaque personne se développe à un rythme qui lui est propre et, chez les jeunes adultes, le risque sous-jacent de passage à l'acte suicidaire est plus élevé que chez les adultes plus âgés. Par conséquent, les jeunes adultes recevant un traitement par un ISRS devraient faire l'objet d'une surveillance étroite à titre de précaution. Lors d'une rencontre tenue en février 2005, le groupe d'experts du comité sur l'innocuité des médicaments chargé des ISRS a indiqué qu'il était impossible d'exclure que le risque de passage à l'acte suicidaire, d'hostilité et d'autres effets indésirables observés dans le cadre d'études cliniques pédiatriques sur le trouble dépressif s'applique à l'utilisation de ces médicaments chez les enfants et les adolescents, quelle que soit l'indication. Par conséquent, les recommandations concernant l'utilisation des ISRS chez les personnes de tout âge présentant *des symptômes ou un TOC*, ou *des symptômes ou une obsession d'une dysmorphie corporelle*, tiennent compte de la position des organismes de réglementation à cet égard.

NOTE : Dans ce guide de pratique, les expressions « symptômes ou un TOC » ou « symptômes ou une obsession d'une dysmorphie corporelle » désignent à la fois les situations où des symptômes de ces troubles sont présents sans que les critères diagnostiques soient pleinement remplis, ainsi que les situations où un TOC ou une obsession d'une dysmorphie corporelle a été confirmé (par un diagnostic ou une évaluation du trouble mental). En effet, dans le cadre du PQPTM, il n'est pas toujours nécessaire de conclure à la présence d'un trouble mental pour que la personne ait accès aux traitements offerts. Toutefois, il est important de préciser que, pour certains types de traitements, notamment ceux recommandés pour des troubles mentaux graves, un professionnel pourra juger nécessaire de confirmer formellement la présence du trouble en question.

NOTE : L'organisation des services en Angleterre étant différente de celle du Québec, il peut parfois être difficile d'établir une correspondance exacte entre certains traitements recommandés dans les guides du NICE et les services équivalents dans le système québécois. De plus, en raison des particularités propres à certains territoires, les recommandations concernant les services responsables d'offrir les traitements reconnus efficaces pourraient différer.

1.5.1 Options de traitement initial

Les psychothérapies utilisées dans le traitement des personnes présentant *des symptômes ou un TOC* ou, ou *des symptômes ou une obsession d'une dysmorphie corporelle*, doivent être

offertes par des professionnels dûment habilités à l'exercice de la psychothérapie, conformément au [Code des professions](#) et au [Règlement sur le permis de psychothérapeute](#).

NOTE : Les guides du NICE et les recherches sur lesquelles ils s'appuient recommandent certains traitements, sans toutefois apporter suffisamment de précisions quant à leur nature pour distinguer, notamment, s'il s'agit de psychothérapie au sens de l'article 187.1 du Code des professions, ou plutôt d'interventions s'y apparentant. Ainsi, dans le cadre des guides du NICE, le mot « thérapie » est utilisé comme synonyme du terme « traitement » au sens générique et désigne un ensemble de mesures destinées à traiter un trouble, incluant la pharmacothérapie, la psychothérapie et les interventions s'y apparentant. En cohérence avec les guides du NICE, les recommandations des guides cliniques du PQPTM portant sur les traitements (en italiques et soulignées) utilisent donc le terme « thérapie » dans ce sens générique, englobant ainsi diverses modalités d'interventions. Il relève de la responsabilité de l'intervenant de s'assurer que 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, en s'appuyant sur les divers documents issus des travaux interordres à ce sujet³⁵. Il est à noter que, dans le cadre du PQPTM, l'abréviation TCC (thérapie cognitivo-comportementale) réfère à l'exercice de la psychothérapie cognitivo-comportementale.

De plus, les guides du NICE recommandent certains traitements en précisant parfois un nombre de rencontres ou d'heures. Ce nombre est issu des données de la recherche et reflète la durée du traitement s'étant avérée efficace pour la plupart des personnes le recevant, dans un contexte expérimental. Dans le cadre du PQPTM toutefois, ce nombre devra être ajusté en fonction des besoins spécifiques de la personne à qui le traitement est offert afin d'obtenir un résultat optimal, comme validé, notamment, par la mesure clinique en continu.

Adultes

L'intensité d'une intervention psychosociale ou d'une psychothérapie est déterminée en fonction du nombre d'heures qu'un intervenant consacre à une personne. Selon ce critère, la plupart des traitements en groupe sont considérés comme étant de basse intensité (moins de 10 heures par personne avec un intervenant), bien que chaque personne puisse recevoir un nombre d'heures de traitement beaucoup plus grand.

1.5.1.1 Lors du traitement initial chez des adultes présentant des *symptômes* ou un TOC, des *interventions psychosociales* ou une *psychothérapie* de basse intensité (incluant l'exposition avec prévention de la réponse [EPR] et jusqu'à 10 heures avec un intervenant) devraient être offertes si le degré d'altération du fonctionnement est léger ou si la personne exprime une préférence pour une approche de basse intensité. Les traitements de basse intensité incluent les suivants :

- *intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou TCC* individuelle brève (incluant l'EPR) faisant appel à du matériel d'autosoins structuré;
- *intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou TCC* individuelle brève (incluant l'EPR) par téléphone;
- *intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou TCC* en groupe (incluant l'EPR); notez que la personne pourrait bénéficier de plus de 10 heures de traitement avec ce format.

1.5.1.2 Les adultes présentant des *symptômes* ou un TOC, et une légère altération du fonctionnement, qui ne sont pas en mesure de s'investir dans *une intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une TCC* de basse intensité (incluant l'EPR), ou chez qui un traitement de basse intensité s'est avéré inadéquat, devraient se voir offrir le choix entre un traitement par un ISRS ou une *intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une TCC* d'intensité plus

³⁵ OPQ. (2018). *L'exercice de la psychothérapie et des interventions qui s'y apparentent*. Document des travaux interordres. https://www.orientation.qc.ca/files/OPQ_TravauxInterordres_Complet_FINAL_Web.pdf

élevée (incluant l'EPR et plus de 10 heures avec un intervenant) – deux traitements dont l'efficacité semble comparable.

- 1.5.1.3 Les adultes présentant des *symptômes* ou un TOC, et une altération moyenne du fonctionnement devraient se voir offrir le choix entre un traitement par un ISRS ou une intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une TCC d'intensité plus élevée (incluant l'EPR et plus de 10 heures avec un intervenant) – deux traitements dont l'efficacité semble comparable.
- 1.5.1.4 Les adultes présentant des *symptômes* ou un TOC, et une altération grave du fonctionnement devraient se voir offrir un traitement combiné associant un ISRS et une intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une TCC (incluant l'EPR).
- 1.5.1.5 Les adultes présentant des *symptômes* ou une obsession d'une dysmorphie corporelle, et une légère altération du fonctionnement devraient se voir offrir une intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une TCC (incluant l'EPR) individuelle ou en groupe, portant sur les principales caractéristiques de l'obsession d'une dysmorphie corporelle. La modalité la plus appropriée devrait être déterminée d'un commun accord entre la personne et l'intervenant.
- 1.5.1.6 Les adultes présentant des *symptômes* ou une obsession d'une dysmorphie corporelle, et une altération moyenne du fonctionnement devraient se voir offrir le choix entre un traitement par un ISRS ou une intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une TCC individuelle d'intensité plus élevée (incluant l'EPR), portant sur les principales caractéristiques de l'obsession d'une dysmorphie corporelle.
- 1.5.1.7 Les adultes présentant des *symptômes* ou une obsession d'une dysmorphie corporelle et une altération grave du fonctionnement devraient se voir offrir un traitement combiné associant un ISRS et une intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une TCC (incluant l'EPR), portant sur les principales caractéristiques de l'obsession d'une dysmorphie corporelle.

Enfants et adolescents

- 1.5.1.8 Chez les enfants et les adolescents présentant des *symptômes* ou un TOC et une légère altération du fonctionnement, des autosoins dirigés peuvent être envisagés, conjointement avec du soutien et de l'information à l'intention de la famille et de l'entourage.
- 1.5.1.9 Les enfants et les adolescents présentant des *symptômes* ou un TOC et une altération moyenne ou grave du fonctionnement, ainsi que ceux présentant une légère altération du fonctionnement, mais ayant refusé les autosoins dirigés, ou pour qui ces derniers se sont avérés inefficaces, devraient se voir offrir, à titre de traitement de première intention, une intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une TCC (incluant l'EPR) adaptée à l'âge de développement de l'enfant et impliquant la famille ou l'entourage. Des modalités individuelles ou en groupe devraient être offertes, selon les préférences de l'enfant ou de l'adolescent, ainsi que celles de sa famille ou de son entourage.
- 1.5.1.10 Tous les enfants et adolescents présentant des *symptômes* ou une obsession d'une dysmorphie corporelle devraient se voir offrir, à titre de traitement de première intention, une intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une TCC (incluant l'EPR) adaptée à l'âge de développement de l'enfant ou de l'adolescent et impliquant la famille ou l'entourage.

- 1.5.1.11 Si une *intervention psychosociale* ou une psychothérapie est refusée par un enfant ou un adolescent présentant des *symptômes* ou un TOC, ou des *symptômes* ou une obsession d'une dysmorphie corporelle, et par sa famille ou son entourage, ou s'ils sont incapables de s'investir dans le traitement, l'utilisation d'un ISRS peut être envisagée, avec des mesures particulières, afin d'assurer une surveillance minutieuse des effets indésirables.
- 1.5.1.12 La présence simultanée de comorbidités, de difficultés d'apprentissage ou de facteurs de risque psychosociaux persistants tels que des conflits familiaux, ou encore la présence de problèmes de santé mentale chez les parents, peut expliquer l'absence de réponse à tout traitement chez un enfant ou un adolescent présentant des *symptômes* ou un TOC, ou des *symptômes* ou une obsession d'une dysmorphie corporelle. D'autres traitements ciblant ces aspects devraient être envisagés. L'enfant ou l'adolescent aura tout de même besoin de traitements reposant sur des données probantes pour les *symptômes* ou le TOC, ou les *symptômes* ou l'obsession d'une dysmorphie corporelle qu'il présente.

NOTE : 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, ainsi que celles du PAISM, les parents aux prises avec des problèmes complexes, dont ceux liés à la santé mentale, devraient avoir un accès prioritaire aux soins et aux services, compte tenu des répercussions potentielles de l'absence de services sur leurs enfants. En cohérence avec cette recommandation, l'orientation vers les services en santé mentale doit être facilitée et des critères de priorisation devront être établis.

1.5.2 Utilisation des interventions psychosociales ou psychothérapies

Formation

- 1.5.2.1 Tous les intervenants offrant des *interventions psychosociales* ou *psychothérapies* à des personnes de tous âges présentant des *symptômes* ou un TOC, ou des *symptômes* ou une obsession d'une dysmorphie corporelle, devraient recevoir une formation appropriée sur les traitements qu'ils offrent et faire l'objet d'un soutien clinique continu.

NOTE : La recommandation 1.5.2.1 a été modifiée afin de l'adapter au contexte québécois. Bien que le guide original du NICE mentionne la nécessité de se conformer aux recommandations sur l'organisation et sur la prestation des soins et services en vigueur au Royaume-Uni au moment de la parution du guide de pratique en 2005, celle-ci peut être différente au Canada.

Adultes

- 1.5.2.2 Chez les adultes présentant des pensées obsessionnelles, sans toutefois présenter de compulsions manifestes, une *intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une TCC* (incluant l'exposition aux pensées obsessionnelles et la prévention de la réponse ciblant les rituels mentaux et les stratégies de neutralisation) devrait être envisagée.
- 1.5.2.3 Chez les adultes présentant des *symptômes* ou un TOC, une thérapie cognitive adaptée au TOC peut être envisagée en complément à une EPR, afin d'optimiser l'atténuation des symptômes à long terme.

NOTE : Les guides du NICE et les recherches sur lesquelles ils s'appuient recommandent certains traitements, sans toutefois apporter suffisamment de précisions quant à leur nature pour distinguer, notamment, s'il s'agit de psychothérapie au sens de l'article 187.1 du Code des professions, ou plutôt d'interventions s'y apparentant. Ainsi, dans le cadre des guides du NICE, le mot « thérapie » est utilisé comme synonyme du terme « traitement » au sens générique et désigne un ensemble de mesures destinées à traiter un trouble, incluant la pharmacothérapie, la psychothérapie et les interventions s'y

apparentant. Les recommandations des guides cliniques du PQPTM étant basées sur celles du NICE, le terme « thérapie » doit donc être interprété ici dans un sens générique pouvant englober diverses modalités d'interventions. Il relève de la responsabilité de l'intervenant de s'assurer que 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, en s'appuyant sur les divers documents issus des travaux interordres à ce sujet³⁶.

- 1.5.2.4 Chez les adultes présentant des *symptômes* ou un TOC, vivant avec des membres de leur famille ou de leur entourage, l'implication de l'un d'eux comme co-intervenant dans l'EPR devrait être envisagée, si cela est jugé approprié et acceptable par les personnes concernées.
- 1.5.2.5 Chez les adultes présentant des *symptômes* ou un TOC, avec une altération plus grave du fonctionnement, et qui sont confinés à la maison, incapables ou réticents à se rendre dans un établissement de santé et de services sociaux, ou chez qui l'accumulation d'objets représente un problème important, une période de traitement à domicile peut être envisagée.

Cette recommandation est cohérente avec l'axe 6 du [Plan d'action interministériel en santé mentale \(PAISM\) 2022-2026 – S'unir pour un mieux-être](#), qui encourage la mise en place d'alternatives à l'hospitalisation en psychiatrie.

- 1.5.2.6 Chez les adultes présentant des *symptômes* ou un TOC, avec une altération plus grave du fonctionnement, et qui sont confinés à la maison et incapables d'entreprendre un traitement à domicile en raison de la nature de leurs symptômes (ex. des préoccupations liées à la contamination ou à l'accumulation d'objets empêchant l'intervenant d'avoir accès à leur domicile), une période *d'intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une TCC* par téléphone ou par télésanté peut être envisagée.

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

La télésanté³⁷ (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 des orientations entourant l'utilisation de cette modalité visant à encourager la modernisation de la réponse aux besoins des personnes.

- 1.5.2.7 Chez les adultes présentant des *symptômes* ou un TOC, qui refusent ou qui ne sont pas en mesure de s'investir dans des traitements qui incluent l'EPR, une thérapie cognitive individuelle spécifiquement adaptée au TOC peut être envisagée.
- 1.5.2.8 Lorsque des adultes présentant des *symptômes* ou un TOC demandent des formes d'*intervention psychosociale* ou de *psychothérapie* autres qu'une *intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une TCC* (ex. la psychanalyse, l'analyse transactionnelle, l'hypnose ou la thérapie de couple), à titre de traitement spécifique pour les *symptômes* ou le TOC, ils devraient être informés qu'il n'existe à l'heure actuelle, aucune donnée concluante indiquant que ces autres traitements ont un effet important sur le plan clinique.

³⁶OPQ. (2018). *L'exercice de la psychothérapie et des interventions qui s'y apparentent*. https://www.orientation.qc.ca/files/OPQ_TravauxInterordres_Complet_FINAL_Web.pdf

³⁷ MSSS. (2022). *Réseau québécois de la télésanté*. <https://telesantequebec.ca/professionnel/>

- 1.5.2.9 Lorsque des membres de la famille ou de l'entourage de personnes présentant des *symptômes* ou un TOC, ou des *symptômes* ou une obsession d'une dysmorphie corporelle, se retrouvent impliqués dans des comportements compulsifs, d'évitement ou de recherche de réassurance, le plan de traitement devrait les aider à réduire leur implication en lien avec de tels comportements, d'une manière soutenante et avec sensibilité.
- 1.5.2.10 Les adultes présentant des *symptômes* ou un TOC, ou des *symptômes* ou une obsession d'une dysmorphie corporelle, et une altération significative du fonctionnement pourraient avoir besoin d'un soutien approprié pour les déplacements et le transport afin de leur permettre de suivre leur traitement.
- 1.5.2.11 Vers la fin du traitement, les intervenants devraient expliquer aux adultes présentant des *symptômes* ou un TOC, ou des *symptômes* ou une obsession d'une dysmorphie corporelle, comment les principes appris peuvent être appliqués aux mêmes symptômes ou à d'autres symptômes, s'ils apparaissent ultérieurement.

Enfants et adolescents

Les *interventions psychosociales* ou *psychothérapies* destinées aux enfants et aux adolescents devraient être mises en œuvre selon une approche collaborative et impliquer la famille ou l'entourage. Lorsqu'ils recourent à ces traitements, les intervenants devraient tenir compte de la situation dans son ensemble, ainsi que des autres intervenants impliqués auprès de la personne. Les recommandations concernant l'utilisation des *interventions psychosociales* ou *psychothérapies* chez les adultes peuvent également être envisagées, si cela s'avère approprié.

1.5.2.12 Dans le cadre d'une *intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales* ou une *TCC* chez les enfants ou les adolescents présentant des *symptômes* ou un TOC, ou des *symptômes* ou une obsession d'une dysmorphie corporelle, une attention particulière devrait être accordée aux éléments suivants :

- développer et maintenir une bonne alliance thérapeutique avec l'enfant ou l'adolescent, de même qu'avec les membres de sa famille ou de son entourage;
- maintenir un sentiment d'optimisme, autant chez l'enfant ou l'adolescent, que chez les membres de sa famille ou de son entourage;
- identifier les objectifs initiaux et ultérieurs du traitement, en collaboration avec l'enfant ou l'adolescent;
- impliquer activement les membres de la famille ou de l'entourage dans la planification et la mise en œuvre du traitement, particulièrement dans le cadre de l'EPR pour laquelle il peut leur être demandé d'assister l'enfant ou l'adolescent, si cela s'avère approprié et acceptable;
- encourager l'utilisation de l'EPR si des symptômes nouveaux ou différents apparaissent à la suite d'un traitement réussi;
- assurer la liaison avec les autres intervenants impliqués auprès de l'enfant ou de l'adolescent, y compris les enseignants, les travailleurs sociaux et autres intervenants, surtout si les comportements compulsifs interfèrent avec le fonctionnement normal de l'enfant ou de l'adolescent;
- offrir une ou plusieurs séances supplémentaires si nécessaire lors des contacts de suivi, une fois *l'intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales* ou la *TCC* complétée.

Cette recommandation s'inscrit en cohérence avec l'Entente de complémentarité des services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation, qui reconnaît

l'école comme un milieu privilégié d'intervention où il est nécessaire de favoriser la présence et le soutien des intervenants du RSSS pour rendre plus efficaces les services offerts aux enfants et aux adolescents, ainsi qu'à leur famille et à leur entourage.

NOTE : Dans le cadre du PQPTM, les contacts de suivi désignent généralement les contacts offerts à la suite d'un traitement complété. Leur objectif principal est de s'assurer que l'amélioration observée à la fin du traitement se maintient (notamment à l'aide de questionnaires d'appréciation) et de répondre rapidement aux besoins de la personne lorsque ce n'est pas le cas, afin d'éviter une détérioration. Du soutien et certains conseils peuvent également être offerts à la personne dans le cadre de ces rencontres.

1.5.2.13 Dans le cadre de *l'intervention psychosociale ou de la psychothérapie* chez les enfants et les adolescents présentant des *symptômes* ou un TOC, ou des *symptômes* ou une obsession d'une dysmorphie corporelle, les intervenants devraient envisager le recours à une forme de récompense afin d'accroître leur motivation et de renforcer les modifications comportementales souhaitées.

1.5.3 Utilisation des interventions pharmacologiques chez les adultes

Au Québec, l'activité de prescrire des médicaments, est une activité 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 dans le respect de ceux-ci, ainsi que du [Règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin](#) et de leurs obligations professionnelles, incluant les normes et standards de pratique.

De plus, il est présumé que les professionnels autorisés à prescrire des médicaments se réfèrent également à la monographie du médicament. Lorsque des données probantes le justifient, le présent guide de pratique recommande l'utilisation de certains médicaments pour des indications qui ne figurent pas dans leur autorisation de commercialisation au Canada au moment de sa publication (utilisation hors indication).

Par ailleurs, d'autres organisations provinciales ou fédérales pourraient également avoir publié en ligne de la documentation portant sur la nature et la séquence des traitements pharmacologiques à privilégier pour le traitement du TOC ou de l'obsession d'une dysmorphie corporelle. Un guide de pratique canadien pour la gestion des troubles anxieux, obsessionnel-compulsifs et de stress post-traumatique³⁸ a notamment émis des recommandations pouvant différer de celles figurant dans le présent guide. 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.

Les données publiées à l'heure actuelle suggèrent que les ISRS sont efficaces dans le traitement des adultes présentant des *symptômes* ou un TOC, ou des *symptômes* ou une obsession d'une dysmorphie corporelle, bien que les données concernant le second trouble soient limitées et moins certaines. Cependant, les ISRS peuvent augmenter le risque de pensées suicidaires, d'automutilation et de comportements autodestructeurs chez les adultes présentant des *symptômes* ou un trouble dépressifs, et chez les personnes plus jeunes. À l'heure actuelle, il n'est pas clairement établi qu'il existe un risque accru pour les personnes présentant des *symptômes* ou un TOC, ou des *symptômes* ou une obsession d'une dysmorphie corporelle. Les organismes de réglementation recommandent la prudence lors de l'utilisation d'ISRS, tant qu'aucune différence en matière d'innocuité n'a été démontrée.

³⁸ Katzman, M. A., Bleau, P., Blier, P., Chokka, P., Kjernisted, K., Van Ameringen, M. et al. (2014). Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. *BMC psychiatry*, 14(Suppl 1), S1. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-S1-S1>

Si la situation le requiert, intervenez conformément aux bonnes pratiques, aux lois, aux politiques et aux procédures en place au Québec et dans les établissements, notamment la [Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui](#) et le [Cadre de référence en matière d'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui – Garde en établissement de santé et de services sociaux](#).

Débuter le traitement

1.5.3.1 Les préoccupations fréquentes concernant la prise de médicaments pour les *symptômes* ou le TOC, ou pour les symptômes ou l'obsession d'une dysmorphie corporelle, devraient être abordées. Les personnes devraient être informées, à la fois verbalement et au moyen de matériel écrit, que :

- la prise de médicaments n'est pas associée à de la tolérance ou à un état de manque;
- il y a un risque de symptômes d'arrêt ou de retrait, lors de l'arrêt du médicament, de l'oubli de doses ou de la réduction de la dose;
- une gamme d'effets indésirables peut survenir, incluant une aggravation de l'anxiété, des pensées suicidaires, de l'automutilation et des comportements autodestructeurs, lesquels doivent faire l'objet d'une surveillance minutieuse, surtout au cours des premières semaines de traitement;
- il faut généralement compter jusqu'à 12 semaines pour que le traitement fasse effet, bien que les symptômes dépressifs s'améliorent plus rapidement;
- la prise d'un médicament ne devrait pas être perçue comme un signe de faiblesse.

Surveillance des risques

1.5.3.2 Les adultes présentant des *symptômes* ou un TOC, ou des *symptômes* ou une obsession d'une dysmorphie corporelle, qui commencent un traitement par un ISRS et qui ne présentent pas un risque accru de passage à l'acte suicidaire, d'automutilation ou de comportements autodestructeurs, devraient faire l'objet d'une surveillance étroite et de rencontres régulières à une fréquence appropriée. Les modalités de ce suivi devraient être établies conjointement par la personne et l'intervenant, et être consignées au dossier.

Le [Guide de bonnes pratiques en prévention du suicide à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux](#) est disponible en ligne et vise à soutenir les intervenants dans le rehaussement de leurs compétences professionnelles liées à l'intervention auprès de personnes suicidaires.

1.5.3.3 En raison d'une possible augmentation du risque de pensées suicidaires, d'automutilation et de comportements autodestructeurs au début du traitement par un ISRS, les intervenants devraient assurer une surveillance minutieuse et régulière auprès des adultes de moins de 30 ans présentant des *symptômes* ou un TOC, ou des *symptômes* ou une obsession d'une dysmorphie corporelle, de même qu'auprès des personnes présentant ces *symptômes* ou troubles avec des *symptômes* ou troubles dépressifs comorbides, ainsi qu'auprès de celles qui sont considérées comme présentant un risque accru de passage à l'acte suicidaire.

Si cela s'avère approprié, et avec l'accord de la personne et de l'intervenant, les membres de la famille et de l'entourage peuvent également participer à la surveillance, jusqu'à ce que le risque ne soit plus considéré comme significatif. Les modalités de suivi devraient être établies entre la personne et l'intervenant des services de santé et être consignées au dossier.

- 1.5.3.4 Chez les adultes présentant des *symptômes* ou un TOC ou des *symptômes* ou une obsession d'une dysmorphie corporelle, et un risque élevé de passage à l'acte suicidaire, il est recommandé de ne fournir qu'une quantité limitée de médicaments.
- 1.5.3.5 Lorsque des adultes présentant des *symptômes* ou un TOC, ou des *symptômes* ou une obsession d'une dysmorphie corporelle, en particulier ceux présentant des *symptômes* ou un trouble dépressifs comorbides, sont évalués comme étant à risque élevé de passage à l'acte suicidaire, le recours à un soutien additionnel, tel que des rencontres en personne ou des contacts téléphoniques plus fréquents avec le personnel des services de première ligne, devrait être envisagé, surtout au cours des premières semaines de traitement.

NOTE : L'organisation des services en Angleterre étant différente de celle du Québec, il peut parfois être difficile d'établir une correspondance exacte entre certains traitements recommandés dans les guides du NICE et les services équivalents dans le système québécois. De plus, en raison des particularités propres à certains territoires, les recommandations concernant les services responsables d'offrir les traitements reconnus efficaces pourraient différer.

- 1.5.3.6 Chez les adultes présentant des *symptômes* ou un TOC, ou des *symptômes* ou une obsession d'une dysmorphie corporelle, les intervenants devraient, particulièrement au début du traitement par un ISRS, surveiller activement la présence de signes d'akathisie (incapacité à rester assis, besoin compulsif de bouger ou de se déplacer se traduisant par un mouvement incessant des jambes), de nervosité et d'idéation suicidaire, et d'une augmentation de l'anxiété et de l'agitation. Ils devraient également inviter la personne à demander de l'aide rapidement si ces symptômes occasionnent une quelconque détresse.
- 1.5.3.7 Les adultes présentant des *symptômes* ou un TOC, ou des *symptômes* ou une obsession d'une dysmorphie corporelle, devraient faire l'objet d'une surveillance au moment des changements de dose afin de détecter l'apparition de tout nouveau symptôme ou toute détérioration de leur état.

Choix de la pharmacothérapie

Inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine (ISRS)

- 1.5.3.8 Chez les adultes présentant des *symptômes* ou un TOC, le traitement pharmacologique initial devrait être l'un des ISRS suivants : fluoxétine, fluvoxamine, paroxétine, sertraline ou citalopram.

Notez qu'au moment de la publication du présent guide de pratique (2025), l'utilisation du citalopram³⁹ est considérée comme hors indication en Angleterre, tout comme au Canada.

- 1.5.3.9 Chez les adultes présentant des *symptômes* ou une obsession d'une dysmorphie corporelle (y compris des croyances dont l'intensité relève de l'idée délirante), le traitement pharmacologique initial devrait être la fluoxétine, car un plus grand nombre

³⁹ JAMP Pharma Corporation. (2014). *JAMP-Citalopram (as citalopram hydrobromide)*. https://pdf.hres.ca/dpd_pm/00024715.PDF

de données appuient l'efficacité de ce traitement dans le traitement de l'obsession d'une dysmorphie corporelle que dans le cas de d'autres ISRS.

Notez qu'au moment de la publication du présent guide de pratique (2025), l'utilisation de la fluoxétine⁴⁰ est considérée comme hors indication en Angleterre, tout comme au Canada.

- 1.5.3.10 Si des symptômes importants et/ou persistants d'akathisie (incapacité à rester assis, besoin compulsif de bouger ou de se déplacer se traduisant par un mouvement incessant des jambes), d'agitation ou de nervosité apparaissent pendant la prise d'un ISRS chez un adulte présentant des *symptômes* ou un TOC, ou des *symptômes* ou une obsession d'une dysmorphie corporelle, l'utilisation du médicament devrait être réévaluée. Le médicament devrait être remplacé par un autre ISRS, si la personne exprime une préférence à cet égard.
- 1.5.3.11 Les intervenants devraient être conscients du risque accru d'interactions médicamenteuses lorsqu'ils prescrivent un ISRS à des adultes présentant des *symptômes* ou un TOC, ou des *symptômes* ou une obsession d'une dysmorphie corporelle, et prenant d'autres médicaments.
- 1.5.3.12 En l'absence de réponse à un essai complet de traitement par un ISRS chez des adultes présentant des *symptômes* ou un TOC, ou des *symptômes* ou une obsession d'une dysmorphie corporelle, les intervenants devraient vérifier que le médicament a été pris régulièrement et à la dose prescrite, et qu'il n'y a aucune interférence due à la consommation d'alcool ou d'autres substances.
- 1.5.3.13 S'il n'y a pas eu de réponse satisfaisante à un traitement par un ISRS administré à une dose thérapeutique chez un adulte présentant des *symptômes* ou un TOC, ou des *symptômes* ou une obsession d'une dysmorphie corporelle, et qu'aucun effet indésirable significatif n'est observé après quatre à six semaines, une augmentation progressive de la dose devrait être envisagée, conformément au schéma recommandé dans la monographie du produit.
- 1.5.3.14 Chez les adultes présentant des *symptômes* ou un TOC, ou des *symptômes* ou une obsession d'une dysmorphie corporelle, le rythme d'augmentation de la dose d'un ISRS devrait tenir compte de la réponse au traitement, des effets indésirables, ainsi que des préférences de la personne. Celle-ci devrait être informée de l'apparition d'effets indésirables lors de l'augmentation de la dose, et faire l'objet d'une surveillance visant à en détecter l'apparition.
- 1.5.3.15 Si le traitement des *symptômes* ou du TOC, ou des *symptômes* ou de l'obsession d'une dysmorphie corporelle, par un ISRS s'avère efficace, il devrait être poursuivi au moins 12 mois afin de prévenir une rechute et de permettre la poursuite de l'amélioration des symptômes.
- 1.5.3.16 Lorsqu'un adulte présentant des *symptômes* ou un TOC, ou des *symptômes* ou une obsession d'une dysmorphie corporelle, a pris un ISRS pendant 12 mois après avoir atteint une rémission (les symptômes ne sont pas cliniquement significatifs et la personne fonctionne pleinement depuis au moins 12 semaines), les intervenants devraient réévaluer, en collaboration avec la personne, la nécessité de poursuivre le traitement. Cette réévaluation devrait tenir compte de la gravité et de la durée du trouble initial, du nombre d'épisodes antérieurs, de la présence de symptômes résiduels et des difficultés psychosociales comorbides.

⁴⁰ Apotex Inc. (2015). APO-FLUOXETINE (as fluoxetine hydrochloride). https://pdf.hres.ca/dpd_pm/00039937.PDF

- 1.5.3.17 Si le traitement des *symptômes* ou du TOC, ou des *symptômes* ou de l'obsession d'une dysmorphie corporelle, par un ISRS est poursuivi pendant une période prolongée au-delà de 12 mois après la rémission (les symptômes ne sont pas cliniquement significatifs et la personne fonctionne pleinement depuis au moins 12 semaines), la nécessité de poursuivre le traitement devrait être réévaluée à intervalles réguliers, faire l'objet d'un accord entre la personne et son prescripteur, et être notée au dossier.
- 1.5.3.18 Chez les adultes présentant des *symptômes* ou un TOC ou encore, des *symptômes* ou une obsession d'une dysmorphie corporelle, afin de minimiser les symptômes d'arrêt ou de retrait lors d'une diminution ou d'un arrêt complet des ISRS, la dose devrait être diminuée graduellement, sur une période de plusieurs semaines, en fonction des besoins de la personne traitée. Le rythme de la réduction de la dose devrait tenir compte de la dose initiale et de la demi-vie du médicament, ainsi que des effets indésirables particuliers qui y sont associés.
- 1.5.3.19 Les intervenants devraient encourager les adultes présentant des *symptômes* ou un TOC, ou des *symptômes* ou une obsession d'une dysmorphie corporelle, à demander conseil s'ils éprouvent des symptômes d'arrêt ou de retrait importants à la suite de l'interruption d'un traitement par un ISRS.

Conseillez à la personne de ne pas hésiter à communiquer avec son prescripteur si elle éprouve des effets indésirables entre les rendez-vous ou rencontre des difficultés liées à l'arrêt du traitement.

Autres médicaments

- 1.5.3.20 Les médicaments suivants ne devraient généralement pas être utilisés dans le traitement des *symptômes* ou du TOC, ou des *symptômes* ou de l'obsession d'une dysmorphie corporelle, en l'absence de comorbidité :
- les antidépresseurs tricycliques (autres que la clomipramine);
 - les médicaments apparentés aux antidépresseurs tricycliques;
 - les inhibiteurs du recaptage de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSN), y compris la venlafaxine;
 - les inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO);
 - les anxiolytiques (sauf avec prudence, pendant de courtes périodes, pour contrer le syndrome d'activation des ISRS).
- 1.5.3.21 Les antipsychotiques, en monothérapie, ne devraient généralement pas être utilisés dans le traitement des *symptômes* ou du TOC.
- 1.5.3.22 Les antipsychotiques, en monothérapie, ne devraient généralement pas être utilisés dans le traitement des *symptômes* ou de l'obsession d'une dysmorphie corporelle (y compris les croyances dont l'intensité relève de l'idée délirante).

1.5.4 Réponse insatisfaisante au traitement initial chez les adultes

Si le traitement initial n'entraîne pas une amélioration cliniquement significative, tant sur le plan des symptômes que sur celui du fonctionnement, d'autres options de traitement devraient être envisagées. Lorsque des options de traitement additionnelles n'apportent pas non plus de réponse satisfaisante, des équipes multidisciplinaires ayant une expertise spécifique sur le TOC ou l'obsession d'une dysmorphie corporelle devraient être impliquées. Leur rôle devrait consister à offrir du soutien et à collaborer avec les intervenants déjà impliqués dans la prestation des soins *et services offerts à la personne*.

NOTE : L'organisation des services en Angleterre étant différente de celle du Québec, il peut parfois être difficile d'établir une correspondance exacte entre certains traitements recommandés dans les guides du NICE et les services équivalents dans le système québécois. De plus, en raison des particularités propres à certains territoires, les recommandations concernant les services responsables d'offrir les traitements reconnus efficaces pourraient différer.

NOTE : Des organisations provinciales ou fédérales peuvent également avoir mis en ligne de la documentation concernant la nature et la séquence des traitements pharmacologiques à privilégier dans le traitement du TOC ou de l'obsession d'une dysmorphie corporelle. Un guide de pratique canadien pour la gestion des troubles anxieux, obsessionnel-compulsifs et de stress post-traumatique⁴¹ a notamment émis des recommandations pouvant différer de celles figurant dans le présent guide. Le professionnel autorisé à prescrire des médicaments doit suivre les recommandations professionnelles pertinentes et assumer l'entière responsabilité de la prescription ou de la recommandation du médicament non indiqué ou non homologué.

- 1.5.4.1 Chez les adultes présentant des *symptômes* ou un TOC, ou des *symptômes* ou une obsession d'une dysmorphie corporelle, une réévaluation multidisciplinaire devrait être effectuée en l'absence de réponse adéquate à un traitement par ISRS seul (dans un délai de 12 semaines) ou à une intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou à une TCC (incluant l'EPR) seule (plus de 10 heures avec un intervenant).

Les guides du NICE recommandent certains traitements en précisant parfois un nombre de rencontres ou d'heures offert. Ce nombre correspond à la durée du traitement qui s'est révélée efficace pour la majorité des personnes l'ayant reçu, dans un contexte expérimental. Dans le cadre du PQPTM, ce nombre de rencontres devra toutefois être ajusté en fonction des besoins particuliers de la personne recevant le traitement afin d'obtenir un résultat optimal, comme validé notamment par la mesure clinique en continu.

- 1.5.4.2 Après une réévaluation multidisciplinaire, chez les adultes présentant des *symptômes* ou un TOC, ou des *symptômes* ou une obsession d'une dysmorphie corporelle, en l'absence de réponse adéquate à un traitement par ISRS seul (dans un délai de 12 semaines) ou à une intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une TCC (incluant l'EPR) seule (plus de 10 heures avec un intervenant), un traitement combiné associant un ISRS et une intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une TCC (incluant l'EPR) devrait être offert.

- 1.5.4.3 Chez les adultes présentant des *symptômes* ou un TOC, ou des *symptômes* ou une obsession d'une dysmorphie corporelle, en l'absence de réponse adéquate après 12 semaines d'un traitement combiné associant un ISRS et une intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une TCC (incluant l'EPR), ou en l'absence de réponse à un ISRS seul, ou encore, si la personne ne s'est pas investie dans l'intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou la TCC, un autre ISRS ou la clomipramine devrait être offert.

- 1.5.4.4 La clomipramine devrait être envisagée pour le traitement des adultes présentant des *symptômes* ou un TOC, ou des *symptômes* ou une obsession d'une dysmorphie

⁴¹ Katzman, M. A., Bleau, P., Blier, P., Chokka, P., Kjernisted, K., Van Ameringen, M. et al. (2014). Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. *BMC psychiatry*, 14(Suppl 1), S1. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-S1-S1>

corporelle, si un essai adéquat d'au moins un ISRS s'est révélé inefficace ou mal toléré, si la personne préfère la clomipramine ou y a déjà bien répondu dans le passé.

- 1.5.4.5 Chez les adultes présentant des *symptômes* ou un TOC, ou des *symptômes* ou une obsession d'une dysmorphie corporelle, en l'absence de réponse à un essai complet d'au moins un ISRS seul, à un essai complet d'un traitement combiné associant un ISRS et une intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une TCC (incluant l'EPR), ainsi qu'à un traitement complet par la clomipramine seule, la personne devrait être orientée vers une équipe multidisciplinaire possédant une expertise spécifique liée au traitement du TOC ou de l'obsession d'une dysmorphie corporelle, pour une évaluation et la planification de traitements additionnels.
- 1.5.4.6 L'évaluation des adultes présentant des *symptômes* ou un TOC, ou des *symptômes* ou une obsession d'une dysmorphie corporelle, qui sont orientés vers une équipe multidisciplinaire possédant une expertise spécifique liée à ces troubles, devrait inclure l'évaluation exhaustive du profil de leurs symptômes, l'historique des traitements pharmacologiques et des *interventions psychosociales ou psychothérapies*, l'adhésion aux médicaments prescrits, l'historique des effets indésirables, les comorbidités, tels que les *symptômes* ou le trouble dépressifs, le risque de passage à l'acte suicidaire, les facteurs de stress psychosociaux, les relations avec les membres de la famille et/ou de l'entourage, ainsi que les facteurs liés à la personnalité.
- 1.5.4.7 Après une réévaluation multidisciplinaire, pour des adultes présentant des *symptômes* ou un TOC, en l'absence de réponse à un essai complet d'au moins un ISRS seul, à un essai complet de traitement combiné associant un ISRS et une intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une TCC (incluant l'EPR), ainsi qu'à un essai complet de traitement par la clomipramine seule, les options de traitements suivantes devraient également être envisagées (il est à noter qu'aucune donnée probante ne permet de conclure à une séquence optimale parmi les options qui suivent) :
- intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou TCC additionnelle (incluant l'EPR) ou thérapie cognitive;
 - ajout d'un antipsychotique à un ISRS ou à la clomipramine;
 - traitement combiné associant la clomipramine et le citalopram.

Notez qu'au moment de la publication du présent guide de pratique (2025), l'utilisation du citalopram⁴² est considérée comme hors indication en Angleterre, tout comme au Canada.

- 1.5.4.8 Après une réévaluation multidisciplinaire, chez les adultes présentant des *symptômes* ou une obsession d'une dysmorphie corporelle, en l'absence de réponse à un essai complet d'au moins un ISRS seul, à un essai complet d'un traitement combiné associant un ISRS et une intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une TCC (incluant l'EPR), ainsi qu'à un essai complet d'un traitement par la clomipramine seule, les options de traitements suivantes devraient également être envisagées (il est à noter qu'aucune donnée probante ne permet de conclure à une séquence optimale parmi les options suivantes) :
- intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou TCC supplémentaire, ou thérapie cognitive offerte par une autre équipe

⁴² JAMP Pharma Corporation. (2014). *JAMP-Citalopram (as citalopram hydrobromide)*. https://pdf.hres.ca/dpd_pm/00024715.PDF

multidisciplinaire possédant une expertise liée à l'obsession d'une dysmorphie corporelle;

- ajout de la buspirone à un ISRS.

Notez qu'au moment de la publication du présent guide de pratique (2025), l'utilisation de la buspirone⁴³ est considérée comme hors indication en Angleterre, tout comme au Canada.

- 1.5.4.9 Chez les adultes présentant des *symptômes* ou une obsession d'une dysmorphie corporelle, en l'absence de réponse au traitement ou si la personne ne reçoit pas un traitement approprié, une surveillance étroite s'impose, car le risque de passage à l'acte suicidaire est élevé chez ces personnes.
- 1.5.4.10 Des traitements tels que les combinaisons d'antidépresseurs et la potentialisation par un antipsychotique ne devraient pas être systématiquement entrepris dans le contexte des services de première ligne ou des services spécifiques en santé mentale.

NOTE : L'organisation des services au Royaume-Uni étant différente de celle du Québec, il peut parfois être difficile d'établir une correspondance exacte entre certains traitements recommandés dans les guides du NICE et les services équivalents dans le système québécois. De plus, en raison des particularités propres à certains territoires, les recommandations concernant les services responsables d'offrir les traitements reconnus efficaces pourraient différer.

Utilisation de la clomipramine chez les adultes

- 1.5.4.11 Chez les adultes présentant des *symptômes* ou un TOC, ou des *symptômes* ou une obsession d'une dysmorphie corporelle, et un risque significatif de passage à l'acte suicidaire, les intervenants ne devraient fournir la clomipramine qu'en petites quantités à la fois, en raison de sa toxicité en cas de surdose (voir la monographie du produit pour les détails sur la posologie). La personne devrait faire l'objet d'une surveillance régulière jusqu'à ce que le risque de passage à l'acte suicidaire ait diminué.
- 1.5.4.12 Un électrocardiogramme (ECG) et une mesure de la pression artérielle devraient être réalisés avant de prescrire de la clomipramine à un adulte présentant des *symptômes* ou un TOC, ou des *symptômes* ou une obsession d'une dysmorphie corporelle, et un risque significatif de maladie cardiovasculaire.
- 1.5.4.13 Chez les adultes présentant des *symptômes* ou un TOC, ou des *symptômes* ou une obsession d'une dysmorphie corporelle, en l'absence de réponse adéquate à une dose standard de clomipramine et en l'absence d'effets indésirables significatifs, une augmentation graduelle de la dose devrait être envisagée conformément au schéma recommandé dans la monographie du produit.
- 1.5.4.14 Chez les adultes présentant des *symptômes* ou un TOC, ou des *symptômes* ou une obsession d'une dysmorphie corporelle, le traitement par la clomipramine devrait être poursuivi pendant au moins 12 mois s'il semble efficace, puisque les symptômes pourraient continuer à s'améliorer.
- 1.5.4.15 Chez les adultes présentant des *symptômes* ou un TOC, ou des *symptômes* ou une obsession d'une dysmorphie corporelle, les doses de clomipramine devraient être réduites graduellement lors de l'arrêt du traitement, afin de minimiser d'éventuels symptômes d'arrêt ou de retrait.

⁴³ Sanis Health Inc. (2015). *BUSPIRONE (as buspirone hydrochloride)*. https://pdf.hres.ca/dpd_pm/00032465.PDF

1.5.5 Réponse insatisfaisante au traitement initial chez les enfants et les adolescents

Les données publiées à ce jour suggèrent que les ISRS sont efficaces dans le traitement des enfants et des adolescents présentant des *symptômes* ou un TOC. La fluvoxamine et la sertraline sont les seuls ISRS autorisés pour le traitement des *symptômes* ou du TOC, chez les enfants et les adolescents.

Lorsqu'ils sont utilisés dans le traitement des *symptômes* ou du trouble dépressifs, les ISRS peuvent entraîner des effets indésirables importants, notamment une augmentation des pensées suicidaires, du risque d'automutilation et des comportements autodestructeurs. Toutefois, on ignore si ce risque est également présent dans le traitement des *symptômes* ou du TOC. Les ISRS pourraient être plus sécuritaires pour le trouble dépressif, lorsqu'ils sont utilisés en association à une *intervention psychosociale* ou à une *psychothérapie* (voir le guide de pratique clinique [Trouble dépressif chez les enfants et les adolescents](#) qui s'appuie sur le guide du NICE et qui a été adapté au contexte québécois).

Il est à noter que l'appel à la prudence mentionné précédemment, en lien avec le risque d'effets indésirables associés au traitement du TOC, émane à l'origine de l'autorité de réglementation du Royaume-Uni. Pour des recommandations canadiennes sur le sujet, il est possible de consulter le guide [Le trouble obsessionnel-compulsif – Guide d'information](#) du Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH).

NOTE : Des organisations provinciales ou fédérales peuvent également avoir mis en ligne de la documentation concernant la nature et la séquence des interventions pharmacologiques à préconiser dans le traitement du TOC ou de l'obsession d'une dysmorphie corporelle. Un guide de pratique canadien pour la gestion des troubles anxieux, obsessionnel-compulsifs et de stress post-traumatique⁴⁴ a notamment émis des recommandations pouvant différer de celles figurant dans le présent guide. Le professionnel autorisé à prescrire des médicaments doit suivre les recommandations professionnelles pertinentes et assumer l'entière responsabilité de la prescription ou de la recommandation du médicament non indiqué ou non homologué.

- 1.5.5.1 Chez les enfants et les adolescents présentant des *symptômes* ou un TOC, ou des *symptômes* ou une obsession d'une dysmorphie corporelle, une réévaluation multidisciplinaire devrait être effectuée en l'absence de réponse adéquate, après 12 semaines d'un essai complet d'une *intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales* ou une *TCC* (incluant l'EPR) impliquant la famille ou l'entourage.
- 1.5.5.2 Après une réévaluation multidisciplinaire, l'ajout d'un ISRS à l'intervention psychosociale ou à la psychothérapie en cours peut être envisagé chez les enfants (de 8 à 11 ans) présentant des *symptômes* ou un TOC, ou des *symptômes* ou une obsession d'une dysmorphie corporelle, dont le fonctionnement est moyennement ou gravement altéré, et en l'absence de réponse adéquate à une *intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales* ou à une *TCC* (incluant l'EPR) impliquant la famille ou l'entourage. Une surveillance minutieuse devrait être exercée, surtout au début du traitement.

Bien que l'efficacité des ISRS ait été démontrée dans le traitement des symptômes ou du trouble dépressifs chez les enfants⁴⁵, aucun de ces médicaments ne possède, au Canada, d'indication

⁴⁴ Katzman, M. A., et al. (2014). Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. *BMC Psychiatry*, 14(Suppl 1), S1. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-S1-S1>

⁴⁵ Korczak, D. J., Société canadienne de pédiatrie et Comité de la santé mentale et des troubles du développement. (2013). L'utilisation des inhibiteurs spécifiques du recaptage de la sérotonine pour le traitement

officielle pour le traitement des symptômes ou du TOC, ou des symptômes ou de l'obsession d'une dysmorphie corporelle chez les personnes de moins de 18 ans, au moment de la publication du présent guide de pratique (2025).

1.5.5.3 Après une réévaluation multidisciplinaire, l'ajout d'un ISRS à *l'intervention psychosociale ou à la psychothérapie* en cours devrait être offert aux adolescents (de 12 à 18 ans) présentant des *symptômes ou un TOC*, ou des *symptômes ou une obsession d'une dysmorphie corporelle*, dont le fonctionnement est moyennement ou gravement altéré, et en l'absence de réponse adéquate à une *intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou à une TCC* (incluant l'EPR) impliquant la famille ou l'entourage. Une surveillance minutieuse devrait être exercée, surtout au début du traitement.

Bien que l'efficacité des ISRS ait été démontrée dans le traitement des symptômes ou du trouble dépressifs chez les adolescents⁴⁶, aucun de ces médicaments ne possède, au Canada, d'indication officielle pour le traitement des symptômes ou du TOC, ou des symptômes ou de l'obsession d'une dysmorphie corporelle chez les personnes de moins de 18 ans, au moment de la publication du présent guide de pratique (2025).

1.5.5.4 Chez les enfants et les adolescents présentant des *symptômes ou un TOC*, ou des *symptômes ou une obsession d'une dysmorphie corporelle*, si le traitement combiné associant un ISRS et une *intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une TCC* (incluant l'EPR) impliquant la famille ou l'entourage s'avère inefficace ou mal toléré en raison d'effets indésirables, l'utilisation d'un autre ISRS ou de la clomipramine peut être envisagée sous une surveillance minutieuse, surtout si une réponse favorable à ces options a déjà été observée par le passé. Ces traitements pharmacologiques devraient également être combinés à une *intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou à une TCC* (incluant l'EPR).

Notez qu'au moment de la publication du présent guide de pratique (2025), l'autorisation de commercialisation de la clomipramine au Canada incluait le traitement des symptômes ou du TOC, chez les enfants (seulement à compter de 10 ans) et les adolescents (jusqu'à 17 ans inclusivement).

NOTE : La recommandation 1.5.5.4 a été modifiée afin de l'adapter au contexte québécois. Bien que le guide original du NICE mentionne l'autorisation de commercialisation de la clomipramine en vigueur au Royaume-Uni au moment de la parution du guide de pratique en 2005, celle-ci peut être différente au Canada.

1.5.6 Utilisation de la pharmacothérapie chez les enfants et les adolescents

Au Québec, l'activité de prescrire des médicaments est une activité 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 dans le respect de ceux-ci, ainsi que du Règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin et de leurs obligations professionnelles, incluant les normes et standards de pratique.

des maladies pendant l'enfance et l'adolescence. *Paediatr Child Health*. 18(9), 492-499.

<https://academic.oup.com/pch/article/18/9/492/4636237>.

⁴⁶ Korczak, D. J., Société canadienne de pédiatrie et Comité de la santé mentale et des troubles du développement. (2013). L'utilisation des inhibiteurs spécifiques du recaptage de la sérotonine pour le traitement des maladies pendant l'enfance et l'adolescence. *Paediatr Child Health*. 18(9), 492-499.

<https://academic.oup.com/pch/article/18/9/492/4636237>.

De plus, il est présumé que les professionnels autorisés à prescrire des médicaments se réfèrent également à la monographie du médicament. Lorsque des données probantes le justifient, 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). Par ailleurs, des organisations provinciales ou fédérales peuvent également avoir mis en ligne de la documentation concernant la nature et la séquence des traitements pharmacologiques à préconiser dans le traitement des symptômes ou du TOC, ou des symptômes ou de l'obsession d'une dysmorphie corporelle. Un guide de pratique canadien pour la prise en charge des troubles anxieux, obsessionnel-compulsifs et de stress post-traumatique⁴⁷ a notamment émis des recommandations pouvant différer de celles figurant dans le présent guide. Lorsqu'il opte pour un traitement pharmacologique, le professionnel autorisé à prescrire des médicaments doit suivre les recommandations professionnelles pertinentes et assumer l'entière responsabilité de la prescription ou de la recommandation du médicament non indiqué ou non homologué.

Des essais cliniques menés chez des adultes présentant des symptômes ou un TOC et traités par des médicaments ont permis de documenter l'apparition d'une réponse thérapeutique, la dose requise, le rythme d'augmentation de la dose, la durée du traitement et la probabilité de rechute après l'arrêt du traitement. Au moment de la parution de la version originale du présent guide (novembre 2005), ces aspects n'avaient pas encore fait l'objet d'études chez les enfants ou les adolescents. Les bonnes pratiques relatives à la prescription d'ISRS ou de clomipramine, présentées ci-après, s'appuient donc sur les études menées chez les adultes, ainsi que sur l'expérience clinique.

Utilisation des ISRS chez les enfants et les adolescents

1.5.6.1 Un ISRS ne devrait être prescrit à un enfant ou à un adolescent présentant des symptômes ou un TOC, ou des symptômes ou une obsession d'une dysmorphie corporelle, qu'à la suite d'une évaluation et d'un diagnostic posé par un pédopsychiatre. Celui-ci devrait également participer aux décisions relatives à l'ajustement de la posologie et à l'arrêt du traitement.

NOTE : Il existe au Québec des médecins ayant développé une expertise en santé mentale auprès des enfants et des adolescents et qui possèdent les compétences nécessaires pour effectuer ces évaluations et assurer le suivi du traitement pharmacologique. Ces médecins peuvent intervenir à différentes étapes de la trajectoire de soins et de services. Le Québec a également mis en place une fonction de médecin spécialiste répondant en psychiatrie (MSRP), afin d'offrir un soutien aux services de première ligne en santé mentale, incluant les services destinés aux enfants et aux adolescents.

Par ailleurs, l'organisation des services au Royaume-Uni étant différente de celle du Québec, il peut parfois être difficile d'établir une correspondance exacte entre certains services recommandés par les guides du NICE et les services équivalents dans le système québécois.

1.5.6.2 Lorsqu'un ISRS est prescrit à un enfant ou à un adolescent présentant des symptômes ou un TOC, ou des symptômes ou une obsession d'une dysmorphie corporelle, il devrait être combiné à une intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou à une TCC (incluant l'EPR), offerte simultanément. Si l'enfant ou l'adolescent n'est pas en mesure de s'investir dans l'intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou la TCC offerte simultanément, des mesures particulières devraient être prises pour assurer une surveillance minutieuse des effets indésirables. Ces mesures doivent être consignées au dossier.

⁴⁷ Katzman, M. A., et al. (2014). Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. *BMC Psychiatry*, 14 (Suppl 1), S1. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-S1-S1>

1.5.6.3 Les enfants et les adolescents présentant des *symptômes* ou un TOC, ou des *symptômes* ou une obsession d'une dysmorphie corporelle, qui commencent un traitement par un ISRS devraient faire l'objet d'une surveillance minutieuse et fréquente. Ils devraient être rencontrés selon une fréquence jugée appropriée et régulière, déterminée d'un commun accord entre l'intervenant, la personne, et la famille ou l'entourage de cette dernière. Ces modalités doivent être consignées au dossier.

Toute divulgation d'information ou communication avec un tiers doit être effectuée dans le respect de la Charte des droits et libertés de la personne et du Code des professions, en particulier lorsqu'il s'agit de jeunes de 14 ans et plus.

1.5.6.4 Lorsqu'un ISRS est prescrit à un enfant ou à un adolescent présentant des *symptômes* ou un TOC, la sertraline ou la fluvoxamine devraient être privilégiées. Toutefois, en présence de *symptômes* ou d'un trouble dépressifs comorbides importants c'est plutôt la fluoxétine qui est recommandée⁴⁸.

NOTE : La recommandation 1.5.6.4 a été modifiée afin de l'adapter au contexte québécois. Bien que le guide original du NICE mentionne les autorisations de commercialisation de la sertraline, de la fluvoxamine et de la fluoxétine en vigueur au Royaume-Uni au moment de la parution du guide de pratique en 2005, celles-ci peuvent être différentes au Canada.

1.5.6.5 La fluoxétine devrait être utilisée lorsqu'un ISRS est prescrit à un enfant ou à un adolescent présentant des *symptômes* ou une obsession d'une dysmorphie corporelle.

Notez qu'au moment de la publication du présent guide de pratique (2025), l'utilisation de la fluoxétine⁴⁹ est considérée comme hors indication en Angleterre, tout comme au Canada.

1.5.6.6 Chez les enfants et les adolescents présentant des *symptômes* ou un TOC, ou des *symptômes* ou une obsession d'une dysmorphie corporelle, qui présentent également des *symptômes* ou un trouble dépressifs importants, les recommandations contextualisées du NICE concernant le traitement des *symptômes* ou du trouble dépressifs chez les enfants et les adolescents devraient être suivies; une surveillance particulière des pensées ou des comportements suicidaires devrait être mise en place.

Voir le guide de pratique clinique [Trouble dépressif chez les enfants et les adolescents](#), document issu du guide du NICE et contextualisé au Québec.

Le [Guide de bonnes pratiques en prévention du suicide à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux](#) et le [Guide de soutien pour intervenir auprès d'un enfant de 5 à 13 ans à risque suicidaire](#) sont disponibles en ligne et visent à soutenir les intervenants dans le rehaussement de leurs compétences professionnelles liées à l'intervention auprès de personnes suicidaires. .

1.5.6.7 Les enfants et les adolescents présentant des *symptômes* ou un TOC, ou des *symptômes* ou une obsession d'une dysmorphie corporelle, qui débutent un traitement par un ISRS devraient être informés de la raison d'être du traitement pharmacologique, du délai d'apparition d'une réponse thérapeutique (pouvant aller jusqu'à 12 semaines), de la durée du traitement, des effets indésirables possibles et

⁴⁸ Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT). (2016). Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder: Section 6. Special Populations: Youth, Women, and the Elderly. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 61(9), 588-603. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4994788>

⁴⁹ Apotex Inc. (2015). APO-FLUOXETINE (chlorhydrate de fluoxétine). https://pdf.hres.ca/dpd_pm/00039937.PDF

de l'importance de prendre le médicament comme prescrit. Cette discussion devrait s'accompagner d'information écrite adaptée aux besoins de l'enfant ou de l'adolescent, ainsi qu'à ceux de sa famille ou de son entourage.

- 1.5.6.8 La dose initiale du médicament prescrit à un enfant ou à un adolescent présentant des *symptômes* ou un TOC, ou des *symptômes* ou une obsession d'une dysmorphie corporelle devrait être faible, particulièrement chez les enfants plus jeunes. La moitié ou le quart de la dose initiale habituelle peut être envisagée pour la première semaine.
- 1.5.6.9 Si une dose plus faible d'un médicament est inefficace chez un enfant ou un adolescent présentant des *symptômes* ou un TOC, ou des *symptômes* ou une obsession d'une dysmorphie corporelle, la posologie devrait être augmentée jusqu'à l'obtention d'une réponse thérapeutique, tout en assurant une surveillance minutieuse et étroite des effets indésirables. Le rythme d'augmentation devrait être graduel en tenant compte à la fois du délai d'apparition d'une réponse thérapeutique (jusqu'à 12 semaines) et de l'âge de la personne. Les doses maximales recommandées pour les enfants et les adolescents ne devraient pas être dépassées.
- 1.5.6.10 Un enfant ou un adolescent à qui l'on a prescrit un ISRS, de même que les membres de sa famille ou de son entourage, devraient être informés par le prescripteur de l'apparition possible de comportements suicidaires, autodestructeurs, d'automutilation ou d'hostilité, particulièrement au début du traitement. Il devrait également leur être conseillé de communiquer sans délai avec leur équipe traitante si tout nouveau symptôme de cette nature survient.
- 1.5.6.11 Lorsqu'un enfant ou un adolescent présentant des *symptômes* ou un TOC, ou des *symptômes* ou une obsession d'une dysmorphie corporelle répond au traitement par un ISRS, la médication devrait être poursuivie pendant au moins 6 mois après la rémission (c'est-à-dire lorsque les symptômes ne sont plus cliniquement significatifs et que l'enfant ou l'adolescent fonctionne pleinement depuis au moins 12 semaines).

Utilisation de la clomipramine chez les enfants et les adolescents

- 1.5.6.12 Les enfants et les adolescents présentant des *symptômes* ou un TOC, ou des *symptômes* ou une obsession d'une dysmorphie corporelle, ainsi que les membres de leur famille ou de leur entourage, devraient être informés des effets indésirables possibles de la clomipramine, incluant les effets toxiques associés à une surdose.
- 1.5.6.13 Avant d'amorcer un traitement par la clomipramine chez les enfants et les adolescents présentant des *symptômes* ou un TOC, ou des *symptômes* ou une obsession d'une dysmorphie corporelle, un ECG devrait être réalisé afin d'exclure toute anomalie de la conduction cardiaque.
- 1.5.6.14 Chez les enfants et les adolescents présentant des *symptômes* ou un TOC, ou des *symptômes* ou une obsession d'une dysmorphie corporelle, en l'absence de réponse adéquate à la dose thérapeutique de clomipramine et s'il n'y a pas d'effets indésirables significatifs, une augmentation graduelle de la dose peut être envisagée avec prudence.
- 1.5.6.15 Le traitement des enfants et des adolescents présentant des *symptômes* ou un TOC, ou des *symptômes* ou une obsession d'une dysmorphie corporelle par la clomipramine devrait être poursuivi pendant au moins 6 mois, si le traitement semble efficace, puisque les symptômes pourraient continuer à s'améliorer.

Arrêt du traitement ou réduction de la dose d'un ISRS ou de la clomipramine chez les enfants et les adolescents

- 1.5.6.16 Chez les enfants et les adolescents présentant des *symptômes* ou un TOC, ou des *symptômes* ou une obsession d'une dysmorphie corporelle, une tentative de retrait de la médication devrait être effectuée lorsqu'une rémission est observée (c'est-à-dire, lorsque les symptômes ne sont plus cliniquement significatifs et que l'enfant ou l'adolescent fonctionne pleinement depuis au moins 12 semaines), si cette rémission se maintient depuis au moins 6 mois, et que la personne en exprime le souhait. La personne, ainsi que les membres de sa famille ou de son entourage, devraient être informés des risques de rechute et/ou d'apparition de symptômes de retrait ou d'arrêt. Ils devraient être informés de communiquer avec leur équipe traitante si des symptômes de retrait ou d'arrêt surviennent.
- 1.5.6.17 Chez les enfants et les adolescents présentant des *symptômes* ou un TOC, ou des *symptômes* ou une obsession d'une dysmorphie corporelle, afin de minimiser les symptômes de retrait ou d'arrêt lors de la réduction ou de l'arrêt des antidépresseurs, en particulier les ISRS, la dose devrait être réduite progressivement sur plusieurs semaines, en fonction des besoins de la personne. Le rythme de réduction devrait tenir compte de la dose initiale, de la demi-vie du médicament, ainsi que des profils particuliers des effets indésirables.
- 1.5.6.18 Chez les enfants et les adolescents présentant des *symptômes* ou un TOC, ou des *symptômes* ou une obsession d'une dysmorphie corporelle, l'*intervention psychosociale* ou la *psychothérapie* devrait être poursuivie pendant toute la période d'arrêt du médicament, car elle peut contribuer à réduire le risque de rechute.

Autres médicaments

- 1.5.6.19 Les antidépresseurs tricycliques autres que la clomipramine ne devraient pas être utilisés dans le traitement des *symptômes* ou du TOC, ou des *symptômes* ou de l'obsession d'une dysmorphie corporelle, chez les enfants et les adolescents.
- 1.5.6.20 D'autres antidépresseurs (IMAO, IRSN) ne devraient pas être utilisés dans le traitement des *symptômes* ou du TOC, ou des *symptômes* ou de l'obsession d'une dysmorphie corporelle, chez les enfants et les adolescents.
- 1.5.6.21 Les antipsychotiques ne devraient pas être utilisés seuls dans le traitement de routine des *symptômes* ou du TOC, ou des *symptômes* ou de l'obsession d'une dysmorphie corporelle, chez les enfants et les adolescents, mais peuvent être envisagés comme stratégie de potentialisation.

1.6 ÉTAPE 6 : TRAITEMENT INTENSIF ET SERVICES EN UNITÉ D'HOSPITALISATION POUR LES PERSONNES PRÉSENTANT DES SYMPTÔMES OU UN TOC, OU DES SYMPTÔMES OU UNE OBSESSION D'UNE DYSMORPHIE CORPORELLE

- 1.6.1.1 Les personnes présentant des *symptômes* ou un TOC, ou des *symptômes* ou une obsession d'une dysmorphie corporelle graves, chroniques ou réfractaires au traitement devraient bénéficier d'un accès continu à des services spécialisés dotés d'équipes multidisciplinaires composées d'intervenants possédant une expertise dans la gestion de ces troubles.

NOTE : L'organisation des services au Royaume-Uni étant différente de celle du Québec, il peut parfois être difficile d'établir une correspondance exacte entre certains traitements recommandés dans les guides du NICE et les services équivalents dans le système québécois. De plus, en raison des particularités propres à certains territoires, les recommandations concernant les services responsables d'offrir les

traitements reconnus efficaces pourraient différer. Dans certaines situations, la télésanté⁵⁰ pourrait constituer une modalité pertinente pour faciliter l'accès à ces services spécialisés, notamment dans les régions où une telle expertise n'est pas disponible localement.

1.6.1.2 Les services en unité d'hospitalisation avec une expertise spécifique du TOC ou de l'obsession d'une dysmorphie corporelle sont appropriés chez un petit nombre de personnes présentant ces troubles, et peuvent être envisagés lorsque :

- il y a un risque pour la vie;
- il y a une autonegligence grave;
- il y a une détresse ou une altération du fonctionnement extrême;
- il n'y a pas eu de réponse à des essais adéquats de traitements pharmacologiques, d'interventions psychosociales ou de psychothérapies ou d'une combinaison des deux sur de longues périodes, dans d'autres milieux de soins et services;
- la personne présente des diagnostics additionnels, comme le trouble dépressif grave, l'anorexie ou la schizophrénie, complexifiant le traitement ambulatoire;
- la personne présente une inversion marquée du cycle normal jour/nuit, ce qui rend impossible sa participation à un traitement durant le jour;
- les compulsions et les comportements d'évitement sont si graves ou si fréquents que la personne n'est pas en mesure d'entreprendre les activités normales de la vie quotidienne.

1.6.1.3 Une faible proportion d'adultes présentant depuis longtemps des symptômes obsessionnels-compulsifs invalidants, qui interfèrent avec la vie quotidienne et qui les ont empêchés de développer un degré normal d'autonomie peuvent avoir besoin, en plus d'un traitement, d'un milieu de vie adapté dans un environnement soutenant, afin de leur permettre de développer les habiletés nécessaires pour mener une vie autonome.

L'axe 5 du [Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026 – S'unir pour un mieux-être](#) (PAISM) prévoit « [qu'une] diversité de ressources résidentielles doivent être disponibles en réponse aux multiples besoins des personnes présentant des troubles mentaux, et ce, dans toutes les régions du Québec. Cette offre doit être élaborée en collaboration avec les partenaires publics, privés et communautaires de la santé et de l'habitation⁵¹ ». On y rapporte également « [qu'afin] de favoriser l'intégration en logement et la stabilité résidentielle des personnes, le MSSS favorise la formule du logement autonome accompagné d'un soutien de l'intensité appropriée dans la communauté⁵² ». Le Cadre de référence sur le soutien communautaire en logement social⁵³, entre autres, contribue à faciliter le passage à l'action des différents acteurs de l'habitation sociale et communautaire ainsi que des acteurs de la santé et des services sociaux.

⁵⁰ MSSS. (2022). Réseau québécois de la télésanté. <https://telesantequebec.ca/professionnel/>

⁵¹ Piat, M. et al. (2008). Les préférences résidentielles des personnes souffrant de troubles mentaux graves : une étude descriptive. *Santé mentale au Québec*, 33(2), 247-269. <https://www.erudit.org/fr/revues/smq/2008-v33-n2-smq2554/019677ar.pdf>

⁵² MSSS. (2002). *Lignes directrices pour l'implantation de mesures de soutien dans la communauté en santé mentale* (publication n° 02-844-03). <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2002/02-844-03.pdf>

⁵³ MSSS. (2022). *Cadre de référence sur le soutien communautaire en logement social et communautaire* (publication n° 22-704-02W). <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003376/>

- 1.6.1.4 La neurochirurgie n'est pas recommandée dans le traitement des *symptômes* ou du TOC. Toutefois, si une personne demande une neurochirurgie parce qu'elle présente des *symptômes* ou un TOC graves et réfractaires aux autres formes de traitement, les éléments suivants devraient être pris en considération :
- des critères publiés existants devraient être utilisés pour guider la décision quant à la pertinence de cette option;
 - des équipes multidisciplinaires possédant un haut niveau d'expertise dans le traitement pharmacologique et *l'intervention psychosociale* ou la *psychothérapie* pour le TOC devraient avoir été récemment impliquées dans les soins *et services* offerts à la personne. Toutes les options pharmacologiques devraient avoir été envisagées, et tous les efforts devraient avoir été faits pour amener la personne à s'engager dans une *intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales* ou une *TCC* (incluant l'EPR) et une thérapie cognitive, incluant des traitements très intensifs et/ou en unité d'hospitalisation;
 - des protocoles d'évaluation standardisés devraient être utilisés avant et après l'intervention chirurgicale, et lors des suivis à moyen et à long terme, aux fins d'audits cliniques des interventions. Ces protocoles d'évaluation devraient inclure des mesures standardisées des symptômes, de la qualité de vie, du fonctionnement sur le plan social et de la personnalité, ainsi que des tests neuropsychologiques exhaustifs;
 - les services offrant une évaluation en vue de traitements neurochirurgicaux devraient avoir accès à des avis indépendants sur des questions telles que l'adéquation des traitements antérieurs et sur le consentement; ces services devraient également faire l'objet d'un encadrement adéquat;
 - les soins *et services* postopératoires devraient être envisagés attentivement, incluant les traitements pharmacologiques et *l'intervention psychosociale* ou la *psychothérapie*;
 - les services offrant une évaluation des traitements neurochirurgicaux devraient s'engager à partager et à publier les informations relatives aux audits cliniques.

NOTE : La recommandation 1.6.1.4 a été modifiée afin de l'adapter au contexte québécois. La recommandation originale faisait référence au [Status of neurosurgery for mental disorder in Scotland](#) à titre d'exemple de critères publiés existants sur la neurochirurgie. Or, ce document traite de la pratique en vigueur en Écosse et n'est donc pas applicable au Québec.

- 1.6.1.5 Chez les enfants et les adolescents présentant des *symptômes* ou un TOC, ou des *symptômes* ou une obsession d'une dysmorphie corporelle graves de même que des niveaux élevés de détresse et/ou d'altération du fonctionnement, en l'absence d'une réponse à un traitement adéquat dans le cadre des services ambulatoires, ou s'il y a une autonégligence significative ou un risque de passage à l'acte suicidaire, une évaluation en vue d'un traitement intensif devrait être offerte dans une unité d'hospitalisation où un traitement spécialisé pour les enfants et les adolescents présentant des *symptômes* ou un TOC, ou des *symptômes* ou une obsession d'une dysmorphie corporelle est disponible.

1.7 FIN DE TRAITEMENT APRÈS LE RÉTABLISSEMENT

- 1.7.1.1 Lorsqu'une personne de tout âge présentant des *symptômes* ou un TOC, ou des *symptômes* ou une obsession d'une dysmorphie corporelle est en rémission (c'est-à-dire lorsque les symptômes ne sont pas cliniquement significatifs et que la personne

fonctionne pleinement depuis au moins 12 semaines), elle devrait faire l'objet d'un suivi régulier *de sa condition clinique* au cours des 12 mois suivants, par un intervenant en santé mentale. La fréquence exacte de ces contacts devrait être déterminée d'un commun accord entre l'intervenant et la personne, ainsi que les membres de sa famille ou de son entourage, et être consignée au dossier. Au terme de la période de 12 mois, si le rétablissement se maintient, la personne peut être réorientée vers des services de moindre intensité, selon ses besoins.

NOTE : Dans le cadre du PQPTM, les contacts de suivi désignent généralement les contacts offerts à la suite d'un traitement complété. Leur objectif principal est de s'assurer que l'amélioration observée à la fin du traitement se maintient (notamment à l'aide de questionnaires d'appréciation) et de réorienter rapidement la personne vers des soins et services répondant à ses besoins, si tel n'est pas le cas. Du soutien et certains conseils peuvent également être offerts à la personne dans le cadre de ces contacts.

1.7.1.2 Les *symptômes* ou le TOC, ou les *symptômes* ou l'obsession d'une dysmorphie corporelle, peuvent suivre une trajectoire fluctuante ou épisodique, ou une rechute peut survenir après un traitement réussi. Par conséquent, les personnes ayant déjà complété un traitement avec succès devraient être vues le plus rapidement possible si elles consultent à nouveau pour d'autres manifestations de ces troubles, plutôt que d'être placées sur une liste d'attente régulière. Pour celles n'ayant pas répondu au traitement, une coordination des *soins et services* (ou toute autre démarche appropriée) devrait être mise en place dès la fin de tout programme de traitement spécifique, afin d'identifier tout besoin de soutien en continu et les services appropriés pour y répondre.

Recommandations pour la recherche

Au moment de la publication du présent guide, en 2025, la section des recommandations pour la recherche a été traduite en français, mais n'a pas été contextualisée au Québec.

Le Groupe de développement du guide de pratique du NICE a formulé les recommandations qui suivent en matière de recherche, sur la base de la revue des données probantes. Il estime que ces recommandations ciblent les enjeux les plus importants en matière de recherche afin d'améliorer les orientations du NICE et les soins *et services* qui seront offerts aux *personnes utilisatrices de services* à l'avenir. L'ensemble des recommandations du Groupe en matière de recherche est présenté en détail dans le [guide de pratique complet](#) du NICE.

1. Traitement du TOC, de l'obsession d'une dysmorphie corporelle chez les adolescents et les jeunes adultes

Des études comparatives à répartition aléatoire, comportant une forme appropriée de mise à l'insu, devraient être menées afin d'évaluer l'efficacité à court et à long terme (notamment par la mesure du fonctionnement social et de la qualité de vie), l'acceptabilité et le rapport coût-efficacité des interventions utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou de la TCC (traitement non pharmacologique) et des traitements par inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine (ISRS), lorsque ces traitements sont utilisés seuls ou dans le cadre d'un traitement combiné. Ces traitements devraient être comparés les uns aux autres, en plus d'être évalués comparativement aux traitements de référence appropriés, tant pour les groupes recevant un *traitement non pharmacologique* que pour ceux recevant une pharmacothérapie. Les études devraient être menées auprès d'un vaste échantillon d'adolescents et de jeunes adultes (par exemple, des personnes de 12 à 25 ans) ayant reçu un diagnostic de TOC ou d'obsession d'une dysmorphie corporelle et présentant différents degrés d'altération du fonctionnement (en prenant soin de réduire au minimum les critères d'exclusion). Les études devraient posséder une puissance statistique suffisante pour évaluer l'effet du traitement combiné comparativement à chacun des traitements offerts seuls, et inclure un suivi à un an, à deux ans et à cinq ans. Tout traitement reçu au cours de la période de suivi devrait également être consigné.

2. Forme et intensité de l'intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou de la TCC dans le traitement des adultes présentant un TOC

Des études comparatives à répartition aléatoire, comportant une forme appropriée de mise à l'insu, devraient être menées afin d'évaluer l'efficacité (notamment par une mesure du fonctionnement social et de la qualité de vie), l'acceptabilité et le rapport coût-efficacité de différentes modalités de l'intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou de la TCC, incluant l'EPR, chez des adultes présentant un TOC. Les traitements à évaluer incluent les suivants : intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou TCC individuelle brève faisant appel à du matériel d'autosoins structuré, intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou TCC individuelle brève par téléphone, intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou TCC en groupe et intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou TCC individuelle standard. Ces traitements devraient être comparés entre eux, en plus d'être évalués en comparaison à des *traitements non pharmacologiques* valables qui ne sont toutefois pas spécifiquement conçus pour la gestion du TOC ou de l'obsession d'une dysmorphie corporelle (par exemple, apprentissage de la maîtrise de l'anxiété), et ce, auprès d'un vaste échantillon de personnes ayant reçu un diagnostic de TOC et présentant divers degrés d'altération du fonctionnement (en prenant soin de réduire au minimum les critères d'exclusion). Ces études devraient être menées auprès d'un vaste échantillon de personnes ayant reçu un diagnostic de TOC et présentant divers degrés d'altération du fonctionnement (en prenant soin de réduire au minimum les critères d'exclusion). Elles devraient posséder une puissance statistique suffisante pour évaluer l'effet du traitement

en fonction de la gravité du trouble ou du degré d'altération du fonctionnement, et inclure un suivi à un an et à deux ans. Tout traitement reçu au cours de la période de suivi devrait également être consigné.

3. Intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou TCC chez les adultes présentant un TOC qui n'ont pas répondu au traitement

Une étude comparative à répartition aléatoire, comportant une forme appropriée de mise à l'insu, devrait être menée afin d'évaluer l'efficacité de traitements individuels intensifs (notamment par la mesure du fonctionnement social, de la qualité de vie et de la gravité du TOC) comparativement à des traitements mis en œuvre sous forme de séances espacées (incluant l'EPR ainsi que des éléments de l'intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou de la TCC) et comparativement au traitement habituel, faisant office de traitement de référence. Cette étude devrait porter sur un vaste échantillon d'adultes ayant reçu un diagnostic de TOC et n'ayant pas répondu à l'essai adéquat d'au moins un traitement par ISRS ou clomipramine ainsi que d'au moins une intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une TCC (incluant l'EPR). Elle devrait posséder une puissance statistique suffisante pour comparer l'efficacité du traitement intensif à celle des séances espacées, et comprendre un suivi à un an et à deux ans. Tout traitement reçu au cours de la période de suivi devrait également être consigné.

4. Repérage des symptômes du TOC ou de l'obsession d'une dysmorphie corporelle

Des études bien conçues devraient être menées afin de comparer l'utilité de divers outils validés pour le *repérage* des symptômes du TOC et de l'obsession d'une dysmorphie corporelle chez les enfants, les adolescents et les adultes. L'accent de ces études devrait porter sur l'examen des outils informatisés et des méthodes appropriées en fonction de l'âge, afin d'évaluer autant les symptômes que le fonctionnement, en tenant compte des particularités liées à la culture et à l'origine ethnique en ce qui a trait à la communication et aux valeurs familiales. En ce qui concerne les *symptômes ou* l'obsession d'une dysmorphie corporelle, les populations particulières visées comprendraient les adolescents ou les adultes vus en consultation pour des services de dermatologie ou de chirurgie esthétique, de même que les personnes présentant d'autres *symptômes ou* troubles mentaux.

5. Intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou TCC chez les enfants et les adolescents présentant un TOC ou une obsession d'une dysmorphie corporelle

Une étude comparative à répartition aléatoire, comportant une forme appropriée de mise à l'insu, devrait être menée afin d'évaluer l'efficacité (notamment par la mesure du fonctionnement social et de la qualité de vie) et le rapport coût-efficacité d'une intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou d'une TCC individuelle et d'une intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou d'une TCC impliquant la famille ou l'entourage. Ces traitements devraient être comparés, en plus d'être évalués comparativement à un *traitement non pharmacologique* valable, qui ne serait toutefois pas spécifiquement conçu pour la gestion du TOC ou de l'obsession d'une dysmorphie corporelle (par exemple, apprentissage de la maîtrise de l'anxiété). Cette étude devrait être menée auprès d'un vaste échantillon d'enfants et d'adolescents ayant reçu un diagnostic de TOC ou d'une obsession d'une dysmorphie corporelle (en prenant soin de réduire au minimum les critères d'exclusion). Elle devrait posséder une puissance statistique suffisante pour évaluer l'effet du traitement chez les enfants et les adolescents de façon distincte, et comporter un suivi d'au moins un an.

Annexe A : Renseignements techniques concernant les critères de vérification

Au moment de la publication du présent guide, en 2025, l'annexe portant sur les renseignements concernant les critères de vérification du guide de pratique a été traduite en français mais n'a pas été contextualisée au Québec.

Objectifs possibles de la vérification

Une ou plusieurs vérifications peuvent être effectuées dans divers milieux de *soins et services* afin de veiller à ce que :

- les personnes présentant des *symptômes* ou un TOC, ou des *symptômes* ou une obsession d'une dysmorphie corporelle, s'investissent dans les soins qu'elles reçoivent;
- les options de traitement appropriées sont offertes et fournies aux personnes présentant des *symptômes* ou un TOC, ou des *symptômes* ou une obsession d'une dysmorphie corporelle.

Personnes pouvant être incluses dans la vérification et période consacrée à la sélection

Une vérification peut porter sur l'ensemble des personnes qui présentent des *symptômes* ou un TOC, ou des *symptômes* ou une obsession d'une dysmorphie corporelle. Des vérifications plus ciblées peuvent toutefois porter sur des groupes particuliers, notamment :

- les personnes qui présentent des *symptômes* ou un TOC, ou des *symptômes* ou une obsession d'une dysmorphie corporelle, à une étape du modèle de soins donnée (par exemple, pour étudier le processus d'évaluation);
- un échantillon de personnes présentant des *symptômes* ou un TOC ou des *symptômes* ou une obsession d'une dysmorphie corporelle qui proviennent d'une population particulière et qui reçoivent des services de première ligne.

Mesures pouvant servir de base à la vérification

Voir le tableau ci-après.

Tableau 1. Objectif possible de la vérification : améliorer l'accès à des *soins et services* multidisciplinaires spécialisés pour les *symptômes* ou le TOC, ou les *symptômes* ou l'obsession d'une dysmorphie corporelle, tout au long de la vie d'une personne

Critère	Exception	Définitions des termes
Chaque centre de services de première ligne, centre de services de santé mentale ou clinique de pédiatrie offrant des services en santé mentale a accès à une équipe multidisciplinaire en mesure d'offrir des soins spécialisés pour le TOC ou l'obsession d'une dysmorphie corporelle. a) Les politiques opérationnelles de chaque centre de services de	Aucune	Une équipe spécialisée dans le TOC ou l'obsession d'une dysmorphie corporelle est en mesure de procéder à une évaluation d'expert, à une <u>intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales</u> ou à une TCC, à une pharmacothérapie, et d'offrir des soins appropriés en fonction de l'âge.

Critère	Exception	Définitions des termes
<p>première ligne, centre de services de santé mentale ou clinique de pédiatrie offrant des services en santé mentale définissent les procédures d'accès aux équipes spécialisées dans le TOC ou l'obsession d'une dysmorphie corporelle.</p> <p>b) Les équipes spécialisées assurent notamment une fonction de liaison vers d'autres intervenants en santé mentale.</p>		<p>La fonction de liaison aura plusieurs objectifs : accroître les compétences en évaluation, selon le titre d'emploi des intervenants, et sur le traitement fondé sur des données probantes des personnes qui présentent des <i>symptômes ou</i> un TOC, ou des <i>symptômes ou</i> une obsession d'une dysmorphie corporelle; offrir des conseils de qualité; aider à comprendre les besoins de la famille ou de l'entourage, ainsi que ceux liés au développement.</p>

Tableau 2. Objectif possible de la vérification : réduire l'attente dans le cadre de la trajectoire des soins et services pour les personnes faisant l'objet d'une nouvelle orientation pour le traitement des *symptômes ou* du TOC, ou des *symptômes ou* de l'obsession d'une dysmorphie corporelle

Critère	Exception	Définition des termes
<p>Les personnes présentant des <i>symptômes ou</i> un TOC, ou des <i>symptômes ou</i> une obsession d'une dysmorphie corporelle, qui vivent une rechute à la suite d'un traitement réussi sont vues par un intervenant le plus rapidement possible, si elles font l'objet d'une nouvelle orientation; les personnes qui n'ont pas répondu au traitement reçoivent le soutien approprié.</p> <p>a) Les politiques opérationnelles définissent la trajectoire de services pour les personnes qui font l'objet d'une nouvelle orientation.</p> <p>b) Les politiques opérationnelles indiquent que la coordination des soins ou les autres processus appropriés sont mis en œuvre chez les personnes qui n'ont pas répondu au traitement.</p>	<p>Les personnes présentant des <i>symptômes ou</i> un TOC, ou des <i>symptômes ou</i> une obsession d'une dysmorphie corporelle, qui refusent une nouvelle orientation.</p>	<p>Aucune</p>

Tableau 3. Objectif possible de la vérification : améliorer le traitement initial chez les adultes présentant des *symptômes* ou un TOC légers, ou des *symptômes* ou une obsession d'une dysmorphie corporelle d'intensité légère, ou qui préfèrent un *traitement non pharmacologique* de basse intensité

Critère	Exception	Définition des termes
<p>Les adultes présentant des <i>symptômes</i> ou un TOC légers, ou des <i>symptômes</i> ou une obsession d'une dysmorphie corporelle d'intensité légère, ainsi que ceux qui choisissent de ne pas recourir à la médication, se voient proposer un <i>traitement non pharmacologique</i> de basse intensité à titre de traitement initial.</p> <p>a) Les notes consignées au dossier indiquent que la personne a été informée des différentes options de traitement de basse intensité</p> <p>b) Les notes consignées au dossier indiquent le résultat clinique des traitements de basse intensité</p>	<ul style="list-style-type: none"> Les adultes présentant des <i>symptômes</i> ou un TOC, ou des <i>symptômes</i> ou une obsession d'une dysmorphie corporelle d'intensité moyenne à grave Les enfants et les adolescents de 14 ans et plus qui refusent cette forme de traitement Les adultes qui refusent cette forme de traitement 	<p>Les traitements de basse intensité (moins de 10 heures avec un intervenant) incluent les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <u>intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou TCC</u> individuelle brève (comprenant l'EPR) faisant appel à du matériel d'autosoins structuré; intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou TCC individuelle brève (comprenant l'EPR) par téléphone; <u>intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou TCC</u> en groupe (comprenant l'EPR) Remarque : La durée totale du traitement peut dépasser 10 heures avec ce format.

Tableau 4. Objectif possible de la vérification : améliorer le traitement des adultes qui n'ont pas été en mesure de s'investir dans un traitement de basse intensité ou qui n'ont pas répondu à ce traitement

Critère	Exception	Définition des termes
<p>Les adultes présentant des <i>symptômes</i> ou un TOC légers, qui n'ont pas été en mesure de s'investir dans un traitement de basse intensité ou qui n'ont pas répondu à ce traitement, se voient offrir des traitements d'intensité plus élevée.</p> <p>a) Les notes consignées au dossier indiquent que la personne a été informée qu'elle avait la possibilité de choisir entre une <u>intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une TCC</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> Les adultes dont l'état s'est amélioré à la suite d'une intervention de basse intensité Les enfants et les adolescents de 14 ans et plus qui refusent ces formes de traitement Les adultes qui refusent ces 	<p>Les traitements d'intensité plus élevée incluent les suivants : traitement par un ISRS ou <u>intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une TCC</u> d'intensité plus élevée (comprenant l'EPR); Remarque : La durée totale du traitement peut dépasser plus de 10 heures avec un intervenant.</p>

Critère	Exception	Définition des termes
intensive (incluant l'EPR) ou un ISRS. b) Les notes consignées au dossier indiquent le résultat clinique du traitement offert.	formes de traitement	

Tableau 5. Objectif possible de la vérification : améliorer le traitement des adultes présentant des *symptômes* ou un TOC et une altération moyenne du fonctionnement

Critère	Exception	Définition des termes
Les adultes présentant des <i>symptômes</i> ou un TOC et une altération moyenne du fonctionnement se voient offrir la possibilité de choisir entre un ISRS ou une <u>intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une TCC</u> d'intensité plus élevée (comprenant l'EPR). a) Les notes consignées au dossier indiquent que la personne a été informée qu'elle avait la possibilité de choisir entre une <u>intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une TCC</u> d'intensité plus élevée (comprenant l'EPR) ou un ISRS. b) Les notes consignées au dossier indiquent le résultat clinique du traitement offert.	Les enfants et les adolescents	Une <u>intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou TCC</u> d'intensité plus élevée (comprenant l'EPR) signifie un accompagnement de plus de 10 heures par un intervenant.

Tableau 6. Objectif possible de la vérification : améliorer le traitement des adultes présentant une des *symptômes* ou une obsession d'une dysmorphie corporelle et une altération moyenne du fonctionnement

Critère	Exception	Définition des termes
Les adultes présentant des <i>symptômes</i> ou une obsession d'une dysmorphie corporelle d'intensité moyenne se voient offrir la possibilité de choisir entre un ISRS ou <u>une intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une TCC</u> individuelle d'intensité plus élevée (comprenant l'EPR). a) Les notes consignées au dossier indiquent que la personne a été	Les enfants et les adolescents	Dans le cadre de <u>l'intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou de la TCC</u> , l'EPR doit cibler les principales caractéristiques de l'obsession d'une dysmorphie corporelle.

Critère	Exception	Définition des termes
<p>informée qu'elle avait la possibilité de choisir entre une <u>intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une TCC</u> individuelle intensive (comprenant l'EPR) ou un ISRS.</p> <p>b) Les notes consignées au dossier indiquent le résultat clinique du traitement offert.</p>		

Tableau 7. Objectif possible de la vérification : améliorer les soins et services offerts aux enfants et aux adolescents qui présentent des *symptômes* ou un TOC et une altération moyenne ou grave du fonctionnement, de même qu'à ceux qui présentent des *symptômes* ou un TOC et une légère altération du fonctionnement s'ils ont refusé les autosoins dirigés ou si cette intervention s'est avérée inefficace

Critère	Exception	Définition des termes
<p>Une <u>intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une TCC</u> (comprenant l'EPR) sera offerte à titre de traitement de première intention aux enfants et aux adolescents qui présentent des <i>symptômes</i> ou un TOC et une altération moyenne ou grave du fonctionnement, de même qu'à ceux qui présentent une légère altération du fonctionnement, s'ils ont refusé les autosoins dirigés ou si cette intervention s'est avérée inefficace.</p> <p>a) Les notes consignées au dossier indiquent que l'enfant ou l'adolescent, de même que sa famille ou son entourage ont été informés de la possibilité d'opter pour une <u>intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une TCC</u>.</p> <p>b) Les notes consignées au dossier indiquent le résultat clinique de l'intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou de la TCC.</p>	<p>Les enfants et les adolescents qui refusent l'intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou la TCC (comprenant l'EPR)</p>	<p><u>Intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou TCC</u> (comprenant l'EPR) : traitement qui implique la famille ou l'entourage et qui est adapté à l'âge de développement de l'enfant.</p> <p>Des traitements en groupe ou individuels devraient être offerts, selon les préférences de l'enfant ou de l'adolescent, de même que celles de sa famille ou de son entourage.</p>

Tableau 8. Objectif possible de la vérification : améliorer les soins et services offerts aux enfants (de 8 à 11 ans) présentant des *symptômes* ou un TOC, ou des *symptômes* ou une obsession d'une dysmorphie corporelle, et une altération moyenne ou grave du fonctionnement en l'absence de réponse satisfaisante à une intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une TCC (comprenant l'EPR) impliquant la famille ou l'entourage

Critère	Exception	Définition des termes
<p>En l'absence de réponse satisfaisante à une <u>intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales</u> ou à une <u>TCC</u> (comprenant l'EPR) chez un enfant présentant des <i>symptômes</i> ou un TOC, ou des <i>symptômes</i> ou une obsession d'une dysmorphie corporelle, une équipe multidisciplinaire (en collaboration avec la famille ou l'entourage) procède à une réévaluation du traitement au cours duquel l'ajout d'un ISRS au <i>traitement non pharmacologique</i> en cours est envisagé.</p> <p>a) Les notes consignées au dossier indiquent qu'une équipe multidisciplinaire a effectué une réévaluation du traitement et que la possibilité d'ajouter un ISRS au <i>traitement non pharmacologique</i> en cours a été envisagée de façon consciencieuse.</p> <p>b) Les notes consignées au dossier indiquent qu'une surveillance étroite a été effectuée.</p> <p>c) Les notes consignées au dossier indiquent le résultat clinique du traitement offert.</p>	<p>Les enfants qui obtiennent une réponse à une intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou à une TCC (comprenant l'EPR)</p>	<p>Enfants : âgés de 8 à 11 ans</p> <p>Surveillance étroite : rencontres fréquentes, à intervalles réguliers et appropriés, comme convenu entre l'intervenant et l'enfant, de même que les membres de sa famille ou de son entourage, et conformément à ce qui est indiqué au dossier.</p>

Tableau 9. Objectif possible de la vérification : améliorer le traitement des adolescents (de 12 à 18 ans) présentant des *symptômes* ou un TOC ou des *symptômes*, ou une obsession d'une dysmorphie corporelle, et une altération moyenne ou grave du fonctionnement en l'absence de réponse satisfaisante à une intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une TCC (comprenant l'EPR) impliquant la famille ou l'entourage

Critère	Exception	Définition des termes
<p>En l'absence de réponse satisfaisante à une <u>intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales</u> ou à une <u>TCC</u> (comprenant l'EPR) chez un adolescent présentant des <i>symptômes</i> ou un TOC, ou des</p>	<p>Les adolescents qui obtiennent une réponse à une intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou</p>	<p>Adolescents : âgés de 12 à 18 ans</p> <p>Surveillance étroite : rencontres fréquentes, à intervalles réguliers et appropriés, comme convenu entre l'intervenant et</p>

Critère	Exception	Définition des termes
<p><i>symptômes ou</i> une obsession d'une dysmorphie corporelle, une équipe multidisciplinaire (en collaboration avec la famille ou l'entourage) procède à une réévaluation du traitement au cours de laquelle l'ajout d'un ISRS au <i>traitement non pharmacologique</i> en cours est envisagé.</p> <p>a) Les notes consignées au dossier indiquent qu'une équipe multidisciplinaire a effectué une réévaluation du traitement et que la possibilité d'ajouter un ISRS au <i>traitement non pharmacologique</i> en cours a été envisagée de façon consciencieuse.</p> <p>b) Les notes consignées au dossier indiquent qu'une surveillance étroite a été effectuée.</p> <p>c) Les notes consignées au dossier indiquent le résultat clinique du traitement offert.</p>	<p>une à TCC (comprenant l'EPR)</p>	<p>l'adolescent, de même que les membres de sa famille ou de son entourage, et conformément à ce qui est indiqué au dossier.</p>

Tableau 10. Objectif possible de la vérification : améliorer le traitement des enfants et des adolescents qui présentent des *symptômes ou* une obsession d'une dysmorphie corporelle

Critère	Exception	Définition des termes
<p><u>L'intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou la TCC</u> (comprenant l'EPR) est envisagée comme traitement de première intention chez les enfants et les adolescents qui présentent des <i>symptômes ou</i> une obsession d'une dysmorphie corporelle.</p> <p>a) Les notes consignées au dossier indiquent que l'intervenant impliqué dans le dossier a discuté de la nécessité d'entreprendre une <u>intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une TCC</u> (comprenant l'EPR) et que des dispositions ont été prises.</p> <p>b) Les notes consignées au dossier indiquent le résultat clinique du traitement offert.</p>	<p>Les enfants et les adolescents qui refusent le traitement</p>	<p>Enfants : âgés de 8 à 11 ans Adolescents : âgés de 12 à 18 ans</p> <p><u>Intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou TCC</u> (comprenant l'exposition avec prévention de la réponse) : traitement qui implique la famille ou l'entourage et qui est adapté à l'âge de développement de l'enfant ou de l'adolescent.</p>

Annexe B : Force des recommandations

Certaines recommandations peuvent être émises avec plus de certitude que d'autres. Le Groupe de développement du guide de pratique du NICE émet une recommandation sur la base d'un compromis entre les bénéfiques et les effets néfastes associés à un soin ou à un service, en tenant compte de la qualité des données à l'appui. Pour certains soins ou services, le Groupe estime, à la lumière des données examinées, que la plupart des personnes utilisatrices de services choisiraient de recevoir le service. La formulation utilisée dans les recommandations de ce guide de pratique reflète la certitude avec laquelle la recommandation est émise (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 nous devons (ou ne devons pas) avoir recours

En règle générale, nous utilisons « doit » ou « ne doit pas » uniquement s'il y a une obligation légale à appliquer à 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 nous devrions (ou ne devrions 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 nous pouvons 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, sont plus susceptibles 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 « envisager » ne reflète pas nécessairement la force des recommandations adaptées.

Supplément d'information et renseignements concernant le comité

Pour consulter les orientations du NICE sur des sujets connexes, y compris l'élaboration des orientations, voir la [page Web du NICE sur l'anxiété](#).

Pour obtenir des renseignements complets sur les données probantes et les discussions du comité, voir [le guide de pratique complet du NICE sur le TOC, ses annexes et les documents détaillant le processus d'examen](#) qui l'accompagnent. Vous pouvez également obtenir de l'information sur [la façon dont ce guide de pratique a été élaboré](#), y compris des renseignements sur les membres du comité.

Le NICE a conçu [des outils et développé des ressources](#) pour vous aider à mettre le présent guide de pratique en application. Pour obtenir du soutien et des conseils généraux relativement à la mise en application de nos guides de pratique, consulter [les ressources visant à vous aider dans la mise en application des orientations du NICE](#).

Information sur la mise à jour

Modifications mineures effectuées après la publication

Mai 2024 : Nous avons simplifié les lignes directrices en retirant les recommandations sur les principes généraux de soins qui sont abordés dans d'autres guides de pratiques du NICE (par exemple, le [guide de pratique du NICE sur l'expérience des usagers de services en santé mentale pour adultes](#)).

Il s'agit uniquement d'un changement de présentation, et aucune modification de la pratique n'est prévue.

ISBN : 978-1-4731-3807-0

TERMES UTILISÉS

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

Appréciation

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

Autonégligence

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'autrui⁵⁴ ».

Autosoins dirigés

Dans le présent guide de pratique, les autosoins dirigés conventionnels consistent en 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 (TIC). En général, un intervenant ayant reçu une formation pertinente présente le matériel aux personnes afin d'en faciliter l'utilisation.

Exposition et prévention de la réponse (EPR)

La personne est encouragée à se confronter à l'objet, à la situation ou à la pensée redoutée qui provoque l'anxiété (exposition) et à s'abstenir d'adopter le comportement compulsif ou autre qui réduirait rapidement l'anxiété (prévention de la réponse) jusqu'à ce que l'anxiété diminue progressivement d'elle-même. Par exemple, les personnes obsédées par la contamination sont encouragées à rester en contact avec l'objet « sale » (par exemple, manipuler de l'argent) jusqu'à ce que leur anxiété diminue (accoutumance).

Ainsi, par une exposition répétée, la personne s'habitue à l'objet, à la situation ou à la pensée qui ne provoque plus d'anxiété et l'envie d'adopter le comportement compulsif n'est plus présente. Le programme ERP est généralement mené de manière progressive, en commençant par des objets, des situations ou des pensées qui produisent des niveaux de détresse relativement faibles. L'exposition peut se faire de différentes manières, notamment in vivo (confrontation directe avec l'objet ou la situation redoutés) et en imagination (la personne imagine de manière répétée la pensée, la situation ou l'objet redoutés). Des scénarios enregistrés peuvent être utilisés pour l'exposition, en particulier lorsque la cause de la détresse est une pensée obsessionnelle particulière.

L'EPR peut être utilisée dans le cadre d'une intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou d'une TCC structurée en présence du thérapeute ou sur instructions d'un

⁵⁴ Calvé, J. (2017). *La création et l'utilisation de guides de pratique en travail social : illustration d'une pratique en contexte d'autonégligence*. *Intervention*, numéro 146:53-63. [Calvé, J. \(2017\). La création et l'utilisation de guides de pratique en travail social : illustration d'une pratique en contexte d'autonégligence. Intervention, numéro 146:53-63..](#)

thérapeute qui n'est pas présent. Elle peut également être utilisée avec le soutien d'un membre de la famille ou de l'entourage.

Famille et entourage

Dans le cadre du PQPTM, ce terme 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

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

Interventions utilisant des techniques cognitivo-comportementales

Dans le cadre du PQPTM, ce terme 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, qui ne correspondent toutefois pas à la psychothérapie telle que définie par la loi⁵⁵.

Modèle de soins par étapes

Modèle de prestation et de suivi des traitements selon lequel les interventions les plus efficaces, les moins intrusives et les moins exigeantes sur le plan des ressources sont utilisées en premier. Le modèle de soins par étapes comporte un mécanisme intégré d'autocorrection faisant en sorte que les personnes à qui les traitements initiaux ne procurent pas de bienfaits puissent passer à l'étape suivante afin de recevoir un traitement plus intense, s'il y a lieu. Le modèle des soins adaptés respecte les principes des soins par étapes, mais tient compte d'autres facteurs tels que le tableau clinique, les expériences antérieures de la personne utilisatrice de services en matière de traitement, ainsi que ses choix et ses préférences.

Partenaire

Dans le présent guide, ce terme 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, les milieux scolaires, etc.

Professionnel

Dans le cadre du PQPTM, le terme professionnel désigne toute personne qui est titulaire d'un permis délivré par un ordre professionnel et qui est inscrite au tableau de ce dernier, y compris les médecins⁵⁶.

Professionnel autorisé à prescrire

Dans le présent document, ce terme désigne tout professionnel autorisé à prescrire des médicaments au Québec, ce qui comprend l'ordonnance initiale, le renouvellement, l'ajustement

⁵⁵ Code des professions, L.R.Q., c. C-26, <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showDoc/cs/C-26?&digest=>

⁵⁶ MSSS. (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/fichiers/2021/21-835-01W.pdf>

et l'arrêt de la médication dans le respect des lois et règlements s'appliquant à chacun de ces professionnels.

Professionnel dûment habilité

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

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 soutien⁵⁷. »

Rechute

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

Rémission

Dans le présent guide, il s'agit d'une absence de symptômes importants sur le plan clinique et d'un fonctionnement normal pendant au moins 12 semaines.

Repérage

Dans le cadre du PQPTM, ce terme 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.

Services de première ligne

Dans le présent guide, ce terme désigne les services de soins primaires fournis par différents intervenants dans la communauté et constitue le premier niveau d'accès dans le réseau de la santé et des services sociaux. Ces services peuvent s'adresser à la population en 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.⁵⁸

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

Ces services sont organisés régionalement et offerts localement ou régionalement. Ils permettent de résoudre des problèmes de santé mentale ainsi que des enjeux problématiques complexes. Ils s'appuient généralement sur une infrastructure importante et une technologie avancée, ainsi que sur une expertise pointue, qui demeure toutefois répandue. Pour la grande majorité de ces services, les intervenants fournissent des services aux personnes qui leur sont orientées,

⁵⁷ Code des professions. L.R.Q., c. C-26, art. 187.1. <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/c-26>

⁵⁸ MSSS. (2005) *L'architecture des services de santé et des services sociaux : Les programmes-services et les programmes-soutien* (publication n° 04-710-01). <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001287/>

soutiennent les intervenants des services spécifiques, et agissent également à titre de consultants auprès de ces derniers.

Services spécifiques de santé mentale (aussi appelés services de santé mentale de première ligne)

Les services spécifiques de santé mentale s'appuient sur des infrastructures légères. Ils s'adressent aux adultes vivant un enjeu problématique particulier en santé mentale. Ces services comprennent 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 collaboration avec les intervenants des services de première ligne et ceux 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 fondés sur des données probantes et les guides de pratique, en tenant compte de l'entourage; assurer un soutien aux partenaires œuvrant au sein de l'établissement et aux partenaires externes, y compris certains organismes communautaires.

Traitement

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

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, et ce, d'une manière coordonnée. Les trajectoires doivent respecter les standards d'accès et de continuité⁵⁹.

⁵⁹ MSSS. (2008). *Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience : Afin de faire mieux ensemble* (publication n° 08-848-01). <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000939/>

