

# Trouble d'anxiété sociale : repérage, évaluation et traitement

GUIDE DE PRATIQUE CLINIQUE



Publié par le NICE en 2013; dernière mise à jour du NICE en 2024.

Publié par le MSSS en octobre 2022; dernière mise à jour en 2025.

Le guide de pratique clinique *Trouble d'anxiété sociale* est tiré du guide *Social anxiety disorder: recognition, assessment and treatment—Clinical guideline*©, NICE [2013], qu'il est possible de consulter à <https://www.nice.org.uk/guidance/cg159> (tous droits réservés.). Les guides de pratique du NICE sont préparés pour le National Health Service de l'Angleterre. Ils sont régulièrement révisés et mis à jour et peuvent être retirés du site Web ([nice.org.uk](http://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](http://publications.msss.gouv.qc.ca).

Pour plus d'information : [Quebec.ca/gouv/santé-services-sociaux](http://Quebec.ca/gouv/santé-services-sociaux)

## DÉPÔT LÉGAL

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2026  
ISBN 978-2-555-02973-6 (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**

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

**Docteur Pierre Bleau**, directeur national des services en santé mentale

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

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

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

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

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

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

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

### **Direction du CIUSSS de la Capitale-Nationale**

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

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

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

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

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

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

### **CIUSSS de la Capitale-Nationale**

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

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

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

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

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

### **Membres du comité consultatif d'experts**

**Docteur Denis Audet**, M.D., médecin de famille, GMF-U Saint-François-d'Assise

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

**Docteur Martin Drapeau**, psychologue clinicien et professeur titulaire de psychologie du counselling et de psychiatrie à l'Université McGill

**Madame Sonia Larche**, travailleuse sociale, spécialiste en activités cliniques, Direction du programme santé mentale et dépendance (DPSMAD), CISSS de Lanaudière

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

**Madame Joelle Lepage**, psychoéducatrice, coordonnatrice du Centre RBC d'expertise universitaire en santé mentale, Université de Sherbrooke

**Monsieur Frédéric L'Héroult**, B. Sc., M. Éd., directeur de l'école primaire Gentilly

**Madame Esthel Malenfant**, B. Pharm., M. Sc., BCPP, pharmacienne, CIUSSS de la Capitale-Nationale – Institut universitaire de santé mentale de Québec (IUSMQ), professeure de clinique, Faculté de pharmacie, Université Laval

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

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

**Madame France Seguin**, citoyenne partenaire

**Mise à jour (2025)**

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

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

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

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

*Le Québec est l'un des seuls endroits au monde où la psychothérapie est encadrée légalement. Le guide de pratique clinique du NICE et les recherches sur lesquelles sont basées les interventions recommandées utilisent les termes « thérapie » et « psychothérapie » sans préciser si ces termes renvoient à la psychothérapie telle qu'elle est définie à l'article 187.1 du [Code des professions](#). Ainsi, les recommandations indiquées en italique 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 cet article. L'intervenant devra s'appuyer sur les divers documents produits dans le cadre des travaux interordres concernant l'exercice de la psychothérapie et des interventions qui s'y apparentent<sup>1</sup>.*

*Le guide de pratique clinique portant sur le trouble d'anxiété sociale 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. Le [Guide de bonnes pratiques pour l'implication des proches](#)*

---

<sup>1</sup> Collège des médecins du Québec, Ordre des conseillers et conseillères d'orientation du Québec, Ordre des ergothérapeutes du Québec, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec, Ordre des psychologues du Québec, Ordre professionnel des criminologues du Québec, Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec et Ordre professionnel des sexologues du Québec. (2018). *L'exercice de la psychothérapie et des interventions qui s'y apparentent – Trouver la frontière entre les interventions de différents professionnels et la psychothérapie.* [https://www.orientation.qc.ca/files/OPQ\\_TravauxInterordres\\_Complet\\_FINAL\\_Web.pdf](https://www.orientation.qc.ca/files/OPQ_TravauxInterordres_Complet_FINAL_Web.pdf)

en santé mentale : considérer, intégrer, outiller (MSSS, 2024) offre des pistes pour soutenir la mise en œuvre de pratiques cliniques favorisant l'implication et la reconnaissance des proches dans le processus de rétablissement des personnes présentant un trouble mental.

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 \(PQPTM\)](#).

## 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 l'emporte pas sur la responsabilité de prendre les décisions appropriées en fonction de la situation d'une personne, et ce, en consultation avec cette dernière de même qu'avec la famille et l'entourage, le 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 pour les Inuit et les Naskapis \(LSSSS\)](#)*. En effet, aucun élément de ce guide ne devrait être interprété de façon à être incompatible avec le respect de ces obligations.

Les établissements publics de santé et de services sociaux, de même que les fournisseurs de soins et de 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 privilégier l'intégration volontaire du développement durable dans la mise en œuvre des recommandations de ce guide de pratique, conformément au Plan d'action de développement durable du MSSS<sup>2</sup>.*

---

<sup>2</sup> 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

AVIS AUX LECTEURS.....	III
VOS RESPONSABILITÉS .....	V
APERÇU.....	VIII
INTRODUCTION.....	1
1. RECOMMANDATIONS.....	4
1.1 PRINCIPES GÉNÉRAUX RÉGISSANT LES SOINS ET LES SERVICES OFFERTS.....	5
1.2 REPÉRAGE ET <i>DÉMARCHE ÉVALUATIVE</i> CHEZ LES ADULTES .....	9
1.3 TRAITEMENT CHEZ LES ADULTES .....	15
1.4 REPÉRAGE ET <i>DÉMARCHE ÉVALUATIVE</i> CHEZ LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS.....	23
1.5 TRAITEMENT CHEZ LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS .....	30
1.6 TRAITEMENTS NON RECOMMANDÉS POUR LES <i>SYMPTÔMES OU LE TAS</i> .....	32
1.7 SYMPTÔMES OU PHOBIES SPÉCIFIQUES.....	33
2. RECOMMANDATIONS DE RECHERCHE .....	34
2.1 RECOURS AUX TRAITEMENTS DES <i>SYMPTÔMES OU DU TAS</i> ET ENGAGEMENT DES ADULTES À LEUR ÉGARD .....	34
2.2 <i>INTERVENTION UTILISANT DES TECHNIQUES COGNITIVO-COMPORTEMENTALES OU TCC</i> SPÉCIFIQUES OU GÉNÉRIQUES POUR LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS QUI PRÉSENTENT DES <i>SYMPTÔMES OU UN TAS</i> .....	34
2.3 RÔLE DES PARENTS DANS LE TRAITEMENT DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS QUI PRÉSENTENT DES <i>SYMPTÔMES OU UN TAS</i> .....	35
2.4 <i>INTERVENTION UTILISANT DES TECHNIQUES COGNITIVO-COMPORTEMENTALES OU TCC</i> , INDIVIDUELLE OU EN GROUPE, POUR LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS QUI PRÉSENTENT DES <i>SYMPTÔMES OU UN TAS</i> .....	36
2.5 TRAITEMENTS COMBINÉS POUR LES ADULTES QUI PRÉSENTENT DES <i>SYMPTÔMES OU UN TAS</i> .....	37
3. NOTES SUR LE PRÉSENT GUIDE .....	38
3.1 GUIDE DE PRATIQUE COMPLET .....	38
3.2 INFORMATION À L'INTENTION DU PUBLIC .....	38
3.3 GUIDES SCHÉMATISÉS.....	38
4. MISE À JOUR DU GUIDE DE PRATIQUE .....	39
ANNEXE 1 : TERMES UTILISÉS.....	40
ANNEXE 2 : FORCE DES RECOMMANDATIONS .....	45

## LISTE DES SIGLES

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

## APERÇU

Le présent guide de pratique traite du repérage, de l'*appréciation*, de l'évaluation et du traitement du trouble d'anxiété sociale (TAS, précédemment désigné sous le terme de phobie sociale) chez les enfants d'âge scolaire, les adolescents (jusqu'à 17 ans) ainsi que chez les adultes (18 ans et plus). Il a pour objectif l'amélioration des symptômes, du fonctionnement scolaire, professionnelle et social, ainsi que de la qualité de vie des personnes présentant des *symptômes ou un TAS*.

*Le NICE a également développé d'autres guides de pratique clinique portant sur les troubles mentaux fréquents. Certains de ces guides ont été contextualisés au Québec, soit les guides sur les [troubles mentaux fréquents](#), le [trouble d'anxiété généralisée et le trouble panique chez l'adulte](#), le [trouble dépressif chez les enfants et les adolescents](#), le [trouble de 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 établissements publics de santé et de services sociaux et aux fournisseurs *de soins et services de santé.*
- Aux personnes œuvrant dans le secteur de l'éducation et dans d'autres contextes où des *soins et services* de santé ou des interventions connexes peuvent être offerts.
- Aux enfants, aux adolescents et aux adultes présentant *des symptômes ou un TAS*, de même qu'à *leur famille et à leur entourage.*

## INTRODUCTION

Le trouble d'anxiété sociale (TAS) est l'un des troubles anxieux les plus fréquents<sup>3</sup>. Les estimations de la prévalence à vie varient. *Selon les dernières données disponibles de l'Enquête sur la santé dans les communautés canadiennes, publiée en 2002, 8,1 % des Canadiens présenteraient un TAS à un moment de leur vie<sup>4</sup>, le taux de prévalence sur un an étant de 6,7 %<sup>5</sup>. Les données disponibles au Québec sont comparables, avec 7,2 % des personnes âgées de 15 ans et plus présentant un TAS<sup>6</sup>. Cependant, il est nécessaire de préciser que ces statistiques n'incluent que les cas diagnostiqués, et que, par conséquent, la prévalence pourrait être sous-estimée; ces données épidémiologiques doivent donc être considérées comme un seuil plancher.* Selon une étude réalisée aux États-Unis<sup>7</sup>, 12 % des adultes américains présenteraient un TAS à un moment de leur vie. À titre comparatif, les estimations se chiffrent à environ 6 % pour le trouble d'anxiété généralisée (TAG)<sup>11</sup>, 5 % pour le trouble panique, 7 % pour le trouble de stress post-traumatique et 2 % pour le trouble obsessionnel-compulsif. Dans les cas d'un TAS, la présence d'un trouble mental comorbide, comme le trouble dépressif (19 %), le trouble de l'usage d'une substance (17 %), le TAG (5 %), le trouble panique (6 %) et le trouble de stress post-traumatique (3 %), est fréquente<sup>8</sup>.

Le TAS *peut être décrit comme* une peur ou une anxiété persistante occasionnée par une ou plusieurs situations sociales, voire des situations de performance, et qui est disproportionnée par rapport à la menace réelle posée par la situation<sup>9</sup>. Les situations susceptibles de provoquer de l'anxiété sont, notamment le fait de rencontrer des personnes, y compris des étrangers, de s'exprimer dans le cadre d'une réunion ou au sein d'un groupe, d'amorcer une conversation, de s'entretenir avec des figures d'autorité, de travailler, de manger ou de boire tout en étant observé, d'aller à l'école, de *magasiner* ou de faire les courses, d'être vu en public, d'utiliser les toilettes publiques ou de livrer une performance, par exemple prendre la parole en public. L'inquiétude relative à certaines de ces situations est fréquente dans la population générale, mais les personnes qui présentent des symptômes ou un TAS ont une crainte excessive qui se manifeste avant, pendant et après la situation. Précisément, ces personnes craignent de faire ou de dire quelque chose qui serait humiliant ou embarrassant (par exemple rougir, transpirer, sembler ennuyeux, stupide ou anxieux, trembler ou paraître incompetent). Le TAS peut entraîner des répercussions importantes sur le fonctionnement d'une personne, perturber la vie quotidienne et nuire aux relations sociales et à la qualité de vie, de même qu'au rendement professionnel et scolaire. Les personnes présentant des symptômes ou un TAS peuvent parfois manifester une consommation abusive d'alcool ou de drogues, souvent pour tenter de calmer l'anxiété qu'elles ressentent. Lorsqu'une personne

---

<sup>3</sup> National Institute for Health and Care Excellence. (2013). *Social Anxiety Disorder: full guideline*. CG 159. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg159>

<sup>4</sup> Gouvernement du Canada. (2006). Aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada. [https://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/human-humain06/pdf/human\\_face\\_f.pdf](https://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/human-humain06/pdf/human_face_f.pdf)

<sup>5</sup> Stein, M. B. et Kean, Y. M. (2000). Disability and quality of life in social phobia: Epidemiologic findings. *Am J Psychiatry*, 157(1606-1613). <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.10.1606>

<sup>6</sup> MSSS. (2002). *Statistiques de santé et de bien être selon le sexe - Tout le Québec*. <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/statistiques-donnees-sante-bien-etre/statistiques-de-sante-et-de-bien-etre-selon-le-sexe-volet-national/trouble-panique-phobie-sociale-agoraphobie-et-trouble-anxieux/>

<sup>7</sup> National Institute for Health and Care Excellence. (2013). *Social Anxiety Disorder: recognition, assessment and treatment*. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg159/evidence/full-guideline-pdf-189895069>

<sup>8</sup> NICE. (2013). *Social anxiety disorder: recognition, assessment and treatment (NICE clinical guideline CG159)*. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg159>

<sup>9</sup> National Institute for Health and Care Excellence. (2013). *Social Anxiety Disorder: recognition, assessment and treatment*. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg159/evidence/full-guideline-pdf-189895069>

*présentant des symptômes* ou un TAS présente *des symptômes* ou un trouble dépressif comorbides, il arrive que ces derniers soient repérés, alors que *les symptômes ou le TAS* sous-jacents et plus persistants ne le sont pas. De plus, comme le trouble apparaît en bas âge, *l'appréciation et l'évaluation* en milieu scolaire représentent un défi non-négligeable.

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

Les *symptômes* ou le TAS apparaissent généralement tôt (l'âge médian est de 13 ans)<sup>10</sup> et figurent parmi les troubles anxieux les plus persistants. Le développement du TAS peut être influencé par plusieurs facteurs tels que *l'hérédité (les enfants ayant un parent au premier degré atteint d'un TAS sont plus susceptibles de développer ce trouble)*<sup>11</sup>, *l'environnement psychologique et familial (par exemple avoir vécu un traumatisme dans la petite enfance ou de la surprotection maternelle)*<sup>12, 13</sup>, *les caractéristiques sociodémographiques (les femmes sont plus susceptibles de développer des symptômes ou un TAS que les hommes)*<sup>14</sup> et *culturelles (le TAS est plus répandu dans les communautés autochtones que dans les communautés non autochtones)*<sup>15</sup>. Ces facteurs ne sont pas mutuellement exclusifs. Malgré l'ampleur de la détresse et de l'incapacité que peut causer ce trouble, seulement près de la moitié des personnes qui en sont atteintes cherchent à se faire traiter, et celles qui le font ne le font généralement qu'après avoir vécu avec la présence de symptômes pendant 15 à 20 ans. Un nombre important de personnes ayant développé des *symptômes* ou un TAS à l'adolescence peuvent se rétablir avant d'atteindre l'âge adulte. Cependant, chez les personnes dont les *symptômes* ou le TAS persistent à l'âge adulte, cette possibilité est modeste lorsqu'elles ne reçoivent pas de traitement, si on les compare aux personnes présentant d'autres troubles mentaux fréquents.

Il existe un éventail de traitements efficaces pour les personnes présentant des *symptômes* ou un TAS, mais l'accès à ceux-ci s'avère parfois difficile en raison d'un

---

<sup>10</sup> National institute for Health and Care Excellence. (2013). *Social Anxiety Disorder: recognition, assessment and treatment*. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg159/evidence/full-guideline-pdf-189895069>

<sup>11</sup> Telman, L. G. E., van Steensel, F. J. A., Maric, M. et al. (2018). What are the odds of anxiety disorders running in families? A family study of anxiety disorders in mothers, fathers, and siblings of children with anxiety disorders. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 27, 615-624. <https://doi.org/10.1007/s00787-017-1076-x>

<sup>12</sup> Kuo, J. R., Goldin, P. R., Werner, K., Heimberg, R. G. et Gross, J. J. (2011). Childhood trauma and current psychological functioning in adults with social anxiety disorder. *Journal of anxiety disorders*, 25(4), 467-473. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.11.011>

<sup>13</sup> Spokas, M. et Heimberg, R. G. (2009). Overprotective parenting, social anxiety, and external locus of control: Cross-sectional and longitudinal relationships. *Cognitive therapy and research*, 33(6), 543-551. <https://doi.org/10.1007/s10608-008-9227-5>

<sup>14</sup> MacKenzie, M. B. et Fowler, K. F. (2013). Social anxiety disorder in the Canadian population: Exploring gender differences in sociodemographic profile. *Journal of Anxiety Disorders*, 27(4), 427-434. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2013.05.006>

<sup>15</sup> Kisely, S., Alichniewicz, K. K., Black, E. B., Siskind, D., Spurling, G. et Toombs, M. (2017). The prevalence of depression and anxiety disorders in indigenous people of the Americas: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 84, 137-152. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2016.09.032>

repérage sous-optimal, notamment dans les services de première ligne, d'une démarche évaluative inadéquate, de la méconnaissance des traitements disponibles ou encore, du fait qu'ils sont peu disponibles dans *l'offre de soins et de services*.

## 1. RECOMMANDATIONS

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 offerts<sup>16</sup>. Les soins et services offerts doivent tenir compte des préférences et des besoins de chaque personne.

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

*Les intervenants et les établissements doivent également 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 la loi sur le droit de la personne utilisatrice de services de participer à toute décision concernant son état de santé ou de bien-être<sup>17</sup>. Ainsi, la prise de décision partagée entre la personne utilisatrice de services et les intervenants du réseau de la santé et des services sociaux qui leur offrent des soins et services devrait être favorisée. Les intervenants et les établissements doivent aussi se conformer à la [Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui](#).*

*Enfin, les professionnels doivent également respecter les divers règlements du [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 qui suivent ont été élaborées à partir des meilleures données probantes disponibles. Pour plus d'informations concernant la terminologie employée pour représenter la force de la recommandation, se référer à l'[Annexe 2 : Force des recommandations](#).

Les intervenants devraient également tenir compte des guides du NICE portant sur la prestation des *soins et services* (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;](#)
- [médicaments associés à une dépendance ou à des symptômes de retrait : prescription sécuritaire et gestion du retrait chez les adultes;](#)
- [optimisation de la pharmacothérapie;](#)
- [multimorbidité;](#)

<sup>16</sup> *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>

<sup>17</sup> *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>

- [expérience des personnes utilisant les services de santé mentale pour les adultes;](#)
- [prise de décision partagée;](#)
- [soutien aux proches aidants d'adultes;](#)
- [transition des soins et services pour les enfants et les adolescents aux services pour les adultes.](#)

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

## 1.1 PRINCIPES GÉNÉRAUX RÉGISSANT LES SOINS ET LES SERVICES OFFERTS

### Améliorer l'accès aux soins et aux services

1.1.1. Soyez conscient que les personnes qui présentent des *symptômes* ou un TAS peuvent :

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

*NOTE : Dans ce guide de pratique, l'expression « symptômes ou TAS » englobe les situations où des symptômes du TAS sont présents sans que les critères diagnostiques soient remplis, ainsi que les situations où un TAS a été confirmé (diagnostic ou 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.*

1.1.2. Les intervenants des services de première ligne, *des services spécifiques ou spécialisés en santé mentale*, les gestionnaires ainsi que les établissements publics de santé et de services sociaux, de même que leurs partenaires, devraient envisager d'organiser les *soins et services* de manière flexible, *voire virtuelle*, afin d'en favoriser l'accès et éviter l'exacerbation des symptômes du TAS en offrant :

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

*La télésanté (aussi appelée « soins virtuels ») s'inscrit dans l'orientation ministérielle actuelle visant à favoriser la continuité et la complémentarité des services de santé. Dans le but de promouvoir une utilisation efficace et efficiente de la télésanté, le MSSS a élaboré des orientations entourant l'utilisation de cette modalité afin d'encourager la modernisation de la réponse aux besoins des personnes utilisatrices de services<sup>18</sup>.*

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

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

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

1.1.4. Soyez conscient qu'il peut être particulièrement stressant de changer d'intervenant ou de service pour une personne qui présente *des symptômes* ou un TAS. Afin de minimiser le dérangement pour la personne utilisatrice de services :

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

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

---

<sup>18</sup> MSSS. (2022). Réseau québécois de la télésanté. <https://telesantequebec.ca/professionnel/>

- discutant régulièrement de comment ces modalités de services sont cohérentes avec le plan de traitement et ses préférences;
  - offrant à la personne la possibilité de manger seule, si les repas avec les autres sont trop stressants;
  - offrant un choix d'activités auxquelles la personne peut participer seule ou avec d'autres.
- 1.1.6. Proposez d'offrir le traitement dans un milieu où l'enfant ou l'adolescent qui présente *des symptômes* ou un TAS, de même que *la famille et l'entourage*, se sentent à l'aise, *selon les modalités disponibles*, par exemple à la maison, à l'école ou dans un centre communautaire.

*Cette recommandation est cohérente 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 aux jeunes, ainsi qu'à leur famille et à leur entourage. Elle s'inscrit également en cohérence avec l'action 4.8 du [Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026 – S'unir pour un mieux-être collectif \(PAISM\)](#), qui vise à offrir un soutien en santé mentale aux jeunes au moment opportun et là où ils se trouvent.*

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

### **Communications avec les enfants et avec les adolescents**

- 1.1.8. Dans le cadre du repérage et de la *démarche évaluative* d'une personne *présentant des symptômes* ou un TAS donnez à la personne la possibilité de prendre des rendez-vous ou de les modifier de plusieurs façons, y compris par message texte, par courriel ou par téléphone.
- 1.1.9. Dans les communications avec des enfants ou des adolescents ainsi qu'avec *leur famille et leur entourage* :
- soyez conscient que les enfants socialement anxieux peuvent se montrer réticents à parler avec des personnes ne leur étant pas familières, et que ceux qui présentent un diagnostic potentiel de mutisme sélectif pourraient être dans l'incapacité de prononcer un seul mot au cours du repérage, *de l'appréciation*, de l'évaluation ou du traitement;
  - acceptez l'information que vous fournit *la famille et l'entourage*, mais assurez-vous que l'enfant ou l'adolescent a la possibilité de répondre par lui-même, en écrivant, en dessinant ou en parlant par l'intermédiaire de *la famille et de l'entourage* si nécessaire.

1.1.10. Tous les intervenants du milieu de la santé ou de l'éducation œuvrant auprès d'enfants ou d'adolescents devraient avoir reçu une formation et avoir les compétences nécessaires pour :

- s'entendre et travailler avec *la famille et l'entourage* de l'enfant ou de l'adolescent, y compris aider les parents à obtenir du soutien lorsqu'ils font face à des problèmes dans leurs relations;
- orienter les enfants et les adolescents chez qui l'on soupçonne la présence de *symptômes* ou d'un TAS vers les *soins et services* appropriés.

Le [Guide de bonnes pratiques pour l'implication des proches en santé mentale : considérer, intégrer, outiller](#) (MSSS, 2024) propose des stratégies visant à soutenir la mise en œuvre de pratiques cliniques favorisant l'implication et la reconnaissance des proches dans le processus de rétablissement des personnes présentant un trouble mental.

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

*Considérant que le niveau de littératie est un important prédicteur de l'état de santé, et qu'un faible niveau de littératie peut entraîner une participation moindre de l'utilisateur en ce qui concerne les soins et services qui lui sont offerts, les stratégies de communication doivent être adaptées lors des échanges avec la personne, la famille et l'entourage*<sup>19</sup>.

### **Collaborer avec la famille et l'entourage**

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

*La divulgation d'information ou la communication avec un tiers doit s'effectuer dans le respect de la [Charte des droits et libertés de la personne](#) et du [Code des professions](#), notamment pour les jeunes de 14 ans et plus.*

1.1.13. Maintenez des liens avec les services de santé mentale pour adultes, afin qu'une orientation de *la famille et de l'entourage* vers des services pouvant répondre à leurs besoins en santé mentale puisse se faire rapidement et sans difficulté.

---

<sup>19</sup> MSSS. (2018). *Cadre de référence de l'approche de partenariat entre les usagers, leurs proches et les acteurs en santé et en services sociaux* (publication n° 18-727-01W).  
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002061>

*NOTE : La recommandation 1.1.13 a été modifiée afin de l'adapter au contexte québécois. Selon le guide original, l'offre d'un traitement aux parents présentant un trouble mental doit tenir compte de la disponibilité des soins et des services. La recommandation a été modifiée, afin d'être cohérente avec le rapport de [la Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse: Instauration d'une société bienveillante pour nos enfants et nos jeunes](#), qui recommande d'établir des critères de priorisation<sup>20,21</sup> afin de faciliter l'accès de ces parents aux soins et services en santé mentale, compte tenu des impacts potentiels que pourrait avoir l'absence de ces services sur leurs enfants.*

## 1.2 REPÉRAGE ET DÉMARCHE ÉVALUATIVE CHEZ LES ADULTES

### Repérage chez les adultes présentant des symptômes ou un TAS

*Le repérage et l'appréciation des symptômes d'un TAS ne sont pas des démarches systématiques. Elles peuvent être réalisées par l'entremise notamment, des différentes portes d'entrée du système de santé et des services sociaux. Ainsi, un intervenant qui reconnaît chez un enfant, un adolescent ou un adulte la présence de symptômes pouvant être associés à un TAS ou qui pense que cette personne pourrait se trouver dans une situation susceptible de les faire émerger (facteurs prédisposants, précipitants, comorbidités, etc.), peut décider d'entreprendre ces démarches. Les intervenants concernés 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 (par exemple les groupes de médecine de famille [GMF], les établissements scolaires et ceux du milieu carcéral), ainsi que ceux travaillant dans les services spécifiques ou spécialisés en santé mentale.*

- 1.2.1. Posez les questions pour fin de repérage des troubles anxieux, conformément à la recommandation 1.2.2 du guide de pratique clinique [Trouble d'anxiété généralisée et trouble panique chez les adultes](#).

Si la présence de symptômes d'un TAS est soupçonnée :

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

**ou**

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

Si la personne répond par l'affirmative à l'une des deux questions précédentes :

- procédez à la *démarche évaluative* pour les symptômes ou le TAS ou orientez la personne à cette fin (voir les [recommandations 1.2.5 à 1.2.8](#)).

---

<sup>20</sup> Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse. (2021). *Instauration d'une société bienveillante pour nos enfants et nos jeunes*. <https://www.csdepj.gouv.qc.ca/accueil/>

<sup>21</sup> MSSS. (2022). *Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026 – S'unir pour un mieux-être collectif* (publication n° 21-914-14W). <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003301/>

*La recommandation 1.2.1 du guide de pratique clinique original suggère l'utilisation du Mini-SPIN. En cas d'indisponibilité du Mini-SPIN, utilisez les questions de repérage supplémentaires proposées.*

1.2.2. *Si les réponses aux questions de repérage (voir la recommandation 1.2.1) indiquent la présence possible de symptômes d'un TAS, procédez à une appréciation des symptômes et du fonctionnement. Si la condition de la personne requiert une évaluation plus approfondie, mais que l'intervenant n'a pas les compétences requises pour mener une telle évaluation :*

- *orientez la personne vers un intervenant habilité à l'évaluation requise;*
- *si la personne est suivie par un médecin de famille ou une infirmière praticienne spécialisée, et que ce professionnel n'est pas l'intervenant vers qui la personne est orientée pour une évaluation, informez ce professionnel de l'orientation, si la personne y consent.*

*NOTE : La recommandation 1.2.2 a été modifiée afin de l'adapter au contexte québécois qui, contrairement au contexte britannique, réserve des activités spécifiques à certains professionnels, notamment certaines évaluations.*

1.2.3. *Si les réponses aux questions de repérage (voir la recommandation 1.2.1) indiquent la présence possible de symptômes d'un TAS, procédez à une appréciation des symptômes et du fonctionnement. Si la condition de la personne requiert une évaluation plus approfondie et que l'intervenant possède les compétences requises, effectuez une évaluation de sa condition, ainsi que des difficultés fonctionnelles, interpersonnelles et sociales associées.*

*NOTE : La recommandation 1.2.3 a été modifiée afin d'assurer sa cohérence avec les deux recommandations qui la précèdent.*

*Le guide original du NICE précise qu'un intervenant ne disposant pas des compétences pour évaluer la santé mentale doit orienter la personne vers un professionnel ayant les compétences requises pour une telle évaluation. Toutefois, le guide du NICE, tout comme les recherches sur lesquelles s'appuient ses recommandations, utilise le terme « évaluer » sans préciser la nature de cette « évaluation ». Par conséquent, en ce qui concerne les recommandations où il est question d'évaluation, il n'est pas possible d'établir avec certitude si l'évaluation mentionnée réfère à une appréciation des symptômes, à une évaluation professionnelle ou à une évaluation du trouble mental, comme définie par le Code des professions et autres lois et règlements à ce sujet.*

*Dans le cadre du PQPTM, afin de permettre la pleine étendue de la pratique des intervenants et de favoriser un accès aux soins et services au moment opportun, la démarche évaluative offre un continuum de possibilités incluant l'appréciation des symptômes et du fonctionnement, de même que l'évaluation professionnelle et l'évaluation du trouble mental. Dans certaines situations, il n'est pas nécessaire de conclure à la présence d'un trouble mental ou de procéder à une évaluation professionnelle proprement dite avant d'offrir des interventions visant à aider une personne utilisatrice de services, sa famille et son entourage. En effet, comme un accès*

*rapide aux services augmente la probabilité d'une amélioration significative de la condition de la personne<sup>22</sup>, une appréciation (incluant notamment la passation de questionnaires d'appréciation) pourra, dans certains cas, offrir suffisamment d'informations pour connaître l'essentiel des difficultés de 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 n'est pas une activité réservée en vertu du Code des professions.*

*Toutefois, dans certaines situations plus complexes, il sera essentiel de procéder à une évaluation plus approfondie. La démarche évaluative suggère alors une évaluation par un professionnel dans le cadre de son champ d'exercice (évaluation réservée) ou encore, lorsque la situation l'exige, une évaluation du trouble mental effectuée par un professionnel habilité à offrir ce type d'évaluation<sup>23</sup>. Il est de la responsabilité de l'intervenant ou du professionnel de s'assurer du respect des activités réservées.*

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

### **Démarche évaluative chez les adultes présentant des symptômes ou un TAS**

1.2.4. S'il s'avère difficile ou éprouvant, pour un adulte présentant possiblement des *symptômes* ou un TAS, d'être présent au premier rendez-vous en personne, envisagez de tenir ce premier rendez-vous par téléphone ou par Internet. Privilégiez toutefois une rencontre en personne pour les rendez-vous ultérieurs de la *démarche évaluative* ou de traitement.

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

1.2.5. Dans le cadre de la *démarche évaluative* d'un adulte présentant des *symptômes* ou un TAS possible :

- procédez à *une appréciation* ou à une évaluation qui tient compte de la crainte et de la détresse, des comportements d'évitement et de l'altération du fonctionnement.
- soyez conscient de *la présence possible de comorbidités*, y compris le trouble de la personnalité évitante, le trouble de l'usage d'une substance, les troubles de l'humeur, les autres troubles anxieux, les troubles psychotiques et le trouble du spectre de l'autisme.

---

<sup>22</sup> Clark, D. M. (2018). Realising the mass public benefit of evidence-based psychological therapies: The IAPT program. *Annual Review of Clinical Psychology*, 14, 159-183.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5942544/pdf/emss-76540.pdf>

<sup>23</sup> Ordre des psychologues du Québec. (2020). *Évaluation des troubles mentaux : une activité à haut risque de préjudice*. <https://www.ordrepsy.qc.ca/evaluation-troubles-mentaux>

- 1.2.6. Envisagez d'utiliser un questionnaire d'appréciation validé pour guider la démarche évaluative et soutenir l'évaluation du traitement, tel que le *Social Phobia Inventory* (SPIN) ou le *Liebowitz Social Anxiety Scale* (LSAS).

*Dans le cadre du PQPTM, le questionnaire validé et traduit en français proposé pour l'appréciation des symptômes d'un TAS est le Social Interaction Phobia Scale<sup>24</sup>(SIPS). Le questionnaire validé et traduit en français identifié pour l'appréciation du fonctionnement est le Work and Social Adjustment Scale (WSAS)<sup>25</sup>. Étant donné la comorbidité très importante entre les symptômes dépressifs et les symptômes anxieux, il est fortement recommandé d'utiliser également le Patient Health Questionnaire 9-item (PHQ-9)<sup>26</sup> dans les situations où la présence de symptômes anxieux est soupçonnée. Notez que le PHQ-9 présente aussi une bonne sensibilité pour détecter la présence de détresse psychologique en général<sup>27</sup>.*

- 1.2.7. Obtenez une description détaillée des manifestations actuelles de l'anxiété sociale chez la personne, de même que des problèmes et circonstances associés, y compris :

- les situations sociales suscitant la peur et l'évitement;
- les craintes de la personne au sujet de ce qui pourrait se produire lors de situations sociales (par exemple paraître nerveux, rougir, transpirer, trembler ou paraître ennuyant);
- les symptômes d'anxiété;
- l'image de soi;
- le contenu de l'image de soi;
- les comportements de recherche de sécurité (*safety-seeking behaviors*);
- le focus de l'attention dans les situations sociales;
- le traitement de l'information préévénementiel et postévénementiel;
- les circonstances professionnelles, éducatives, économiques et sociales de la personne;
- l'usage de médicaments, d'alcool et de drogues récréatives.

---

<sup>24</sup> Carleton, R. N., Collimore, K. C., Asmundson, G. J., McCabe, R. E., Rowa, K., et Antony, M. M. (2009). « Refining and validating the Social Interaction Anxiety Scale and the Social Phobia Scale ». *Depression and Anxiety*, 26(2): p. E71–E81. <http://dx.doi.org/10.1002/da.20480>

<sup>25</sup> 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>

<sup>26</sup> McCord, D. M. et Provost, R. P. (2020). Construct Validity of the PHQ-9 Depression Screen: Correlations with Substantive Scales of the MMPI-2-RF. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 27(1), 150-157. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11556941/>

<sup>27</sup> McCord, D. M. et Provost, R. P. (2020). Construct Validity of the PHQ-9 Depression Screen: Correlations with Substantive Scales of the MMPI-2-RF. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 27(1), 150-157. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11556941/>

- 1.2.8. Si une personne présentant possiblement des *symptômes* ou un TAS s'absente à la rencontre prévue à la suite de la rencontre initiale de la *démarche évaluative* :
- communiquez avec elle (au moyen de la méthode qu'elle privilégie) afin de discuter des raisons de son absence;
  - éliminez tout obstacle identifié par la personne relativement à la poursuite de la *démarche évaluative* ou du traitement.

### **Planification des options de traitement chez les adultes**

- 1.2.9. À la suite de la confirmation, par la *démarche évaluative*, de la présence de *symptômes* ou d'un TAS chez un adulte, identifiez les objectifs du traitement et offrez de l'information sur le trouble et son traitement, y compris :
- la nature du trouble, son évolution et les comorbidités fréquentes;
  - les répercussions du trouble sur le fonctionnement personnel et social;
  - les croyances courantes sur la cause du trouble;
  - les croyances concernant ce qui peut être changé ou traité;
  - le choix et la nature des traitements reposant sur les données probantes.
- 1.2.10. Si la personne présente également des symptômes dépressifs, *appréciez* ou évaluez leur nature et leur importance et déterminez le lien fonctionnel entre ces symptômes et *les symptômes* ou le TAS en demandant à la personne ce qui s'est manifesté en premier.
- Si la personne présente *des symptômes* significatifs du TAS uniquement depuis le début de l'épisode de trouble dépressif :
    - traitez les *symptômes* ou le trouble dépressif conformément au [guide de pratique clinique du trouble dépressif chez les adultes](#).
  - Si les *symptômes* ou le TAS sont apparus avant les symptômes dépressifs, posez la question suivante : « Si je vous offrais un traitement qui ferait en sorte que vous ne ressentiez plus d'anxiété dans les situations sociales, vous sentiriez-vous encore déprimé? »
    - Si la personne répond « non », traitez les *symptômes* ou le TAS (à moins que la sévérité des *symptômes* ou du trouble dépressifs ne l'empêche; si tel est le cas, traitez les *symptômes* ou le trouble dépressifs en premier);
    - Si la personne répond « oui », envisagez de traiter les *symptômes* ou le TAS et les *symptômes* ou le trouble dépressifs en tenant compte des préférences de la personne pour décider lequel ou lesquels devraient être traités en premier.
  - Si les *symptômes* ou le trouble dépressif sont traités en premier, traitez les *symptômes* ou le TAS lorsque l'amélioration des *symptômes* ou du trouble dépressif le permettent.

Dans le cadre du PQPTM, le questionnaire validé et traduit en français identifié pour l'appréciation des symptômes dépressifs est le Patient Health Questionnaire 9-item (PHQ-9)<sup>28</sup>.

1.2.11. Pour les personnes (y compris les enfants ou les adolescents) qui présentent des *symptômes ou un TAS* et une consommation abusive ou un *trouble de l'usage d'une substance*, soyez conscient que ces comportements visent souvent à atténuer l'anxiété ressentie dans les situations sociales et ne devraient pas être un motif d'exclusion au traitement des *symptômes ou du TAS* :

- *appréciez ou évaluez la nature du trouble de l'usage d'une substance* afin de déterminer s'il est, essentiellement, une conséquence des *symptômes ou du TAS*;
- offrez une intervention de courte durée pour l'usage abusif d'alcool ou de drogues, en vous référant aux guides de pratique clinique du NICE à ce sujet<sup>29,30</sup> (en anglais seulement).

*Une consommation abusive d'alcool ou de drogues ou un trouble de l'usage d'une substance ne devrait pas être un motif d'exclusion systématique pour le traitement des symptômes ou du TAS. En effet, puisque rien n'indique qu'une consommation abusive ou un trouble de l'usage d'une substance rende les traitements habituels inefficaces, les personnes présentant ces difficultés devraient avoir accès aux traitements recommandés par le PQPTM, un grand nombre d'entre elles pouvant répondre positivement à des traitements brefs offerts par les services de première ligne ou par les services spécifiques de santé mentale.*

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

- *lorsque la personne présente une consommation abusive d'alcool et d'une seconde substance, en plus de présenter un trouble mental fréquent tel que le TAS;*
- *lorsqu'une consommation abusive d'une substance interfère avec la capacité de s'engager dans le traitement, par exemple, lorsqu'une personne est incapable de se présenter sobre à ses rencontres, de mettre en pratique les exercices associés au traitement ou lorsqu'elle s'absente à plus de deux rencontres malgré la mise en place d'un contrat thérapeutique et la révision de celui-ci<sup>31</sup>.*

---

<sup>28</sup> 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*, 16(9), 606-613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>

<sup>29</sup> NICE. (2011). *Alcohol-use disorders: diagnosis, assessment and management of harmful drinking (high-risk drinking) and alcohol dependence (NICE Clinical guideline CG115)*. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg115/>

<sup>30</sup> NICE. (2007). *Drug misuse in over 16s: Psychosocial interventions (NICE Clinical guideline CG51)*. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg51>

<sup>31</sup> National Health Service. (s. d.). *Improving access to psychological therapies (IAPT) positive practice guide for working with people who use drugs and alcohol*. <https://www.drugwise.org.uk/wp-content/uploads/iapt-drug-and-alcohol-positive-practice-guide.pdf>

*NOTE : La recommandation 1.2.11 a été modifiée afin d'être cohérente avec les recommandations canadiennes relatives aux troubles concomitants et les orientations ministérielles du Québec qui suggèrent que les services de première ligne et les services spécifiques de santé mentale collaborent avec les services en dépendance dans la majorité des cas.*

## 1.3 TRAITEMENT CHEZ LES ADULTES

### Principes guidant les traitements

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

- recevoir un soutien clinique régulier de qualité, axée sur les résultats *du traitement* (« *outcome-informed* »);
- utiliser *la mesure clinique en continu* (par exemple, des questionnaires d'appréciation pour les symptômes ou le TAS tels que le *Social Phobia Inventory* (SPIN) ou le *Liebowitz Social Anxiety Scale* (LSAS)), et veiller à ce que la personne participe à l'évaluation de l'efficacité du traitement;
- s'engager dans un processus de suivi de l'évolution clinique, d'évaluation de l'adhésion au traitement et de leurs compétences par exemple, au moyen d'enregistrements vidéo ou audio, ainsi que d'une vérification externe, s'il y a lieu.

*Dans le cadre du PQPTM, le questionnaire validé et traduit en français identifié pour l'appréciation des symptômes d'un TAS est le questionnaire Social Interaction Phobia Scale (SIPS)<sup>32</sup>. Dans le cadre de l'évaluation de l'efficacité du traitement, il est également recommandé de procéder à une appréciation régulière du fonctionnement de la personne à l'aide du Work and Social Adjustment Scale (WSAS)<sup>33</sup>.*

### Options pour le traitement initial chez les adultes

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

*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*

---

<sup>32</sup> Carleton, R. N., Collimore, K. C., Asmundson, G. J., McCabe, R. E., Rowa, K., et Antony, M. M. (2009). Refining and validating the Social Interaction Anxiety Scale and the Social Phobia Scale. *Depression and Anxiety*, 26(2), E71-E81. <http://dx.doi.org/10.1002/da.20480>

<sup>33</sup> 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://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11983645/>

*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. Conséquemment, pour la plupart des recommandations de traitements, tant les « interventions utilisant des techniques » que la « psychothérapie » sont proposées comme traitements reconnus efficaces (en italiques et soulignées). Toutefois, bien que ces deux modalités de traitement puissent être recommandées, il demeure la responsabilité de l'intervenant de s'assurer qu'il est habilité à offrir le traitement qu'il s'apprête à réaliser. Pour ce faire, il devra s'appuyer sur les divers documents interordres concernant l'exercice de la psychothérapie et les interventions qui s'y apparentent<sup>34</sup>. Notez également que, dans le cadre du PQPTM, l'abréviation TCC réfère à la psychothérapie cognitivo-comportementale.*

*NOTE : Dans ce guide de pratique, l'expression « symptômes ou TAS » englobe les situations où des symptômes du TAS sont présents sans que les critères diagnostiques soient remplis, de même que les situations où un TAS a été confirmé (diagnostic ou 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.*

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

---

<sup>34</sup> Collège des médecins du Québec, Ordre des conseillers et conseillères d'orientation du Québec, Ordre des ergothérapeutes du Québec, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec, Ordre des psychologues du Québec, Ordre professionnel des criminologues du Québec, Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec et Ordre professionnel des sexologues du Québec. (2018). *L'exercice de la psychothérapie et des interventions qui s'y apparentent – Trouver la frontière entre les interventions de différents professionnels et la psychothérapie*. Consulté le 1 septembre 2020 : « L'exercice de la psychothérapie et des interventions qui s'y apparentent – Trouver la frontière entre les interventions de différents professionnels et la psychothérapie. Consulté au : [OPQ TravauxInterordres Complet FINAL Web.pdf \(orientation.qc.ca\)](#)

pharmacothérapie, discutez avec lui des raisons de son refus et répondez à ses préoccupations.

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

*Notez qu'au moment de la publication du présent guide de pratique clinique (octobre 2022), cette indication ne figurait pas dans l'autorisation de commercialisation de la sertraline<sup>35</sup> au Canada, de même que dans celles de certains autres ISRS, à l'exception de la paroxétine<sup>36</sup>. Consultez la section [Pharmacothérapie chez les adultes](#) afin de prendre connaissance des mises en garde à ce sujet.*

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

### **Traitements chez les adultes ne présentant aucune réponse ou présentant une réponse partielle au traitement initial**

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

*Notez qu'au moment de la publication du présent guide de pratique clinique (octobre 2022), cette indication ne figurait pas dans l'autorisation de commercialisation de la sertraline<sup>37</sup> au Canada, de même que dans celles de certains autres ISRS. Consultez la section [Pharmacothérapie chez les adultes](#) afin de prendre connaissance des mises en garde à ce sujet.*

- 1.3.10. Chez un adulte pour qui les symptômes ne se sont pas améliorés avec un ISRS (escitalopram ou sertraline), ou qui n'en tolère pas les effets indésirables, offrez

---

<sup>35</sup> Pfizer. (2021). ZOLOFT (sertraline hydrochloride) (éd. rév.). <https://www.pfizer.ca/zoloft-sertraline-hydrochloride>

<sup>36</sup> GlaxoSmithKline. (2021). PAXIL (paroxetine hydrochloride) (éd. rév.). [https://ca.gsk.com/media/6205/paxil\\_pm\\_en.pdf](https://ca.gsk.com/media/6205/paxil_pm_en.pdf)

<sup>37</sup> Pfizer (2021). ZOLOFT (sertraline hydrochloride) (éd. rév.). <https://www.pfizer.ca/zoloft-sertraline-hydrochloride>

un autre ISRS (fluvoxamine ou paroxétine) ou un inhibiteur du recaptage de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSN; venlafaxine), en tenant compte :

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

*Selon les lignes directrices canadiennes sur le traitement de l'anxiété<sup>38</sup>, un traitement de première intention devrait être priorisé avant d'envisager le recours à un médicament de seconde intention lorsqu'un ISRS ou un IRSN alternatif est considéré.*

*Notez qu'au moment de la publication du présent guide de pratique clinique (octobre 2022), cette indication ne figurait pas dans l'autorisation de commercialisation de la sertraline<sup>39</sup> au Canada, de même que dans celles de certains autres ISRS. Consultez la section [Pharmacothérapie chez les adultes](#) afin de prendre connaissance des mises en garde à ce sujet.*

*Si la situation le requiert, intervenez conformément aux bonnes pratiques, aux lois, aux politiques et aux procédures en vigueur au Québec, 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](#). Le [Guide de bonnes pratiques en prévention du suicide à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux](#) permet également de soutenir les intervenants dans le rehaussement de leurs compétences professionnelles liées à l'intervention auprès de personnes suicidaires.*

- 1.3.11. Chez un adulte pour qui les symptômes ne se sont pas améliorés avec un autre ISRS ou un IRSN, offrez un inhibiteur de la monoamine-oxydase (IMAO; phénelzine ou moclobémide).
- 1.3.12. Discutez de l'option d'une intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou d'une TCC en individuel avec les adultes chez qui les symptômes ne se sont pas améliorés avec la pharmacothérapie.

### **Prestation des traitements *non pharmacologiques* chez les adultes**

*NOTE : Dans le présent guide, l'expression « traitement non pharmacologique » est parfois utilisée pour référer aux « interventions psychosociales et psychothérapies » afin d'alléger le texte.*

- 1.3.13. L'intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou la TCC en individuel (modèle de Clark et Wells) pour les *symptômes* ou le TAS devrait généralement consister en 14 rencontres de 90 minutes sur environ quatre mois, et inclure :
  - de l'éducation *psychologique* au sujet de l'anxiété sociale;

---

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

<sup>39</sup> Idem que 58

- des exercices expérientiels visant à démontrer les conséquences nuisibles de la focalisation sur soi et des comportements de recherche de sécurité (*safety-seeking behaviors*);
- l'utilisation de vidéos pour permettre une rétroaction corrective des aspects négatifs et erronés de l'image de soi;
- l'entraînement systématique à une focalisation de l'attention vers l'extérieur;
- des expériences comportementales visant à mettre à l'épreuve les croyances négatives, combinées à des devoirs à faire entre les rencontres;
- l'entraînement à la discrimination ou à la restructuration de scénarios pour gérer les souvenirs associés à des situations sociales traumatisantes;
- l'exploration et la modification des croyances fondamentales;
- la modification du traitement problématique de l'information pré- et post-événement;
- la prévention de la rechute.

*NOTE : Bien que le modèle de Clark et Wells propose plusieurs interventions pouvant être offertes par divers intervenants, la modification des croyances fondamentales ne peut être offerte que dans le cadre d'une psychothérapie et exclusivement par un professionnel psychothérapeute, tel que précisé dans le document [L'exercice de la psychothérapie et des interventions qui s'y apparentent](#).*

*NOTE : Les guides du NICE recommandent certains traitements en précisant parfois un nombre de rencontres. 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.*

- 1.3.14. L'intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou la TCC en individuel (modèle de Heimberg) pour les symptômes ou le TAS devrait généralement consister en 15 rencontres de 60 minutes, plus une rencontre d'exposition de 90 minutes, sur environ quatre mois, et inclure :
- de l'éducation *psychologique* au sujet de l'anxiété sociale;
  - de la restructuration cognitive;
  - une exposition progressive à des situations sociales suscitant de la crainte dans le cadre des rencontres de traitement et par l'intermédiaire de devoirs à faire entre les rencontres;
  - l'exploration et la modification des croyances fondamentales;

- la prévention de la rechute.

*NOTE : Bien que le modèle de Heimberg propose plusieurs interventions pouvant être offertes par divers intervenants, la modification des croyances fondamentales ne peut être offerte que dans le cadre d'une psychothérapie et exclusivement par un professionnel psychothérapeute, tel que précisé dans le document [L'exercice de la psychothérapie et des interventions qui s'y apparentent](#).*

1.3.15. Les autosoins dirigés pour les *symptômes* ou le TAS devraient comprendre :

- généralement, jusqu'à 9 rencontres d'utilisation dirigée d'un manuel d'autosoins basés sur des techniques cognitivo-comportementales, sur une période de trois à quatre mois;
- du soutien à l'utilisation du matériel, en personne ou par téléphone, pour un total de trois heures sur l'ensemble du traitement.

1.3.16. L'intervention basée sur l'approche psychodynamique ou la psychothérapie psychodynamique brève pour les *symptômes* ou le TAS devrait généralement comprendre 25 à 30 rencontres de 50 minutes sur six à huit mois, et inclure :

- de l'éducation *psychologique* au sujet du TAS;
- le développement d'une alliance thérapeutique positive et sécurisante afin de modifier les relations d'attachement insécurisantes;
- une attention particulière sur un thème relationnel conflictuel central associé aux symptômes d'anxiété sociale;
- une attention particulière au sentiment de honte;
- l'encouragement à l'exposition aux situations sociales suscitant de la crainte, à l'extérieur des rencontres de thérapie;
- du soutien pour établir un dialogue interne d'affirmation de soi;
- de l'aide à l'amélioration des compétences sociales.

### **Pharmacothérapie chez les adultes**

*Au Québec, l'activité de prescrire des médicaments est une activité réservée à certains professionnels habilités par le [Code des professions](#) et 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.*

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

Consultez également les recommandations concernant la prescription sécuritaire d'antidépresseurs et la gestion des symptômes de sevrage dans le guide de pratique NICE à cet effet<sup>40</sup>.

1.3.17. Avant de prescrire un traitement pharmacologique pour les *symptômes* ou le TAS :

- discutez des options de traitement ainsi que de toute préoccupation que peut avoir la personne relative à la prise de médicaments;
- expliquez-lui en détail les raisons pour lesquelles un médicament lui est prescrit;
- fournissez-lui de l'information écrite et verbale concernant :
  - les bienfaits probables des divers médicaments;
  - les probabilités concernant les risques associés à chaque médicament, tels que les effets indésirables, les symptômes d'arrêt, et les interactions médicamenteuses;
  - le risque quant aux symptômes d'activation associé aux ISRS et aux IRSN, tels que l'augmentation de l'anxiété, l'agitation et les difficultés de sommeil;
  - le fait de devoir attendre deux semaines ou plus avant d'obtenir un effet anxiolytique optimal;
  - l'importance de prendre le médicament tel que prescrit, de signaler les effets indésirables, et de discuter avec le prescripteur de toute préoccupation concernant l'arrêt du médicament ainsi que la nécessité de poursuivre le traitement après la rémission afin d'éviter une rechute.

*NOTE : Les guides du NICE et les recherches sur lesquelles ils s'appuient utilisent le terme « rémission » sans toujours clarifier précisément ce à quoi il réfère quant à l'amélioration sur le plan du fonctionnement et des symptômes. Dans le présent guide, le terme « rémission » doit être compris comme reflétant notamment une amélioration notable du fonctionnement et de la symptomatologie de la personne, jugée globalement satisfaisante pour celle-ci, malgré la persistance possible de certains symptômes.*

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

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

---

<sup>40</sup> NICE. (2022). *Medicines associated with dependence or withdrawal symptoms: safe prescribing and withdrawal management for adults* (NICE Clinical guideline NG215). <https://www.nice.org.uk/guidance/ng215>

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

- 1.3.19 Après la rencontre initiale (voir la recommandation 1.3.18), organisez des rendez-vous avec la personne toutes les 2 à 4 semaines pendant les 3 premiers mois du traitement, puis une fois par mois par la suite. Continuez d'offrir du soutien à la personne afin qu'elle entreprenne une exposition graduelle aux situations sociales craintes ou évitées.
- 1.3.20. Lorsqu'un ISRS ou un IRSN est offert à une personne de moins de 30 ans :
- avertissez-la que ces médicaments sont associés à une augmentation du risque d'idées suicidaires, d'automutilation et de *comportements autodestructeurs* chez une minorité de personnes de moins de 30 ans;
  - prévoyez un rendez-vous au cours de la semaine suivant la remise de la première ordonnance;
  - effectuez un suivi hebdomadaire du risque d'idées suicidaires, d'automutilation et de *comportements autodestructeurs* au cours du premier mois de traitement.

*Assurez-vous que la personne dispose des coordonnées des centres d'aide pour la prévention du suicide.*

- 1.3.21. Prévoyez des rendez-vous hebdomadaires avec une personne considérée comme étant à risque de suicide jusqu'à ce qu'il n'y ait aucun indice d'une augmentation du risque de passage à l'acte suicidaire :
- prévoyez ensuite des rendez-vous toutes les deux à quatre semaines au cours des trois premiers mois du traitement;
  - tous les mois par la suite, continuez à offrir du soutien à la personne afin qu'elle entreprenne une exposition graduelle aux situations sociales craintes ou évitées.
- 1.3.22. Offrez des conseils aux personnes qui utilisent un IMAO au sujet des restrictions alimentaires et pharmacologiques associées à leur utilisation, telles qu'elles sont indiquées dans le *CPS* et la monographie du médicament.
- 1.3.23. Lorsqu'une personne développe des effets indésirables peu après le début d'une pharmacothérapie, fournissez-lui de l'information et envisagez l'une des stratégies suivantes :
- effectuer une surveillance étroite des symptômes (si les effets indésirables sont légers et tolérables pour la personne);
  - procéder à une réduction de la dose du médicament;
  - arrêter le médicament et, selon les préférences de la personne, lui offrir un autre médicament ou une intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une TCC en individuel.

Cette recommandation est adaptée d'une recommandation du guide de pratique clinique du NICE Generalized anxiety and panic disorder in adults : management<sup>41</sup>. *Ce document a été contextualisé au Québec, sous le titre [Trouble d'anxiété généralisée et trouble panique chez les adultes](#).*

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

## **1.4 REPÉRAGE ET DÉMARCHE ÉVALUATIVE CHEZ LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS**

### **Repérage chez les enfants et les adolescents qui présentent des *symptômes* ou un TAS**

*Le repérage et l'appréciation des symptômes d'un TAS ne sont pas des démarches systématiques. Elles peuvent être réalisées par l'entremise, notamment, des diverses portes d'entrée du système de santé et des services sociaux. Ainsi, un intervenant qui reconnaît chez un enfant, un adolescent ou un adulte la présence de symptômes pouvant être associés à un TAS ou qui pense qu'il pourrait se trouver dans une situation susceptible de les faire émerger (facteurs prédisposants, précipitants, comorbidités, etc.), peut décider d'entreprendre ces démarches. Les intervenants concernés sont ceux qui œuvrent dans les services de première ligne, notamment dans les services sociaux généraux, et les partenaires du réseau, qu'ils soient du secteur public, privé ou communautaire (ex. les groupes de médecine de famille [GMF], les établissements scolaires et ceux du milieu carcéral) de même que les intervenants œuvrant dans les services spécifiques ou spécialisés en santé mentale.*

- 1.4.1. Les intervenants du RSSS œuvrant dans les services de première ligne, ou ceux du milieu scolaire ou communautaire, devraient être à l'affût quant à la possibilité de *symptômes* ou de troubles anxieux chez les enfants et les adolescents, particulièrement ceux qui évitent les activités scolaires, sociales ou de groupe, qui évitent de s'exprimer dans les situations sociales ou qui sont irritables, extrêmement timides ou très dépendants de *leur famille et de leur entourage*.

Envisagez d'interroger l'enfant ou l'adolescent (ou *la famille ou l'entourage*) au sujet de leurs sentiments d'anxiété, de la peur, de l'évitement, de la détresse et des comportements associés, afin d'aider à repérer les symptômes d'un TAS, en utilisant les questions suivantes :

---

<sup>41</sup> NICE. (2011). *Generalised anxiety disorder and panic disorder in adults: management* (NICE clinical guideline CG113). <https://www.nice.org.uk/guidance/cg113>

- « Parfois les gens ont très peur lorsqu'ils doivent faire des choses avec d'autres personnes, surtout s'ils ne les connaissent pas. Ils peuvent s'inquiéter de faire quelque chose pendant que d'autres personnes les regardent. Ils peuvent avoir peur de paraître ridicules ou que des personnes se moquent d'eux. Ils peuvent refuser de faire ces choses ou, s'ils doivent les faire, ils peuvent se sentir très contrariés ou bouleversés. »
  - « Avez-vous (ou votre enfant a-t-il) peur de faire des choses avec d'autres personnes, comme discuter, manger, aller à une fête ou participer à des activités à l'école ou avec des amis? »
  - « Avez-vous (ou votre enfant a-t-il) de la difficulté à faire des choses lorsque d'autres personnes regardent, comme pratiquer un sport, jouer dans une pièce de théâtre ou un concert de musique, ou encore poser des questions ou y répondre, lire à voix haute ou faire une présentation orale en classe? »
  - « Avez-vous (ou votre enfant a-t-il) l'impression d'être incapable de faire ces choses? Est-ce que vous essayez (ou votre enfant essaie-t-il) de les éviter? »

*La divulgation d'information ou la communication avec un tiers doit s'effectuer dans le respect des lois et règlements en vigueur au Québec concernant la confidentialité, de la Charte des droits et libertés de la personne et du Code des professions.*

- 1.4.2. *Si l'enfant ou l'adolescent (ou sa famille et son entourage) répond positivement à au moins une des questions de la recommandation 1.4.1, suivez les recommandations relatives à la démarche évaluative pour les symptômes ou le TAS (voir les [recommandations 1.4.5 à 1.4.11](#)).*

*NOTE : La recommandation 1.4.2 a été modifiée afin de l'adapter au contexte québécois qui, contrairement au contexte britannique, réserve des activités spécifiques à certains professionnels, notamment des évaluations.*

- 1.4.3. *Si les réponses aux questions posées aux fins de repérage (voir la recommandation 1.4.1) indiquent la présence possible de symptômes d'un TAS, procédez alors à une appréciation des symptômes et du fonctionnement. Si la condition de l'enfant ou de l'adolescent requiert une évaluation plus approfondie, mais que l'intervenant n'a pas les compétences requises pour mener une telle évaluation :*

- *orientez l'enfant ou l'adolescent vers un intervenant habilité à l'évaluation requise;*
- *si l'enfant ou l'adolescent est suivi par un médecin de famille ou une infirmière praticienne spécialisée, et que ce professionnel n'est pas celui vers qui l'enfant ou l'adolescent est orienté pour l'évaluation, informez-le de l'orientation, s'il y consent ou si le titulaire de l'autorité parentale y consent, selon le cas.*

*NOTE : La recommandation 1.4.3 a été modifiée afin de la rendre cohérente avec les deux recommandations précédentes.*

- 1.4.4. Si les réponses aux questions posées aux fins de repérage (voir la recommandation 1.4.1) indiquent la présence possible de symptômes d'un TAS, procédez alors à une appréciation des symptômes et du fonctionnement. Si la condition de l'enfant ou de l'adolescent requiert une évaluation plus approfondie et que l'intervenant possède les compétences requises, effectuez une évaluation de sa condition ainsi que des difficultés fonctionnelles, interpersonnelles et sociales associées.

NOTE : La recommandation 1.4.4 a été modifiée afin de la rendre cohérente avec les deux recommandations précédentes.

Le guide original du NICE précise qu'un intervenant ne disposant pas des compétences pour évaluer la santé mentale doit orienter la personne vers un professionnel ayant les compétences requises pour une telle évaluation. Toutefois, le guide du NICE, tout comme les recherches sur lesquelles s'appuient ses recommandations, utilise le terme « évaluer » sans préciser la nature de cette « évaluation ». Par conséquent, en ce qui concerne les recommandations où il est question d'évaluation, il n'est pas possible d'établir avec certitude si l'évaluation mentionnée réfère à une appréciation des symptômes, à une évaluation professionnelle ou à une évaluation du trouble mental, comme définie par le Code des professions et autres lois et règlements à ce sujet.

Dans le cadre du PQPTM, afin de permettre la pleine étendue de la pratique des intervenants et de favoriser un accès aux soins et services au moment opportun, la démarche évaluative offre un continuum de possibilités incluant l'appréciation des symptômes et du fonctionnement, de même que l'évaluation professionnelle et l'évaluation du trouble mental. Dans certaines situations, il n'est pas nécessaire de conclure à la présence d'un trouble mental ou de procéder à une évaluation professionnelle proprement dite avant d'offrir des interventions visant à aider une personne utilisatrice de services, sa famille et son entourage. Comme un accès rapide aux services augmente la probabilité d'une amélioration significative de la condition de la personne<sup>42</sup>, une appréciation (incluant notamment la passation de questionnaires d'appréciation) pourra, dans certains cas, offrir suffisamment d'informations pour connaître l'essentiel des difficultés de 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 n'est pas une activité réservée en vertu du Code des professions.

Toutefois, dans certaines situations plus complexes, il pourra être essentiel de procéder à une évaluation plus approfondie. La démarche évaluative suggère alors une évaluation par un professionnel dans le cadre de son champ d'exercice (évaluation réservée) ou encore, lorsque la situation l'exige, une évaluation du trouble mental par un professionnel habilité à offrir ce type d'évaluation<sup>43</sup>. Il est de la responsabilité de l'intervenant ou du professionnel de s'assurer du respect des activités réservées.

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

---

<sup>42</sup> Clark, D. M. (2018). Realising the mass public benefit of evidence-based psychological therapies: The IAPT program. *Annual Review of Clinical Psychology*, 14, 159-183.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5942544/pdf/emss-76540.pdf>

<sup>43</sup> Ordre des psychologues du Québec. (2020). *Évaluation des troubles mentaux : une activité à haut risque de préjudice*. <https://www.ordrepsy.qc.ca/evaluation-troubles-mentaux>

**Démarche évaluative chez les enfants et les adolescents qui présentent des symptômes ou un TAS**

1.4.5. Dans le cas d'un enfant ou d'un adolescent présentant des *symptômes ou un TAS*, la *démarche évaluative* devrait :

- fournir l'occasion à l'enfant ou à l'adolescent de s'entretenir en tête-à-tête avec l'intervenant;
- si possible, faire participer *la famille, l'entourage* ou un autre adulte connu de l'enfant ou de l'adolescent qui est en mesure de fournir des informations sur les comportements actuels ou antérieurs de l'enfant ou de l'adolescent;
- si nécessaire, faire appel à plus d'un intervenant afin de s'assurer qu'une évaluation approfondie, *en fonction des besoins de l'enfant ou de l'adolescent* est réalisée.

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

1.4.6. Dans le cadre de l'évaluation d'un enfant ou d'un adolescent, obtenez une description détaillée de la façon avec laquelle l'anxiété sociale se manifeste chez lui et des problèmes qui y sont associés, y compris :

- les situations sociales suscitant la peur et l'évitement;
- les craintes de l'enfant ou de l'adolescent au sujet de ce qui pourrait se produire lors de situations sociales (par exemple, paraître nerveux ou ennuyant, rougir, transpirer, ou trembler);
- les symptômes d'anxiété;
- la perception de soi;
- le contenu de l'image de soi;
- les comportements de recherche de sécurité (*safety-seeking behaviors*);
- le focus de l'attention dans les situations sociales;
- le traitement de l'information préévénementiel et postévénementiel, particulièrement chez les enfants plus âgés;
- les circonstances familiales et le soutien *dont bénéficie* l'enfant ou l'adolescent;
- les relations d'amitié, et l'appartenance à un groupe, les circonstances sociales et associées à l'éducation;
- l'usage de médicaments, d'alcool et de drogues récréatives.

- 1.4.7. Dans le cadre de l'évaluation, évaluez les facteurs relevant de la situation familiale, scolaire ou sociale qui provoquent et entraînent la persistance des *symptômes* ou du TAS chez l'enfant ou l'adolescent, en particulier :
- les comportements parentaux qui favorisent et renforcent les comportements anxieux ou ne contribuent pas à l'adoption de comportements positifs;
  - la victimisation par les pairs à l'école ou dans d'autres contextes.
- 1.4.8. Dans le cadre de l'évaluation, évaluez la présence de possibles conditions comorbides, notamment :
- d'autres problèmes de santé mentale (par exemple, d'autres *symptômes* ou troubles anxieux ou dépressifs);
  - des troubles neurodéveloppementaux, tels que le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité, le trouble du spectre de l'autisme ou les troubles d'apprentissage;
  - un trouble de l'usage d'une substance (voir la [recommandation 1.2.12](#));
  - des troubles de la parole et du langage.
- 1.4.9. Afin d'appuyer la *démarche évaluative* des *symptômes* ou du TAS et d'autres troubles mentaux fréquents, envisagez l'utilisation de questionnaires validés (tant la version destinée à l'enfant ou à l'adolescent que celle destinée aux parents, lorsque ces versions sont disponibles et appropriées), tels que :
- des questionnaires pour apprécier les symptômes associés au TAS, par exemple :
    - le *Liebowitz Social Anxiety Scale* (LSAS) – child version;
    - le *Social Phobia and Anxiety Inventory for Children* (SPAIC) pour les enfants;
    - le *Social Phobia Inventory* (SPIN) ou le *Liebowitz Social Anxiety Scale* (LSAS) pour les adolescents.
  - des questionnaires pour apprécier des symptômes associés à diverses comorbidités, dont le trouble dépressif ou les troubles anxieux, par exemple :
    - le *Multidimensional Anxiety Scale for Children* (MASC);
    - le *Revised Child Anxiety and Depression Scale* (RCADS) pour les enfants et les adolescents;
    - le *Spence Children's Anxiety Scale* (SCAS) ou le *Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders* (SCARED) propres aux enfants.

*Dans le cadre du PQPTM, le questionnaire validé et traduit en français pour l'appréciation des symptômes du TAS et de d'autres troubles comorbides chez les enfants et les adolescents de 17 ans ou moins, est le Revised Children's Anxiety and Depression Scale*

(RCADS) et ses sous-échelles<sup>44,45,46</sup>. Étant donné la comorbidité très importante entre les symptômes dépressifs et les symptômes anxieux, il est fortement recommandé d'apprécier également les symptômes dépressifs dans les situations où la présence de symptômes anxieux est soupçonnée. Le questionnaire Work and Social Adjustment Scale for Youth (WSAS-Y)<sup>47,48</sup>, validé et traduit en français, est également recommandé pour apprécier les difficultés fonctionnelles, interpersonnelles et sociales de l'enfant ou l'adolescent.

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

- un outil de mesure validé des capacités cognitives pour les enfants ou les adolescents chez qui un trouble spécifique des apprentissages est soupçonné;
- le questionnaire *Strengths and Difficulties Questionnaire*<sup>49</sup> (SDQ) pour tous les enfants et les adolescents.

Le PQPTM ne propose aucun questionnaire particulier pour l'appréciation des capacités cognitives, d'indices de santé mentale positive (comportements prosociaux) ou de certaines difficultés spécifiques liées à la santé mentale (symptômes émotionnels, problèmes de comportement et relationnels), ou d'hyperactivité, tel que le SDQ.

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

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

---

<sup>44</sup> Chorpita, B. F., Yim, L., Moffitt, C., Umemoto, L. A., et Francis, S. E. (2000). Assessment of symptoms of DSM-IV anxiety and depression in children: a revised child anxiety and depression scale. *Behaviour research and therapy*, 38(8), 835-855. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(99\)00130-8](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(99)00130-8)

<sup>45</sup> Ebesutani, C., Reise, S. P., Chorpita, B. F., Ale, C., Regan, J., Young, J., Higa-McMillan, C. et Weisz, J. R. (2012). The Revised Child Anxiety and Depression Scale-Short Version: scale reduction via exploratory bifactor modeling of the broad anxiety factor. *Psychological assessment*, 24(4), 833-845. <https://doi.org/10.1037/a0027283>

<sup>46</sup> Krause, K. R., Chung, S., Adewuya, A. O., Albano, A. M., Babins-Wagner, R., Birkinshaw 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), 76-86. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30356-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30356-4)

<sup>47</sup> 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>

<sup>48</sup> 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 & Human Development*, 51(3), 453-460. <https://doi.org/10.1007/s10578-020-00956-z>

<sup>49</sup> Armitage J. M., Tseliou, F., Riglin, L., Dennison, C., Eyre, O., Bevan Jones, R., Rice, F., Thapar, A. K., Thapar, A. et Collishaw, S. (2023). Validation of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) emotional subscale in assessing depression and anxiety across development. *PLoS One*, 19;18(7). <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10355443/>

*Si un intervenant a un motif raisonnable de croire que la sécurité ou le développement d'un enfant est ou pourrait être compromis, il doit s'assurer de faire un signalement à la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ).*

*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](#). Le [Guide de bonnes pratiques en prévention du suicide à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux](#) permet également de soutenir les intervenants dans le rehaussement de leurs compétences professionnelles liées à l'intervention auprès de personnes suicidaires. Pour un guide de référence spécialement conçu pour les enfants, veuillez consulter le [Guide de soutien pour intervenir auprès d'un enfant de 5 à 13 ans à risque suicidaire](#).*

*Selon les recommandations formulées par la Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse dans le rapport [Instaurer une société bienveillante pour nos enfants et pour nos jeunes](#) et, selon l'action 4.7 du [Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026 : s'unir pour un mieux-être collectif \(PAISM\)](#) les parents aux prises avec des problématiques complexes, dont celles en lien avec la santé mentale, devraient avoir un accès prioritaire aux soins et aux services en raison des impacts potentiels que pourrait avoir l'absence de services sur leurs enfants. En cohérence avec cette recommandation, la référence vers les services de santé mentale doit être facilitée et des critères de priorisation devront être établis.*

1.4.12. Élaborez un profil de l'enfant ou de l'adolescent afin d'identifier ses besoins et toute évaluation additionnelle pouvant être nécessaire, incluant l'importance et la nature :

- *des symptômes ou du TAS, de même que des difficultés qui y sont associées (par exemple, le mutisme sélectif);*
- *de tout trouble mental comorbide;*
- *des troubles neurodéveloppementaux, tels que le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité, le trouble du spectre de l'autisme ou les troubles d'apprentissage;*
- *de l'expérience d'intimidation ou d'ostracisme social;*
- *d'amitié avec les pairs;*
- *des habiletés de prononciation, d'élocution et de communication;*
- *de problèmes de santé physique;*
- *des aspects du fonctionnement personnel et social qui révèlent certains besoins (personnels, sociaux, scolaires, professionnels ou en matière de logement);*
- *des objectifs liés aux activités scolaires et quotidiennes;*
- *des besoins de la famille et de l'entourage, y compris en matière de santé mentale.*

## 1.5 TRAITEMENT CHEZ LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS

### Principes guidant les traitements

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

- recevoir un *soutien clinique* régulier de qualité;
- utiliser la *mesure clinique en continu* (par exemple des questionnaires d'appréciation validés comme le *Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS) – child version*, le *Social Phobia and Anxiety Inventory for Children (SPAIC)* pour les enfants, le *Social Phobia Inventory (SPIN)* ou le *Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS)* pour les adolescents, le *Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC)*, le *Revised Child Anxiety and Depression Scale (RCADS)* pour les enfants et les adolescents, le *Spence Children's Anxiety Scale (SCAS)* ou le *Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED)* propres aux enfants);
- s'engager dans un processus de suivi de l'évolution clinique, d'évaluation de l'adhésion au traitement et de leurs compétences par exemple, au moyen d'enregistrements vidéo ou audio, ainsi que d'une vérification externe, s'il y a lieu (*avec le consentement de l'enfant, de l'adolescent ou du titulaire de l'autorité parentale*).

*Dans le cadre du PQPTM, le questionnaire validé et traduit en français pour la mesure clinique en continu des symptômes d'un TAS et d'autres troubles comorbides chez les enfants et les adolescents de 17 ans et moins, est le questionnaire Revised Children's Anxiety and Depression Scale (RCADS) et ses sous-échelles. Dans le cadre de l'évaluation de l'efficacité du traitement, il est également recommandé de procéder à une appréciation régulière du fonctionnement de la personne à l'aide du Work and Social Adjustment Scale for Youth (WSAS-Y).*

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

- centrez *le traitement* sur les besoins de l'enfant ou de l'adolescent sur les plans émotionnel, scolaire et social;
- collaborez avec *la famille et l'entourage*, les enseignants, les autres adultes et les pairs de l'enfant ou de l'adolescent afin de créer un environnement favorisant l'atteinte des objectifs du traitement déterminés avec eux.

### Traitement chez les enfants et les adolescents

1.5.3. Offrez aux enfants et aux adolescents qui présentent des *symptômes ou* un TAS une *intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une*

TCC en individuel ou en groupe, centrée sur l'anxiété sociale (voir les [recommandations 1.5.4 et 1.5.5](#)). Envisagez d'impliquer *la famille et l'entourage* afin d'assurer une prestation efficace du traitement, particulièrement chez les jeunes enfants.

### **Prestation de traitements chez les enfants et les adolescents**

*NOTE : Les guides du NICE et les recherches sur lesquelles ils s'appuient recommandent certains traitements sans toutefois apporter suffisamment de précision 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. Conséquemment, pour la plupart des recommandations de traitements, tant les « interventions utilisant des techniques » que la « psychothérapie » sont proposées comme traitements reconnus efficaces (en italiques et soulignées). Toutefois, bien que les deux modalités de traitements puissent être recommandées, il demeure la responsabilité de l'intervenant de s'assurer qu'il est habilité à offrir le traitement qu'il s'apprête à réaliser. Pour ce faire, il devra s'appuyer sur les divers documents interordres concernant l'exercice de la psychothérapie et des interventions qui s'y apparentent<sup>50</sup>. Dans le cadre du PQPTM, l'abréviation TCC réfère à la psychothérapie cognitivo-comportementale.*

*NOTE : Dans ce guide de pratique, l'expression « symptômes ou TAS » englobe les situations où des symptômes du TAS sont présents sans que les critères diagnostiques soient remplis de même que les situations où un TAS a été confirmé (diagnostic ou 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.*

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

- 8 à 12 rencontres de 45 minutes;
- pour l'enfant ou l'adolescent :
  - de l'éducation psychologique;
  - une exposition aux situations sociales craintes ou évitées;
  - l'entraînement aux compétences sociales et des occasions de mettre en pratique ces compétences dans le cadre de situations sociales;
- pour les parents :

---

<sup>50</sup> Collège des médecins du Québec, Ordre des conseillers et conseillères d'orientation du Québec/Ordre des ergothérapeutes du Québec, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec, Ordre des psychologues du Québec, Ordre professionnel des criminologues du Québec, Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec et Ordre professionnel des sexologues du Québec. (2018). L'exercice de la psychothérapie et des interventions qui s'y apparentent – Trouver la frontière entre les interventions de différents professionnels et la psychothérapie. Consulté le 1 septembre 2020 : « L'exercice de la psychothérapie et des interventions qui s'y apparentent – Trouver la frontière entre les interventions de différents professionnels et la psychothérapie. Consulté au : [OPQ\\_TravauxInterordres\\_Complet\\_FINAL\\_Web.pdf \(orientation.qc.ca\)](#)

- de l'éducation psychologique et l'entraînement aux compétences, en particulier chez les parents de jeunes enfants, afin de favoriser et renforcer l'exposition de l'enfant aux situations sociales craintes ou évitées et le développement de ses compétences.

*NOTE : Les guides du NICE recommandent certains traitements en précisant parfois un nombre de rencontres. 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.*

1.5.5. Une intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une TCC en groupe, tenant compte de la maturité cognitive et émotionnelle de l'enfant ou de l'adolescent, devrait consister en :

- 8 à 12 rencontres de 90 minutes avec un groupe d'enfants ou d'adolescents de la même tranche d'âge;
- pour l'enfant ou l'adolescent :
  - de l'éducation psychologique;
  - une exposition aux situations sociales craintes ou évitées;
  - l'entraînement aux compétences sociales et des occasions de mettre en pratique ces compétences dans le cadre de situations sociales;
- pour les parents :
  - de l'éducation psychologique et l'entraînement aux compétences, en particulier chez les parents de jeunes enfants, afin de favoriser et renforcer l'exposition de l'enfant aux situations sociales craintes ou évitées et le développement de ses compétences.

1.5.6 Envisagez d'offrir des *traitements* ayant été développés pour les adultes (*voir la section sur les traitements pour les symptômes ou le TAS chez les adultes*) à des jeunes ayant les capacités cognitives et émotionnelles pour entreprendre un tel traitement (en général, des adolescents âgés de 15 ans ou plus).

## **1.6 TRAITEMENTS NON RECOMMANDÉS POUR LES SYMPTÔMES OU LE TAS**

1.6.1. N'offrez pas systématiquement une pharmacothérapie pour le traitement des *symptômes* ou du TAS chez les enfants et les adolescents.

1.6.2. N'offrez pas systématiquement des anticonvulsivants, des antidépresseurs tricycliques, des benzodiazépines ou des antipsychotiques pour le traitement des *symptômes* ou du TAS chez les adultes.

1.6.3. N'offrez pas systématiquement des interventions basées sur la pleine conscience ou de soutien pour le traitement de *symptômes* ou du TAS. Les interventions basées sur la pleine conscience incluent la réduction du stress basée sur la pleine conscience, de même que l'intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou la TCC basée sur la pleine conscience.

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

## **1.7 SYMPTÔMES OU PHOBIES SPÉCIFIQUES**

### **Traitements non recommandés**

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

## 2. RECOMMANDATIONS DE RECHERCHE

*Au moment de la publication du présent guide, en 2022, la section des recommandations pour la recherche a été traduite en français, mais n'a pas été contextualisée au Québec.*

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

### 2.1 RECOURS AUX TRAITEMENTS DES SYMPTÔMES OU DU TAS ET ENGAGEMENT DES ADULTES À LEUR ÉGARD

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

#### Pourquoi est-ce important?

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

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

- Évaluation et amélioration des trajectoires de services, en collaboration avec des personnes utilisant peu les services, par une série d'études de cohorte visant notamment l'augmentation du recours aux services et de l'adhésion à l'égard de ceux-ci.
- Adaptation de la prestation des traitements existants pour le traitement des *symptômes* ou du TAS, en collaboration avec des personnes utilisatrices de services. L'adaptation pourrait comprendre des modifications relatives au cadre ou aux méthodes de prestation des traitements ou des intervenants offrant ces traitements. Ces traitements devraient faire l'objet d'un essai contrôlé randomisé (ECR) d'au moins 18 mois permettant d'évaluer les résultats à court et à moyen terme (y compris sur le plan de l'efficacité).

### 2.2 INTERVENTION UTILISANT DES TECHNIQUES COGNITIVO-COMPORTEMENTALES OU TCC SPÉCIFIQUES OU GÉNÉRIQUES POUR LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS QUI PRÉSENTENT DES SYMPTÔMES OU UN TAS

Quelles sont l'efficacité clinique et l'efficacité d'une intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou d'une TCC spécifique (*centrée sur l'anxiété sociale*) chez les enfants et les adolescents présentant des *symptômes* ou un TAS comparativement à une intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une TCC centrée sur l'anxiété en général?

### **Pourquoi est-ce important?**

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

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

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

## **2.3 RÔLE DES PARENTS DANS LE TRAITEMENT DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS QUI PRÉSENTENT DES SYMPTÔMES OU UN TAS**

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

### **Pourquoi est-ce important?**

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

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

La réponse à cette question devrait comporter deux volets :

- des interventions centrées sur les parents devraient être élaborées en fonction d'une analyse systématique de la littérature, en collaboration avec les personnes utilisatrices de services.

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

#### **2.4 INTERVENTION UTILISANT DES TECHNIQUES COGNITIVO-- COMPORTEMENTALES OU TCC, INDIVIDUELLE OU EN GROUPE, POUR LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS QUI PRÉSENTENT DES SYMPTÔMES OU UN TAS**

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

##### ***Pourquoi est-ce important?***

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

Pour répondre à cette question, un ECR devrait être mené afin de comparer l'efficacité clinique et l'efficience des traitements individuels avec les traitements en groupe, chez les enfants et les adolescents présentant des *symptômes ou un TAS*. L'étude devrait faire état des résultats à court et à moyen terme (y compris sur le plan de l'efficience) et comprendre un suivi d'au moins 12 mois. Les résultats devraient être évalués au moyen d'entrevues cliniques structurées, de questionnaires validés remplis par la personne traitée et les parents, ainsi que de mesures objectives des comportements. L'étude devrait avoir une envergure suffisante pour déterminer la présence d'effets cliniques importants, et les variables médiatrices et modératrices devraient être évaluées (en particulier l'âge de l'enfant ou de l'adolescent ainsi que sa situation familiale et sociale).

*Une méta-analyse d'ECR comparant les interventions utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou la TCC en individuel et en groupe chez les enfants et adolescents a été publiée en 2021<sup>51</sup>.*

---

<sup>51</sup> Guo et al. (2021). Individual vs. Group Cognitive Behavior Therapy for Anxiety Disorder in Children and Adolescents: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Front Psychiatry*. 12(674267). <https://doi.org/10.3389%2Ffpsy.2021.674267>

## 2.5 TRAITEMENTS COMBINÉS POUR LES ADULTES QUI PRÉSENTENT DES SYMPTÔMES OU UN TAS

Quelles sont l'efficacité clinique et l'efficience de la combinaison de *traitements non pharmacologiques* et pharmacologiques comparativement à chacune de ces interventions, utilisée seule, dans le traitement des adultes présentant des *symptômes ou un TAS*?

### ***Pourquoi est-ce important?***

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

Pour répondre à cette question, un ECR à trois bras, de grande envergure, devrait être mené afin de comparer l'efficacité clinique et l'efficience d'un traitement combiné de *l'intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou la TCC* et d'un ISRS à *l'intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou la TCC* ou à un ISRS utilisé seul.

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

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

### 3. NOTES SUR LE PRÉSENT GUIDE

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

Des renseignements supplémentaires sur la conception du guide de pratique clinique du NICE, le détail des articles scientifiques consultés, les discussions du comité du développement du guide de pratique ainsi que le guide de pratique clinique complet sont accessibles sur le site Web du NICE<sup>52</sup>. *Notez que cette section n'a pas été traduite en français ni contextualisée au Québec.*

#### 3.1 Guide de pratique complet

Le guide de pratique complet<sup>53</sup> fournit les détails concernant les méthodes et les données utilisées pour élaborer le guide de pratique. Ce document est une publication du *National Collaborating Centre for Mental Health* et n'a pas été traduit ni contextualisé au Québec.

#### 3.2 Information à l'intention du public

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

#### 3.3 Guides schématisés

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

---

<sup>52</sup> NICE. (2011). *Social anxiety disorder: recognition, assessment and treatment* (Nice clinical guideline CG159). <https://www.nice.org.uk/guidance/cg159>

<sup>53</sup> NICE. (2011). *Social anxiety disorder: recognition, assessment and treatment* (Nice clinical guideline CG159). <https://www.nice.org.uk/guidance/cg159>

## 4. MISE À JOUR DU GUIDE DE PRATIQUE

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

**Mai 2024** : Nous avons simplifié ce guide en retirant des recommandations portant sur des principes généraux concernant les soins et les services qui sont abordés dans d'autres guides du NICE (par exemple, le [guide de pratique clinique du NICE sur l'expérience des personnes utilisatrices de services relativement aux services offerts aux adultes par le NHS](#)<sup>54</sup> (en anglais seulement). Ce changement n'est qu'un changement dans la façon de présenter les recommandations; aucun changement quant à la pratique n'est envisagé.

---

<sup>54</sup> NICE. (2011). *Service user experience in adult mental health: improving the experience of care for people using adult NHS mental health services*. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg136>

## ANNEXE 1 : TERMES UTILISÉS

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

### **Accessibilité aux services**

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

### **Appréciation**

*Dans le cadre du PQPTM, l'appréciation 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<sup>55</sup> ».*

### **Autonégligence**

*Au Québec, « L'autonégligence comprend une vaste gamme de comportements, distribués sur un continuum d'intensité, culturellement et socialement encadrés, effectués de façon intentionnelle ou non, qui résultent en un échec à répondre à ses propres besoins ou à se procurer des soins, et qui présentent un potentiel de conséquences négatives sur le bien-être, la santé et la sécurité de la personne et d'autrui<sup>56</sup> ».*

### **Autosoins dirigés**

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

### **Éducation psychologique**

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

---

<sup>55</sup> Office des professions du Québec. (2021). *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines : Guide explicatif*. Gouvernement du Québec. [https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/org/office-professions-quebec/OPQ-Admin/Publications/2020-21\\_020\\_Guide-explicatif-sante-rh-26-08-2021.pdf](https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/org/office-professions-quebec/OPQ-Admin/Publications/2020-21_020_Guide-explicatif-sante-rh-26-08-2021.pdf)

<sup>56</sup> Calvé, J. (2016). *Bonifier la pratique psychosociale en contexte de maltraitance des personnes âgées par la création et l'utilisation de guides de pratique* [essai de maîtrise, Université de Sherbrooke].

*rétablissement de sa santé et aussi sur des techniques de gestion de stress, de relaxation ou d'affirmation de soi<sup>57</sup> ».*

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

### **Éducation psychologique en groupe**

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

### **Évaluation**

*Dans le cadre du PQPTM, « L'évaluation implique de porter un jugement clinique sur la situation d'une personne à partir des informations dont le professionnel dispose et de communiquer les conclusions de ce jugement. Les professionnels procèdent à des évaluations dans le cadre de leur champ d'exercice respectif. Les évaluations qui sont réservées ne peuvent être effectuées que par les professionnels habilités<sup>58</sup> ».*

### **Famille et entourage**

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

### **Intervenant**

*« Intervenant » est un terme générique qui, dans le cadre du PQPTM, désigne l'ensemble des professionnels de la santé, y compris les médecins et les intervenants ne faisant pas partie d'un ordre professionnel qui travaillent auprès de la personne utilisatrice de services et dont les responsabilités peuvent comprendre l'examen de ses besoins psychosociaux additionnels.*

### **Intervention**

*Dans le cadre du PQPTM, cette appellation désigne tout type d'aide qui n'est pas de la psychothérapie, notamment : le counseling, les rencontres avec un pair aidant,*

---

<sup>57</sup> Règlement sur le permis de psychothérapeute. C-26, r. 222.1, art. 6.

<http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cr/C-26,%20r.%20222.1%20/>

<sup>58</sup> Office des professions du Québec. (2021). *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines : Guide explicatif.*

Gouvernement du Québec. [https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/org/office-professions-quebec/OPQ-Admin/Publications/2020-21\\_020\\_Guide-explicatif-sante-rh-26-08-2021.pdf](https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/org/office-professions-quebec/OPQ-Admin/Publications/2020-21_020_Guide-explicatif-sante-rh-26-08-2021.pdf)

*l'intervention de soutien, l'intervention conjugale et familiale, l'éducation psychologique, la réadaptation, le suivi clinique, le coaching, l'intervention en cas de crise et les autosoins.*

### **Interventions utilisant des techniques cognitivo-comportementales**

*Dans le cadre du PQPTM, réfère à des interventions qui s'apparentent à la psychothérapie, mais qui n'en sont pas, auquel cas il est possible d'utiliser des techniques cognitivo-comportementales mais qui ne correspondent pas à la psychothérapie telle que définie dans la loi.<sup>59</sup>*

### **Interventions utilisant les techniques cognitivo-comportementales ou une TCC assistées par les technologies de l'information et des communications (TIC)**

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

### **Mesure clinique**

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

### **Mesure clinique en continu**

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

### **Partenaire**

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

### **Pleine conscience**

*Dans le présent document, réfère à un traitement basé sur la pleine conscience. Ce traitement vise à permettre aux personnes de prendre conscience de leur corps, de leurs sensations, de leurs pensées et de leurs sentiments, dans le moment présent.*

### **Professionnel autorisé à prescrire**

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

---

<sup>59</sup> Code des professions. L.R.Q., c. C-26. <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showDoc/cs/C-26?&digest=>

### **Professionnel dûment habilité**

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

### **Psychothérapie**

*« La psychothérapie est un traitement psychologique pour un trouble mental, pour des perturbations comportementales ou pour tout autre problème entraînant une souffrance ou une détresse psychologique, qui a pour but de favoriser chez le client des changements significatifs dans son fonctionnement cognitif, émotionnel ou comportemental, dans son système interpersonnel, dans sa personnalité ou dans son état de santé. Ce traitement va au-delà d'une aide visant à faire face aux difficultés courantes ou d'un rapport de conseils ou de soutien<sup>60</sup>. »*

### **Psychothérapie cognitivo-comportementale**

*Dans ce document, la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) est une psychothérapie structurée et limitée dans le temps, issue du modèle théorique cognitivo-comportemental, où le patient travaille en collaboration avec le psychothérapeute afin de : reconnaître les types de pensées, de croyances et d'interprétations, et leurs effets sur les symptômes, les états émotionnels et les problèmes actuels; développer des compétences pour reconnaître, surveiller, puis remplacer les pensées, croyances et interprétations problématiques associées aux symptômes ou problèmes ciblés par d'autres plus réalistes et adaptées; développer diverses stratégies d'adaptation plus appropriées. La durée de la psychothérapie cognitivo-comportementale varie selon le trouble mental et sa sévérité.*

### **Repérage**

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

### **Services de première ligne**

*Dans ce guide, cette appellation désigne les services de soins fournis par différents intervenants dans la communauté et constituent le premier niveau d'accès dans le réseau de la santé et des services sociaux. Ces services peuvent s'adresser à la population en général, tels que les services sociaux généraux, ou s'adresser à des services spécifiques liés à la déficience physique ou intellectuelle, au TSA, à la dépendance, etc.<sup>61</sup>.*

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

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

---

<sup>60</sup> Code des professions. L.R.Q., c. C-26, art. 187.1. <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showDoc/cs/C-26?&digest=>

<sup>61</sup> MSSS. (2004). *L'architecture des services de santé et des services sociaux : Les programmes-services et les programmes-soutien*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2004/04-710-01.pdf>.

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

Les services spécifiques de santé mentale s'appuient généralement sur des infrastructures plus légères et s'adressent aux adultes vivant un enjeu problématique particulier en santé mentale. À l'intérieur de ces services, on trouve des activités de promotion et de prévention, ainsi que des activités cliniques 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. Trois grands rôles sont dévolus à l'équipe des services spécifiques en santé mentale, à savoir : évaluer, notamment 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, tout en tenant compte de l'entourage; assurer un soutien aux partenaires à l'intérieur de l'établissement et aux partenaires externes, y compris certains organismes communautaires.

**Soins et services**

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

**Traitement**

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

**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 continuité<sup>62</sup>.

**Trouble de l'usage d'une substance**

Dans le cadre du PQPTM, le trouble de l'usage d'une substance désigne un état se caractérisant par un ensemble de symptômes cognitifs, comportementaux et physiologiques indiquant que le sujet continue à consommer une substance malgré des problèmes significatifs qui en découlent<sup>63</sup>.

---

<sup>62</sup> MSSS. (2008). *Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience : Afin de faire mieux ensemble*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2008/08-848-01.pdf>

<sup>63</sup> American Psychiatric Association (APA). (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5<sup>e</sup> éd., revision du texte [DSM-5-TR]). American Psychiatric Association Publishing.

## **ANNEXE 2 : FORCE DES RECOMMANDATIONS**

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

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

### **Les soins et les services auxquels on doit (ou ne doit pas) avoir recours**

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

### **Les soins et les services auxquels on devrait (ou ne devrait pas) avoir recours : une recommandation « forte »**

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

### **Les soins et les services auxquels on peut avoir recours**

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

### **Formulation des recommandations adaptées provenant d'autres guides de pratique**

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

