

TROUBLE D'ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE ET TROUBLE PANIQUE CHEZ LES ADULTES

GUIDE DE PRATIQUE CLINIQUE



Publié par le NICE en 2011, dernière mise à jour du NICE en 2024.

Publié par le MSSS en 2019, dernière mise à jour en 2026.

Le guide de pratique clinique Trouble d'anxiété généralisée et trouble panique chez les adultes est tiré du guide Generalised anxiety disorder and panic disorder in adults : management © NICE [2024], disponible au : [Overview | Generalised anxiety disorder and panic disorder in adults: management | Guidance | NICE](#). Tous droits réservés. Les guides de pratique du NICE sont préparés pour le National Health Service de l'Angleterre. Ils sont régulièrement révisés et mis à jour et peuvent être retirés du site Web (nice.org.uk) à la discrétion du NICE. Le NICE n'accepte aucune responsabilité pour l'utilisation du contenu de cette publication.

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 s'adresse spécifiquement aux intervenants du réseau québécois de la santé et des services sociaux qui peuvent le consulter à l'adresse : publications.msss.gouv.qc.ca.

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

Dépôt légal – 2026

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

ISBN 978-2-555-04487-6 (version 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

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

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

Cheffe de projet du PQPTM

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

Pilote sous-comité clinique du PQPTM (2021)

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

Rédaction (2021)

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

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

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

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

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

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

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

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

Madame Karine Desharnais, pharmacienne, conseillère pharmaceutique

Madame Alexandra Dion, psychoéducatrice, conseillère à la contextualisation

Madame Isabelle Gaudet, ergothérapeute, conseillère à la contextualisation

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

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

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

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

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

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

Représentants des ordres professionnels

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Madame Amina Khilaji, usagère partenaire

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

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

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

Traduction et révision linguistique

Madame Isabelle Simard, traductrice agréée

Conseillères scientifiques

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

Mise à jour (2026)

Rédaction et chargée de projet

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

Rédaction

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

AVIS AUX LECTEURS

Ce guide de pratique découle du guide de pratique clinique du National Institute for Health and Care Excellence (NICE), guide pour lequel le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a acquis une licence d'adaptation et de contextualisation dans le cadre du Programme québécois pour les troubles mentaux : des autosoins à la psychothérapie (PQPTM). Il a été adapté par la Direction des services en santé mentale et en psychiatrie légale en collaboration avec divers partenaires afin d'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 diverses éditions du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM) et sur la Classification internationale des maladies (CIM) alors que le présent guide réfère au DSM-IV.

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 italiques et soulignées exigent que l'intervenant utilise son jugement clinique afin de déterminer si l'intervention qu'il s'apprête à réaliser constitue ou non de la psychothérapie au sens de l'article 187.1 du [Code des professions](#). Pour ce faire, l'intervenant devra s'appuyer sur les divers documents des travaux interordres concernant l'exercice de la psychothérapie et des interventions qui s'y apparentent¹.

Le guide de pratique clinique portant sur le trouble d'anxiété généralisée et le trouble panique chez les adultes est l'une des composantes du PQPTM, lequel repose sur un modèle de soins par étapes basé sur les 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 soutenant également l'importance de la mise en œuvre de pratiques axées sur le rétablissement, notamment les soins et services centrés sur la personne ainsi que l'implication de la famille et l'entourage. Pour plus d'information concernant le PQPTM dans son intégralité, se référer au [Document d'information à l'intention des établissements — Programme québécois pour les troubles mentaux : des autosoins à la psychothérapie \(PQPTM\)](#).

¹ Collège des médecins du Québec, Ordre des conseillers et conseillères d'orientation du Québec/Ordre des ergothérapeutes du Québec, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec, Ordre des psychologues du Québec, Ordre professionnel des criminologues du Québec, 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 \(orientation.qc.ca\)](#)

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, 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 de même que dans le respect des standards d'accès, d'intégration, de qualité, d'efficacité et d'efficience *ainsi qu'en conformité avec la [Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux](#)*. 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 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](#)*.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	1
1. RECOMMANDATIONS	3
1.1 Principes guidant les <i>soins et services</i> offerts aux personnes qui présentent des <i>symptômes ou</i> un TAG.....	4
1.2 Le modèle de soins par étapes pour les personnes qui présentent des <i>symptômes ou</i> un TAG	4
1.3 Le modèle de soins par étapes pour les personnes qui présentent des <i>symptômes ou</i> un trouble panique	21
2. RECOMMANDATIONS DE RECHERCHE	36
3. INFORMATION SUPPLÉMENTAIRE ET DÉTAILS SUR LE COMITÉ DU NICE	41
4. MISE À JOUR DU GUIDE DE PRATIQUE	42
ANNEXE 1 : Termes utilisés.....	44
ANNEXE 2 : Force des recommandations	50

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Modèle de soins par étapes pour les symptômes ou le TAG	5
Tableau 2. Modèle de soins par étapes pour les symptômes ou le trouble panique	22

LISTE DES SIGLES

Sigle	Définition
ATC	Antidépresseurs tricycliques
CIM	Classification internationale des maladies
DSM	<i>Diagnostic and statistical manual of mental disorders</i>
GAD-7	<i>Generalized anxiety disorder – 7 item scale</i>
GMF	Groupe de médecine de famille
IAPT	<i>Improving access to psychological therapies</i>
IRSN	Inhibiteur du recaptage de la sérotonine et de la noradrénaline
ISRS	Inhibiteur sélectif du recaptage de la sérotonine
LGSSS	Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux
MHRA	<i>Medicines and healthcare products regulatory agency</i>
MIA	<i>Mobility inventory for Agoraphobia</i>
MSRP	Médecin spécialiste répondant en psychiatrie
MSSS	Ministère de la Santé et Services sociaux
NHS	<i>National Health Service</i>
NICE	<i>National Institute for Health and Care Excellence</i>
PASM	Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026 - S'unir pour un mieux-être collectif
PDSS	<i>Panic disorder severity scale</i>
PPA	Personne proche aidante
PQPTM	Programme québécois pour les troubles mentaux : des autosoins à la psychothérapie
RSSS	Réseau de la santé et des services sociaux
TAG	Trouble d'anxiété généralisée
TCC	Psychothérapie cognitivo-comportementale
TIC	Technologies de l'information et des communications

APERÇU

Le présent guide de pratique porte sur les soins et services à offrir aux personnes de 18 ans et plus *présentant des symptômes ou un trouble d'anxiété généralisée (TAG) ou d'un trouble panique (avec ou sans agoraphobie)*. Il offre des recommandations concernant les principes guidant les soins et services à ces personnes de même que le repérage, la démarche évaluative et le traitement des symptômes ou d'un TAG ou encore, des symptômes ou d'un trouble panique.

Le NICE a également développé d'autres guides de pratique clinique. Certains sont disponibles en anglais. D'autres ont été contextualisés *au Québec, notamment les guides portant sur le trouble d'anxiété généralisée et le trouble panique chez l'adulte, le trouble dépressif chez les enfants et les adolescents, le trouble d'anxiété sociale, le trouble de stress post-traumatique de même que le trouble dépressif chez les adultes*. Ces guides peuvent être consultés à [Publications du ministère de la Santé et des Services sociaux](#).

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 intervenants qui sont directement en contact avec des adultes qui présentent des symptômes ou un trouble d'anxiété généralisée ou un trouble panique, ou qui leur offrent des services de santé ou d'autres services publics*
- *Aux établissements publics de santé et des services sociaux et aux fournisseurs de services s'adressant aux adultes susceptibles de présenter ou qui présentent des symptômes ou un trouble d'anxiété généralisée ou un trouble panique.*
- *Aux adultes susceptibles de présenter ou qui présentent des symptômes ou un TAG ou un trouble panique de même que la famille et l'entourage.*

Un document d'information à l'intention du public est également disponible; il présente sous une forme simplifiée les principales recommandations contenues dans ce guide.

INTRODUCTION

NOTE : La version originale du guide Trouble d'anxiété généralisée et trouble panique (CG 11) du NICE se basait sur la nomenclature du DSM-IV. La publication du DSM-5² a introduit certains changements dans la classification et la terminologie utilisée. Ainsi, dans le DSM-5, le TAG est désigné par le terme trouble d'anxiété généralisée et la phobie sociale porte maintenant le nom d'anxiété sociale.

Autre changement, le trouble obsessionnel-compulsif de même que le trouble stress post-traumatique et le trouble stress aigu ne sont plus classés dans la catégorie des troubles anxieux. En effet, le trouble obsessionnel-compulsif fait maintenant partie d'une nouvelle catégorie appelée troubles obsessionnels-compulsifs et apparentés. Le trouble stress post-traumatique et le trouble stress aigu, quant à eux, sont classifiés dans le DSM-5 comme faisant partie des troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress.

Finalement, ce qu'on appelait précédemment le trouble panique avec ou sans agoraphobie est maintenant considéré comme deux troubles distincts, soient le trouble panique et l'agoraphobie. Ainsi, la présence d'agoraphobie peut être confirmée indépendamment de la présence d'un trouble panique. Lorsqu'une personne présente les critères diagnostics à la fois du trouble panique et de l'agoraphobie, il convient alors de confirmer la présence de ces deux troubles, soit un trouble panique et d'agoraphobie³. Il est à noter que l'information présentée dans cette section ne peut se substituer au Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux ((DSM) et à la Classification internationale des maladies (CIM) en ce qui a trait aux critères spécifiques des troubles mentaux.

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

Un trouble anxieux peut se manifester seul, mais s'accompagne plus souvent de symptômes ou d'autres troubles anxieux ou dépressifs. Le présent guide de pratique clinique aborde à la fois le profil de TAG qui ne s'accompagne d'aucune comorbidité, et la présentation plus typique du TAG avec des symptômes ou un trouble dépressifs comorbides, ou un ou plusieurs autres symptômes ou troubles anxieux en comorbidité, mais dans laquelle le TAG est le trouble principal.

Le TAG est un trouble mental fréquent dont les deux principales manifestations sont une inquiétude excessive concernant un certain nombre d'événements ou d'activités, ainsi qu'une difficulté à contrôler cette préoccupation. Pour conclure à la présence d'un TAG selon le système de classification du DSM-IV, on doit notamment pouvoir observer ces deux principaux symptômes de même qu'au moins trois autres symptômes parmi une liste de six⁴. Les symptômes doivent être présents depuis au moins six mois et entraîner une détresse ou une altération cliniquement significative du fonctionnement social ou professionnel, des performances scolaires ou dans d'autres domaines importants.

Selon le DSM-IV-TR⁵, une caractéristique essentielle du trouble panique est la présence d'attaques de panique récurrentes et inattendues qui sont suivies, pendant une période d'au

² American Psychiatric Association (APA) (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5) (5e Éd.). Washington, D.C., É.-U.: American Psychiatric Association Publishing. https://www.physio-pedia.com/images/1/1b/Diagnostic_and_statistical_manual_of_mental_disorders_DSM-5_%28_PDFDrive.com_%29.pdf

³ American Psychiatric Association (APA) (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5) (5e Éd.). Washington, D.C., É.-U.: American Psychiatric Association Publishing. 991 pages. https://www.physio-pedia.com/images/1/1b/Diagnostic_and_statistical_manual_of_mental_disorders_DSnoM-5_%28_PDFDrive.com_%29.pdf

⁴ American Psychiatric Association (1996). Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (4e éd.). Paris, FR: Masson. <https://psychiatrieweb.wordpress.com/wp-content/uploads/2011/12/manuel-diagnostique-troubles-mentaux.pdf>

moins un mois, d'une inquiétude persistante d'avoir une autre attaque de panique et une préoccupation concernant les conséquences d'une autre attaque ou encore, un changement significatif de comportement en lien avec ces attaques. Par ailleurs, plus d'une attaque de panique inattendue doit être survenue pour qu'on puisse parler d'un trouble panique; ces attaques ne devraient pas être attribuables à l'utilisation d'une substance, à une affection médicale ou à un autre trouble mental. Le trouble panique peut être associé ou non à la présence d'agoraphobie.

Le TAG et le trouble panique peuvent tous deux être de gravité et de complexité variable, ce qui aura sans contredit des répercussions sur la réponse au traitement. Par conséquent, dans le cadre d'une démarche évaluative, il importe de porter attention à la gravité et à la durée des symptômes, au niveau de détresse, à l'altération du fonctionnement, de même qu'aux antécédents personnels et aux comorbidités. Le TAG et le trouble panique peuvent parfois évoluer en un trouble chronique, ou être ponctués par des périodes d'amélioration suivies de périodes de détérioration. Lorsque possible, l'objectif d'un traitement devrait être le soulagement des symptômes, associé à une amélioration du fonctionnement et à une diminution du risque de rechute.

1. RECOMMANDATIONS

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

La personne utilisatrice de services a le droit d'être impliquée dans toutes les discussions afin de prendre des décisions éclairées concernant les soins et services qui lui sont offerts⁶. Les soins et services offerts doivent tenir compte des préférences et des besoins de chaque personne.

Les intervenants et les établissements doivent respecter les lois en vigueur au Québec, notamment celles relatives à l'obligation d'obtenir un consentement libre et éclairé de la personne utilisatrice de services, conformément aux dispositions prévues dans la [Loi sur la gouvernance du système et de services sociaux](#) et au [Code civil du Québec](#), ainsi que celle qui reconnaît son droit de participer à toute décision concernant son état de santé ou son bien-être⁷. Ainsi, la prise de décision partagée entre la personne utilisatrice de services et les intervenants de la santé et des services sociaux qui les accompagnent devrait être favorisée. Les intervenants et les établissements doivent également se conformer à la Loi sur la protection des personnes présentant une altération de leur état mental⁸.

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

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

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

- [expérience des personnes utilisant les services de santé mentale pour les adultes](#);
- [prise de décision partagée](#);
- [adhésion aux médicaments](#);
- [optimisation de la pharmacothérapie](#);

⁶ Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux art.13. <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/g-1.021>

⁷ Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux art.13. <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/g-1.021>

⁸ Au moment de la diffusion de ce document, le texte de loi n'était pas encore disponible sur le site de *Légis Québec*; consulté le 21 octobre 2026.

- [multimorbidité](#);
- [prise de décision et capacité mentale](#).

1.1 PRINCIPES GUIDANT LES SOINS ET SERVICES OFFERTS AUX PERSONNES QUI PRÉSENTENT DES SYMPTÔMES OU UN TAG

- 1.1.1. Pour les personnes qui présentent des *symptômes ou* un TAG, de même qu'un trouble d'apprentissage léger ou un trouble neurocognitif⁹ léger, offrez les mêmes traitements qu'aux autres personnes présentant des *symptômes ou* un TAG en adaptant, si nécessaire, la méthode de prestation de traitement ou la durée en fonction des difficultés ou incapacités.

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

- 1.1.2. Lors du repérage, de l'appréciation, de l'évaluation ou du traitement d'une personne qui présente des *symptômes ou* un TAG et un trouble d'apprentissage moyen¹⁰ ou grave ou encore, un trouble neurocognitif moyen ou grave, envisagez de consulter un intervenant spécialisé auprès de ces clientèles. [2011]

1.2 LE MODÈLE DE SOINS PAR ÉTAPES POUR LES PERSONNES PRÉSENTANT DES SYMPTÔMES OU UN TAG

Un modèle de soins par étapes est utilisé afin de structurer l'offre de *soins et services* et aider les personnes qui présentent des *symptômes ou* un TAG, *leur famille et leur entourage* ainsi que les intervenants qui leur offrent des services, à choisir les traitements les plus efficaces *et les mieux adaptés à leur situation*.

- 1.2.1 Appliquez le modèle de soins par étapes, en offrant les traitements les moins intrusifs et les plus efficaces en premier lieu, *en fonction de la condition clinique de la personne*. [2011]

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

[https://www.softouch.on.ca/kb/data/Diagnostic%20and%20Statistical%20Manual%20of%20Mental%20Disorders%20\(DSM-5\).pdf](https://www.softouch.on.ca/kb/data/Diagnostic%20and%20Statistical%20Manual%20of%20Mental%20Disorders%20(DSM-5).pdf)

¹⁰ American Psychiatric Association (APA) (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5) (5e Éd.). Washington, D.C., É.-U.: American Psychiatric Association Publishing. 991 pages.

[https://www.softouch.on.ca/kb/data/Diagnostic%20and%20Statistical%20Manual%20of%20Mental%20Disorders%20\(DSM-5\).pdf](https://www.softouch.on.ca/kb/data/Diagnostic%20and%20Statistical%20Manual%20of%20Mental%20Disorders%20(DSM-5).pdf)

Tableau 1. Modèle de soins par étapes pour les *symptômes* ou le TAG

Étapes du modèle de soins	Traitements
Étape 1	
Tous les cas ou avec suspicion de <i>symptômes</i> ou d'un TAG	- Repérage, <i>appréciation</i> des symptômes et du fonctionnement, et évaluation (incluant l'évaluation du trouble mental <i>au besoin</i>); - <i>Éducation psychologique</i> sur le TAG et sur les options de traitement - Surveillance active;

Tableau 1. Modèle de soins par étapes pour les *symptômes* ou le TAG (suite)

Étapes du modèle de soins	Traitements
Étape 1	
	- <i>Orientation aux fins d'évaluation ou de traitement.</i>
Étape 2	
Présence de <i>symptômes</i> ou d'un TAG qui ne se sont pas améliorés après les traitements de l'étape 1.	- Autosoins individuels non-dirigés : - Autosoins individuels dirigés; - <i>Éducation psychologique</i> en groupe;
Étape 3	
Présence de <i>symptômes</i> ou d'un TAG s'accompagnant d'une altération importante du fonctionnement ou n'ayant pas répondu à un traitement de l'étape 2.	- <u><i>Interventions utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou TCC*</i></u>; - Relaxation appliquée; - Pharmacothérapie;
Étape 4	
Présence de <i>symptômes</i> ou d'un TAG complexes et réfractaires aux traitements, s'accompagnant d'une altération très marquée du fonctionnement (ex. risque élevé d'automutilation, de comportements autodestructeurs ou de passage à l'acte suicidaire)	- Traitement hautement spécialisé (ex. pharmacothérapie complexe en association ou non avec un traitement non pharmacologique) - Collaboration avec divers partenaires du réseau (ex. services de crise, services spécialisés tels que les hôpitaux de jour ou les unités d'hospitalisation)
*Dans le cadre du PQPTM, l'abréviation TCC réfère à la psychothérapie cognitivo-comportementale.	

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

ÉTAPE 1 : TOUS LES CAS OU AVEC SUSPICION D'UN TAG

Repérage et appréciation

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

- 1.2.2 Soyez à l'affût de possibles symptômes ou troubles anxieux (particulièrement chez les personnes ayant des antécédents de troubles anxieux, présentant de possibles symptômes somatiques d'un trouble anxieux ou ayant récemment vécu un événement traumatique). Envisagez leur poser des questions au sujet de l'anxiété qu'elles ressentent et de leur capacité d'arrêter ou de contrôler le fait de s'inquiéter, au moyen du questionnaire GAD-2 (Generalized Anxiety Disorder 2 item scale¹¹).
- 1.2.3 Repérez ou appréciez les symptômes d'un TAG et informez la personne, dès que possible, de la présence de ces *symptômes* afin de l'aider à les comprendre et débiter un traitement efficace rapidement. [2011]

NOTE : La recommandation 1.2.3 a été modifiée afin de l'adapter au contexte québécois dans lequel, un diagnostic formel ne peut être posé dans le cadre du repérage ou de l'appréciation.

- 1.2.4 Envisagez la présence de *symptômes* ou d'un TAG chez les personnes présentant de l'anxiété ou une inquiétude importante ainsi que chez les personnes qui sollicitent des consultations fréquentes dans le cadre des services de première ligne et qui :
- ont un problème de santé physique chronique; **ou**
 - n'ont aucun problème de santé physique, mais cherchent à être rassurées au sujet de symptômes somatiques (particulièrement les personnes âgées et les personnes issues de groupes ethniques minoritaires); **ou**
 - s'inquiètent de façon répétée au sujet d'un vaste éventail de problèmes. [2011]
- 1.2.5 Lorsqu'une personne qui présente des *symptômes* ou un TAG, confirmés ou soupçonnés, sollicite des services de première ligne en cherchant à être rassurée au sujet d'un problème de santé physique chronique, de symptômes somatiques et/ou d'inquiétudes récurrentes, envisagez avec elle la possibilité que certains de ces symptômes soient attribuables à la présence de *symptômes* ou d'un TAG. [2011]

¹¹ Plummer F, Manea L, Trepel D, McMillan D. (2016). Screening for anxiety disorders with the GAD-7 and GAD-2: a systematic review and diagnostic metaanalysis. Gen Hosp Psychiatry. Mar-Apr;39:24-31. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26719105/>

Démarche évaluative et éducation psychologique

NOTE : Les recommandations 1.2.6 à 1.2.10 ont été modifiées afin de les adapter au contexte québécois qui, contrairement au contexte britannique, réserve des activités spécifiques à certains professionnels, notamment certaines évaluations.

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

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

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

Dans certaines situations plus complexes, toutefois, il pourra être essentiel de procéder à une évaluation plus approfondie. La démarche évaluative propose alors une évaluation menée par un professionnel dans le cadre de son champ d'exercice (évaluation réservée) ou, lorsque la situation l'exige, une évaluation du trouble mental effectuée par un professionnel habilité à offrir ce type d'évaluation¹². L'intervenant a la responsabilité de s'assurer que ces activités réservées sont exercées dans le respect des dispositions légales.

Pour plus d'informations à ce sujet, consulter 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](#).

- 1.2.6 *La démarche évaluative menée auprès d'une personne qui présente des symptômes ou un TAG ne doit pas reposer uniquement sur le nombre, la sévérité et la durée des symptômes, mais doit également tenir compte du niveau de détresse et d'altération du fonctionnement. [2011].*

¹² Ordre des psychologues du Québec. (2020). Évaluation des troubles mentaux. <https://www.ordrepsy.qc.ca/evaluation-troubles-mentaux>

Dans le cadre du PQPTM, le questionnaire validé et traduit en français, utilisé pour l'appréciation des symptômes du TAG chez l'adulte est le GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder – 7 items)^{13,14}. Le questionnaire traduit en français, validé et identifié pour l'appréciation du fonctionnement est le WSAS¹⁵ (Work Social Adjustment Scale). Étant donné la comorbidité très importante entre les symptômes anxieux et les symptômes dépressifs, il est fortement recommandé d'également utiliser, chez les adultes, le Patient Health Questionnaire 9-item (PHQ-9)¹⁶.

1.2.7 Dans le cadre de *la démarche évaluative*, considérez l'impact que les facteurs suivants pourraient avoir eu sur l'apparition, l'évolution et la sévérité des *symptômes ou* du TAG présents chez la personne :

- trouble dépressif ou autre trouble anxieux comorbide;
- *trouble de l'usage d'une substance concomitant*;
- condition médicale comorbide;
- antécédents de troubles mentaux chez la personne;
- traitements antérieurs et la réponse à ceux-ci; [2011]

Lors de la prescription d'inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS), soyez conscients de la nécessité de poser des questions concernant la consommation de cocaïne, *dans le cadre de l'évaluation* des interactions médicamenteuses, ainsi qu'à la nécessité d'éviter l'usage concomitant de plusieurs médicaments sérotoninergiques. Suivez les recommandations de sécurité de la [Medicines and Healthcare products Regulatory Agency \(MHRA\) concernant le citalopram](#), (en anglais seulement). [2011, modifié en 2020].

Lorsque les symptômes ou le TAG d'une personne semblent entraîner des répercussions importantes sur ses capacités à assumer ses responsabilités parentales, une évaluation de ces répercussions devrait être effectuée. Lorsque la situation le justifie, des démarches en lien avec la [Loi sur la protection de la jeunesse](#) devraient être entreprises.

1.2.8 Chez les personnes qui présentent des *symptômes ou* un TAG et des *symptômes ou* un trouble dépressifs comorbides ou encore, des *symptômes ou* un autre trouble anxieux, traitez le trouble principal en premier lieu (c'est-à-dire le plus grave et celui pour lequel un traitement est le plus susceptible d'améliorer le fonctionnement général).

Pour des lignes directrices canadiennes sur divers troubles mentaux fréquents, consultez le [Guide de pratique clinique canadien sur la gestion des troubles anxieux, du trouble stress post-traumatique et du trouble obsessionnel-compulsif](#) (en anglais seulement), les [guides du NICE sur les troubles de santé mentale ou du comportement](#) (en anglais seulement) ou le guide

¹³ Spitzer, R.L., K. Kroenke, J. B. W. Williams et B. Löwe (2006). « A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7 », Archives of internal medicine, 166 (10): p. 1092-1097. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16717171/>

¹⁴ Obbarius, A., van Maasackers, L., Baer, L., Clark, D. M., Crocker, A. G., de Beurs, E., Emmelkamp, P., Furukawa, T. A., Hedman-Lagerlöf, E., Kangas, M., Langford, L., Lesage, A., Mwesigire, D. M., Nolte, S., Patel, V., Pilkonis, P. A., Pincus, H. A., Reis, R. A., Rojas, G., Sherbourne, C., Smithson, D., Stowell, C., Woolaway-Bickel, K. et Rose, M. (2017). « Standardization of health outcomes assessment for depression and anxiety: recommendations from the ICHOM Depression and Anxiety Working Group ». Quality of life research, 26 (12): p. 3211–3225. <https://doi.org/10.1007/s11136-017-1659-5>

¹⁵ Mundt, J. C., I. M. Marks, M. K. Shear et J. M. Greist. (2002). « The Work and Social Adjustment Scale: a simple measure of impairment in functioning », The British Journal of Psychiatry, vol. 180, no 5, p. 461-464. <https://doi.org/10.1192/bjp.180.5.461>

¹⁶ McCord, D. M., et R. P. Provost (2020). « Construct Validity of the PHQ-9 Depression Screen: Correlations with Substantive Scales of the MMPI-2-RF ». Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, vol. 27, no 1, p. 150-157. Consulter au : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11556941/>

contextualisé au Québec pour chacun de ces troubles à [Publications du ministère de la Santé et des Services sociaux](#).

1.2.9 Lorsqu'une personne présente des *symptômes* ou un TAG de même qu'un trouble de l'usage d'une substance, soyez conscient que :

- le trouble de l'usage d'une substance peut être une complication du TAG;
- l'utilisation non nocive pour la santé d'une substance ne devrait pas être un motif d'exclusion pour le traitement des *symptômes* ou d'un TAG;
- *sauf dans certaines situations bien précises, les soins en collaboration seront privilégiés.*

Lors de la prescription d'inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS), soyez conscients de la nécessité de poser des questions concernant la consommation de cocaïne, *dans le cadre de l'évaluation* des interactions médicamenteuses, ainsi qu'à la nécessité d'éviter l'usage concomitant de plusieurs médicaments sérotoninergiques. Suivez les recommandations de sécurité de la [Medicines and Healthcare products Regulatory Agency \(MHRA\) concernant le citalopram](#), (en anglais seulement). [2011, modifié en 2020].

NOTE : La recommandation 1.2.9. a été modifiée afin de l'adapter au contexte québécois. Selon le guide original, le trouble de l'usage d'une substance devrait être traité en premier, puisque cela peut contribuer à une amélioration significative des symptômes du TAG. Cette recommandation n'est pas conforme aux recommandations du [Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances](#) et au [Plan d'action interministériel en dépendance 2018-2028](#).

La consommation abusive ou le trouble de l'usage de substances ne devrait pas être un motif d'exclusion pour le traitement des symptômes ou du TAG. En effet, les personnes présentant un trouble de l'usage d'une substance ne représentent pas nécessairement un défi particulier quant aux soins et services recommandés par les guides de pratique clinique. Puisque rien n'indique que l'abus de substances en soi rende les traitements habituels inefficaces, les personnes utilisatrices de services présentant un trouble de l'usage d'une substance devraient avoir accès aux traitements recommandés par le PQPTM. En effet, la plupart de ces personnes n'ont pas besoin de recevoir des traitements des services spécialisés en dépendance pour changer leurs habitudes de consommation puisqu'un grand nombre d'entre elles répondra 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 du [Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances](#), plus particulièrement dans les situations suivantes :

- *Lorsque la personne présente un trouble de l'usage de l'alcool et d'une seconde substance, en plus de présenter un trouble mental fréquent tel que le TAS;*
- *Lorsque le trouble de l'usage d'une substance interfère avec la capacité de s'engager dans le traitement comme par exemple, lorsqu'une personne est incapable de se présenter sobre à ses rencontres, de mettre en pratique les*

exercices thérapeutiques ou s'absente à plus de deux rencontres malgré la mise en place d'un contrat thérapeutique et la révision de celui-ci¹⁷.

1.2.10 À la suite de la *démarche évaluative* confirmant la présence de *symptômes* d'un TAG :

- Offrez de l'information sur la nature des *symptômes* ou du TAG et les options de traitement (*éducation psychologique*), incluant les [informations du NICE à l'intention du public](#) (*en anglais seulement*).
- Effectuez un suivi des *symptômes* et du fonctionnement de la personne (surveillance active).

Cette recommandation s'explique par le fait que l'éducation et la surveillance active peuvent entraîner une amélioration de la condition de la personne, dans les cas les moins graves, et éviter la mise en œuvre de traitements additionnels. [2011]

1.2.11 Discutez de l'utilisation de médicaments et de produits en vente libre avec les personnes qui présentent *des symptômes* ou un TAG. Expliquez le risque d'interactions entre ceux-ci ainsi que l'absence de données probantes appuyant une utilisation sécuritaire de ces produits. [2011]

ÉTAPE 2 : PRÉSENCE DE SYMPTÔMES OU UN TAG QUI NE SE SONT PAS AMÉLIORÉS APRÈS LES INTERVENTIONS DE L'ÉTAPE 1

Traitements non pharmacologiques de basse intensité pour les symptômes ou le TAG

1.2.12 Chez les personnes qui présentent des *symptômes* ou un TAG et dont les symptômes ne se sont pas améliorés après les interventions *d'éducation psychologique* et de surveillance active mises en œuvre à l'étape 1, offrez un ou plusieurs des traitements suivants en tant que traitement de première intention, en fonction des préférences de la personne :

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

1.2.13 Pour les personnes qui présentent des *symptômes* ou un TAG, les autosoins individuels non dirigés devraient :

- inclure du matériel écrit ou numérique, adapté au niveau de lecture de la personne (ou d'autres médias *tels que des vidéos ou des enregistrements audios, etc.*);
- reposer sur des principes issus des traitements cognitivo-comportementaux;
- inclure des instructions pour que la personne travaille de manière systématique avec le matériel pendant une période d'au moins six semaines;
- en règle générale, impliquer un minimum de contacts avec un intervenant, par exemple, des contacts téléphoniques occasionnels brefs, de 5 minutes ou moins. [2011]

¹⁷ Improving access to psychological therapies (IAPT) positive practice guide for working with people who use drugs and alcohol. Consulter au : <https://www.drugwise.org.uk/wp-content/uploads/iapt-drug-and-alcohol-positive-practice-guide.pdf>

*Considérant qu'un niveau de littératie faible peut entraîner une participation moindre de la personne utilisatrice de services, les stratégies de communication doivent être adaptées lors des échanges avec la personne, la famille et l'entourage*¹⁸.

1.2.14 Pour les personnes qui présentent des *symptômes* ou un TAG, les autosoins individuels dirigés devraient :

- reposer sur les principes des traitements cognitivo-comportementaux;
- inclure du matériel écrit ou numérique, adapté au niveau de lecture de la personne (ou d'autres médias *tels que des vidéos ou des enregistrements audios, etc.*);
- être soutenus par un intervenant ayant reçu une formation pertinente, dont le rôle est de faciliter l'utilisation du programme d'autosoins et d'effectuer un suivi des progrès réalisés et des résultats obtenus;
- en règle générale, consister en cinq à sept contacts téléphoniques, virtuels ou en personne, d'une durée de 20 à 30 minutes, à chaque semaine ou aux deux semaines. [2011; modification en 2018]

1.2.15 Pour les personnes qui présentent des *symptômes* ou un TAG, *l'éducation psychologique* en groupe devrait :

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

1.2.16 Les intervenants offrant des autosoins dirigés ou de *l'éducation psychologique* en groupe devraient :

- recevoir régulièrement du soutien clinique de qualité;
- utiliser la *mesure clinique en continu* et veiller à ce que la personne présentant des *symptômes* ou un TAG soit impliquée dans l'évaluation de l'efficacité du traitement. [2011]

Dans le cadre du PQPTM, le questionnaire validé et traduit en français identifié pour l'appréciation des symptômes du TAG chez l'adulte est le GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder – 7 items)^{19,20}.

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

¹⁹ Spitzer, R.L., K. Kroenke, J. B. W. Williams et B. Löwe (2006). « A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7 », *Archives of internal medicine*, 166 (10): p. 1092-1097. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16717171/>

²⁰ Obbarius, A., van Maasackers, L., Baer, L., Clark, D. M., Crocker, A. G., de Beurs, E., Emmelkamp, P., Furukawa, T. A., Hedman-Lagerlöf, E., Kangas, M., Langford, L., Lesage, A., Mwesigire, D. M., Nolte, S., Patel, V., Pilkonis, P. A., Pincus, H. A., Reis, R. A., Rojas, G., Sherbourne, C., Smithson, D., Stowell, C., Woolaway-Bickel, K. et Rose, M. (2017). « Standardization of health outcomes assessment for depression and anxiety: recommendations from the ICHOM Depression and Anxiety Working Group ». *Quality of life research*, 26 (12): p. 3211–3225. <https://doi.org/10.1007/s11136-017-1659-5>

Également dans le cadre du PQPTM, le questionnaire traduit en français, validé et identifié pour l'appréciation du fonctionnement est le WSAS²¹ (Work Social Adjustment Scale).

ÉTAPE 3 : PRÉSENCE DE SYMPTÔMES OU D'UN TAG S'ACCOMPAGNANT D'UNE ALTÉRATION IMPORTANTE DU FONCTIONNEMENT OU QUI NE SE SONT PAS AMÉLIORÉS APRÈS LES INTERVENTIONS DE L'ÉTAPE 2

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

Les guides du NICE et les recherches sur lesquelles ils s'appuient recommandent certains traitements, sans toutefois apporter suffisamment de précisions quant à leur nature pour distinguer, notamment, s'il s'agit de psychothérapie au sens de l'article 187.1 du Code des professions, ou plutôt d'interventions s'y apparentant. Ainsi, dans le cadre des guides du NICE, le mot « thérapie » est utilisé comme synonyme du terme « traitement » au sens générique et désigne un ensemble de mesures destinées à traiter un trouble, incluant la pharmacothérapie, la psychothérapie et les interventions s'y apparentant. En cohérence avec les guides du NICE, les recommandations des guides cliniques du PQPTM portant sur les traitements (*en italiques et soulignées*) utilisent donc le terme « thérapie » dans ce sens générique, englobant ainsi diverses modalités d'interventions. Il relève de la responsabilité de l'intervenant de s'assurer que l'intervention qu'il s'apprête à réaliser constitue ou non de la psychothérapie au sens de l'article 187.1 du Code des professions, en s'appuyant sur les divers documents issus des travaux interordres à ce sujet²². Il est à noter que, dans le cadre du PQPTM, l'abréviation **TCC** (thérapie cognitivo-comportementale) réfère à l'exercice de la psychothérapie cognitivo-comportementale.

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

Options de traitements

1.2.17 Chez les personnes qui présentent des *symptômes* ou un TAG s'accompagnant d'une altération importante du fonctionnement ou qui n'ont pas répondu adéquatement aux interventions de l'étape 2 :

- offrez l'un ou l'autre des traitements suivants :
 - un *traitement non pharmacologique* de haute intensité (voir recommandations [1.2.18](#) à [1.2.22](#)); **ou**
 - une pharmacothérapie (voir recommandations [1.2.23](#) à [1.2.33](#)).
- offrez de l'information verbale et écrite sur les avantages et les inconvénients probables de chaque modalité de traitement, incluant la tendance de la

²¹ Mundt, J. C., I. M. Marks, M. K. Shear et J. M. Greist. (2002). « The Work and Social Adjustment Scale: a simple measure of impairment in functioning », The British Journal of Psychiatry, vol. 180, no 5, p. 461-464. <https://doi.org/10.1192/bjp.180.5.461>

²² OPQ. (2018). *L'exercice de la psychothérapie et des interventions qui s'y apparentent*. Document des travaux interordres. https://www.orientation.qc.ca/files/OPQ_TravauxInterordres_Complet_FINAL_Web.pdf

pharmacothérapie à être associée à des effets indésirables et à des syndromes de retrait;

- appuyez le choix du traitement sur les préférences de la personne, puisqu'aucune donnée probante n'indique qu'une de ces modalités de traitement (*traitement non pharmacologique* de haute intensité ou pharmacothérapie) n'est supérieure à l'autre. [2011]

Traitements non pharmacologiques de haute intensité

1.2.18 Si une personne qui présente des *symptômes* ou un TAG opte pour un *traitement non pharmacologique* de haute intensité, offrez une intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une TCC, ou la relaxation appliquée. [2011]

1.2.19 Pour les personnes qui présentent des *symptômes* ou un TAG, l'intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou la TCC devrait :

- reposer sur des traitements manualisés ayant été utilisés lors des essais cliniques pour le traitement du TAG;
- être offerte par des intervenants formés et ayant des compétences spécifiques à ce traitement;
- généralement comporter 12 à 15 séances hebdomadaires (moins si la personne se rétablit plus tôt; plus si nécessaire sur le plan clinique), d'une durée d'une heure chacune. [2011]

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

1.2.20 Chez les personnes qui présentent des *symptômes* ou un TAG, la relaxation appliquée devrait :

- reposer sur des traitements manualisés ayant été utilisés lors des essais cliniques dans le traitement du TAG;
- être offerte par des intervenants formés et ayant des compétences spécifiques à ce traitement;
- comporter généralement 12 à 15 séances hebdomadaires (moins si la personne se rétablit plus tôt, plus si nécessaire sur le plan clinique), d'une durée d'une heure chacune. [2011]

1.2.21 Les intervenants offrant les *traitements non pharmacologiques* de haute intensité pour les *symptômes* ou le TAG devraient :

- bénéficier d'un soutien clinique régulier afin de vérifier le respect du modèle thérapeutique, en utilisant si possible des enregistrements audio ou vidéo des séances, avec le consentement de la personne, ce qui pourrait inclure l'utilisation d'enregistrements vidéo des rencontres;

- utiliser la mesure clinique en continu et veiller à ce que la personne qui présente des *symptômes* ou un TAG soit impliquée dans l'évaluation de l'efficacité du traitement. [2011]

Dans le cadre du PQPTM, les questionnaires d'appréciation utilisés dans le cadre de la mesure clinique en continu sont le GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder – 7 items)^{23,24} pour les symptômes du TAG et le Work and Social Adjustment Scale (WSAS)²⁵ pour le fonctionnement.

1.2.22 Envisagez d'offrir tous les traitements dans la langue privilégiée de la personne qui présente des *symptômes* ou un TAG, si possible. [2011]

Considérant qu'un niveau de littératie faible peut entraîner une participation moindre de la personne, les stratégies de communication doivent être adaptées lors des échanges avec la personne, la famille et l'entourage²⁶.

La LGSSSS, article 408, affirme que le mode d'organisation des ressources humaines, matérielles et financières prévu dans la loi est destiné à favoriser, compte tenu des ressources, l'accessibilité à des services de santé et des services sociaux, dans leur langue, pour les personnes des différentes communautés culturelles du Québec.

Le document intitulé « La sécurisation culturelle en santé et en services sociaux : Vers des soins et des services culturellement sécurisants pour les Premières Nations et les Inuit (MSSS, 2021) » offre des pistes afin de développer des soins et services culturellement sécurisants : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-613-02W.pdf>.

Les *Orientations ministérielles concernant la pratique de l'interprétariat dans les services de santé et les services sociaux au Québec* (MSSS, 2018) identifient des éléments incontournables pour une utilisation de qualité des services d'interprétariat dans le cadre des soins et services et mettent de l'avant un modèle d'organisation de ces services permettant un accès optimal dans toutes les régions du Québec.

Pharmacothérapie

Au Québec, l'activité de prescrire des médicaments, est une activité réservée à certains professionnels habilités par le Code des professions et ses divers règlements, tels que les codes de déontologie. La pratique de cette activité doit donc être réalisée en respect de ceux-ci, ainsi que du Règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin et du Guide d'exercice sur les ordonnances faites par un médecin²⁷.

De plus, il est présumé que les professionnels autorisés à prescrire des médicaments se réfèrent également à la monographie du médicament. Lorsque des données probantes le justifient, le présent guide de pratique recommande l'utilisation de certains médicaments pour des indications

²³ Spitzer, R.L., K. Kroenke, J. B. W. Williams et B. Löwe (2006). « A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7 », Archives of internal medicine, 166 (10): p. 1092-1097. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16717171/>

²⁴ Obbarius, A., van Maasakkers, L., Baer, L., Clark, D. M., Crocker, A. G., de Beurs, E., Emmelkamp, P., Furukawa, T. A., Hedman-Lagerlöf, E., Kangas, M., Langford, L., Lesage, A., Mwesigire, D. M., Nolte, S., Patel, V., Pilkonis, P. A., Pincus, H. A., Reis, R. A., Rojas, G., Sherbourne, C., Smithson, D., Stowell, C., Woolaway-Bickel, K. et Rose, M. (2017). « Standardization of health outcomes assessment for depression and anxiety: recommendations from the ICHOM Depression and Anxiety Working Group ». Quality of life research, 26 (12): p. 3211–3225. <https://doi.org/10.1007/s11136-017-1659-5>

²⁵ Mundt, J. C., I. M. Marks, M. K. Shear et J. M. Greist. (2002). « The Work and Social Adjustment Scale: a simple measure of impairment in functioning », The British Journal of Psychiatry, vol. 180, no 5, p. 461-464. <https://doi.org/10.1192/bjp.180.5.461>

²⁶ MSSS (2018). Cadre de référence de l'approche de partenariat entre les usagers, leurs proches et les acteurs en santé et en services sociaux. Consulter au : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2018/18-727-01W.pdf>

²⁷ Collège des médecins du Québec (2016). Guide d'exercice sur les ordonnances individuelles faites par un médecin. <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2016-10-03-fr-ordonnances-individuelles-faites-par-un-medecin.pdf>

qui ne figurent pas dans leur autorisation de commercialisation au Canada au moment de sa publication (utilisation hors indication).

Par ailleurs, d'autres organisations provinciales ou fédérales pourraient également avoir publié en ligne de la documentation portant sur la nature et la séquence des traitements pharmacologiques à privilégier pour le traitement du TOC ou de l'obsession d'une dysmorphie corporelle. Un guide de pratique canadien pour la gestion des troubles anxieux, obsessionnel-compulsifs et de stress post-traumatique²⁸ a notamment émis des recommandations pouvant différer de celles figurant dans le présent guide. Le professionnel autorisé à prescrire des médicaments doit suivre les recommandations professionnelles pertinentes et assumer l'entière responsabilité du médicament non indiqué ou homologué qu'il prescrit ou recommande.

- 1.2.23 Si une personne qui présente des *symptômes* ou un TAG choisit la pharmacothérapie, offrez un antidépresseur appartenant à la classe des inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine (ISRS). Envisagez la sertraline d'abord, car ce médicament offre le meilleur rapport coût-efficacité. Effectuez un suivi rigoureux des effets indésirables auprès de la personne. [2011]

Notez qu'au moment de la publication du présent guide de pratique clinique (janvier 2022), l'utilisation de la sertraline²⁹ dans un tel contexte ne figurait pas dans l'autorisation de commercialisation en Royaume-Uni, tout comme pour certains autres ISRS. Consultez le guide du [NICE sur la prescription de médicaments](#) (*en anglais seulement*).

- 1.2.24 Si la sertraline s'avère inefficace, offrez un autre ISRS ou un inhibiteur du recaptage de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSN), en tenant compte des facteurs suivants :
- la tendance à provoquer un syndrome de retrait (particulièrement pour la paroxétine et la venlafaxine);
 - les effets indésirables et les interactions médicamenteuses possibles;
 - le risque de passage à l'acte suicidaire et la probabilité de toxicité lors d'une surdose (surtout dans le cas de la venlafaxine);
 - les expériences antérieures de traitement avec des médicaments (particulièrement l'adhésion au traitement, l'efficacité, les effets indésirables, la survenue de symptômes de retrait et les préférences de la personne). [2011]
- 1.2.25 Si la personne ne peut pas tolérer les ISRS ou les IRSN, envisagez de proposer la prégabaline. [2011, modifiée 2020].

Depuis le 1^{er} avril 2019, la prégabaline est une substance contrôlée de classe C (en vertu du Misuse of Drugs Act 1971) et est inscrite à l'annexe 3 du *Misuse of Drugs Regulations 2001*. Évaluer attentivement les personnes pour qui on envisage de la prescrire pour tout antécédent de *trouble de l'usage d'une substance* avant de prescrire ce médicament et surveiller l'apparition de signes d'un usage abusif et de dépendance ([MHRA, Drug Safety Update, avril 2019](#), *en anglais seulement*). Suivre les recommandations de sécurité de la [MHRA concernant la prégabaline pendant la grossesse](#) (*en anglais seulement*). [2011, modifié en 2022] »

²⁸ Katzman, M. A., Bleau, P., Blier, P., Chokka, P., Kjernisted, K., Van Ameringen, M. et al. (2014). Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. *BMC psychiatry*, 14(Suppl 1), S1. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-S1-S1>

²⁹ Pfizer (2021). ZOLOFT (sertraline hydrochloride) (Ed. rév.) <https://labeling.pfizer.com/showlabeling.aspx?id=517>

Notez qu'au moment de la publication du présent guide de pratique (janvier 2022), cette indication ne figurait pas dans l'autorisation de commercialisation de la prégabaline au Canada³⁰. En 2019, Santé Canada a émis un avis de sécurité soulignant que l'utilisation concomitante de prégabaline et d'opioïdes augmente le risque de surdose d'opioïdes³¹. Ainsi, lorsqu'une prescription de prégabaline est envisagée, il est essentiel de questionner la personne sur sa consommation d'opioïdes afin de tenir compte des interactions médicamenteuses potentielles. De plus, la prégabaline étant associée à un risque d'abus et de pharmacodépendance, il est recommandé de vérifier la présence d'antécédents d'abus de médicaments ou de drogues, puis d'assurer une surveillance régulière de tout signe d'abus ou de dépendance au cours du traitement.

- 1.2.26 N'offrez pas de benzodiazépine pour le traitement des *symptômes* ou un TAG dans le cadre des services de première ligne ou des *services spécifiques ou spécialisés en santé mentale* à l'exception d'un traitement de courte durée en cas de crise.

Suivre les recommandations du NICE British National Formulary (BNF) concernant l'utilisation des benzodiazépines dans ce contexte (*en anglais seulement et offert uniquement aux utilisateurs admissibles au Royaume-Uni - Angleterre, Écosse, pays de Galles et Irlande du Nord*). [2011]

Se référer à la monographie de produit et aux lignes directrices canadiennes du traitement de l'anxiété dans ce contexte³².

- 1.2.27 N'offrez pas d'antipsychotiques pour le traitement des *symptômes* ou du TAG dans le cadre des services de première ligne ou des *services spécifiques en santé mentale*. [2011, modifiée 2020]

- 1.2.28 Avant de prescrire un médicament, quel qu'il soit, discutez des options de traitement pour une personne présentant des *symptômes* ou un TAG ainsi que de toute préoccupation relative à la prise de médicaments. Expliquez en détail les raisons pour lesquelles un médicament lui est prescrit et offrez de l'information écrite et verbale sur les aspects suivants :

- les bienfaits probables des différents traitements;
- la propension variable de chaque médicament à entraîner des effets indésirables, des syndromes de sevrage et des interactions médicamenteuses (*se référer à la monographie du produit*);
- le risque d'activation associé aux ISRS et aux IRSN, se manifestant *notamment* par des symptômes tels qu'une augmentation de l'anxiété, de l'agitation et des difficultés de sommeil;
- le fait de devoir parfois attendre une semaine ou plus avant que l'effet anxiolytique optimal ne soit atteint;

³⁰ Pfizer (2020). LYRICA (prégabaline en capsules). <https://www.pfizer.ca/fr/lyrica-pr%C3%A9gabaline-en-capsules>

³¹ Santé Canada (2019). Santé Canada recommande aux Canadiens de faire preuve de prudence s'ils prennent de la gabapentine ou de la prégabaline avec des opioïdes. Numéro d'identification : RA-71003 <https://recalls-rappels.canada.ca/fr/avis-rappel/sante-canada-recommande-canadiens-faire-preuve-prudence-s-ils-prennent-gabapentine-ou>

³² Vigod SN, Frey BN, Clark CT, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (2024). Clinical Practice Guideline for the Management of Perinatal Mood, Anxiety, and Related Disorders: Guide de pratique 2024 du Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments pour le traitement des troubles de l'humeur, des troubles anxieux et des troubles connexes périnataux. The Canadian Journal of Psychiatry. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39936923/>

- l'importance de prendre le médicament tel que prescrit et la nécessité de poursuivre le traitement après la rémission afin d'éviter une rechute. [2011, modifiée en 2020]

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 sur le plan de la présence ou l'absence de symptômes. Dans le présent guide, le terme « rémission » doit ainsi être compris comme reflétant notamment une amélioration notable du fonctionnement et de la symptomatologie de la personne utilisatrice de services, amélioration globalement satisfaisante pour celle-ci malgré la persistance possible de certains symptômes.

Conseillez à la personne, ainsi qu'à sa famille et son entourage, de ne pas hésiter à communiquer avec son prescripteur s'il éprouve des effets indésirables entre les rendez-vous ou rencontre certaines difficultés.

1.2.29 Tenez compte du risque accru de saignements associé aux ISRS, surtout chez les personnes âgées ou celles qui prennent d'autres médicaments susceptibles de causer des lésions à la muqueuse gastro-intestinale ou d'interférer avec la coagulation (par exemple, les anti-inflammatoires non stéroïdiens [AINS] ou l'aspirine. Dans de tels cas, envisagez de prescrire un médicament ayant un effet gastroprotecteur. [2011]

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

- avertissez-la que ces médicaments sont associés à une augmentation du risque d'idées suicidaires, d'automutilation et de *comportements autodestructeurs* chez une minorité de personnes de moins de 30 ans; **et**
- prévoyez un rendez-vous dans la semaine suivant la première ordonnance; **et**
- effectuez un suivi hebdomadaire du risque d'idées suicidaires, d'automutilation et de *comportements autodestructeurs* durant le premier mois de traitement. [2011]

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 présentant une altération de leur état mental³³ 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.

1.2.31 Pour les personnes qui développent des effets indésirables peu après le début du traitement pharmacologique, offrez de l'information et envisagez l'une des stratégies suivantes :

- effectuez une surveillance étroite des symptômes (si les effets indésirables sont légers et acceptables pour la personne); **ou**
- réduisez la dose du médicament; **ou**
- mettez fin au traitement et, selon les préférences de la personne, offrez-lui :
 - un autre médicament (voir recommandations 1.2.24 et 1.2.25); ou

³³ Au moment de la diffusion de ce document, le texte de loi n'était pas encore disponible sur le site de *Légis Québec*; consulté le 21 octobre 2026.

- un traitement *non pharmacologique* de haute intensité (voir recommandations 1.2.18 à 1.2.22). [2011]

- 1.2.32 Évaluez l'efficacité et les effets indésirables du médicament toutes les deux à quatre semaines durant les trois premiers mois de traitement, puis tous les trois mois par la suite. [2011]
- 1.2.33 Si le médicament est efficace, conseillez à la personne de continuer de le prendre pendant au moins un an, puisque le risque de rechute est élevé. [2011]

Réponse insuffisante aux traitements de l'étape 3

- 1.2.34 Si une personne qui présente des *symptômes* ou un TAG n'a pas répondu à un *traitement non pharmacologique* complet de haute intensité, offrez-lui une pharmacothérapie (voir recommandations 1.2.23 à 1.2.33). [2011]
- 1.2.35 Si une personne qui présente des *symptômes* ou un TAG n'a pas répondu à une pharmacothérapie, offrez-lui soit un *traitement non pharmacologique* de haute intensité (voir recommandations 1.2.18 à 1.2.22) ou un autre médicament (voir recommandations 1.2.24 à 1.2.25). [2011]
- 1.2.36 Si une personne présentant des *symptômes* ou un TAG, présente une réponse partielle à une pharmacothérapie, envisagez de lui offrir un *traitement non pharmacologique* de haute intensité en association avec la pharmacothérapie. [2011]
- 1.2.37 Envisagez d'orienter une personne qui présente des *symptômes* ou un TAG vers les traitements de l'étape 4 en présence d'anxiété grave s'accompagnant d'une altération marquée du fonctionnement conjointement avec :
- un risque d'automutilation, de *comportements autodestructeurs* ou de passage à l'acte suicidaire; **ou**
 - une comorbidité importante, telle qu'un trouble de l'usage de substances, un trouble de la personnalité ou un problème de santé physique complexe; **ou**
 - une autonégligence; **ou**
 - une réponse insuffisante aux traitements de l'étape 3. [2011]

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

ÉTAPE 4 : PRÉSENCE DE SYMPTÔMES OU D'UN TAG COMPLEXES ET RÉFRACAIRES AUX TRAITEMENTS, S'ACCOMPAGNANT D'UNE ALTÉRATION TRÈS MARQUÉE DU FONCTIONNEMENT OU D'UN RISQUE ÉLEVÉ D'AUTOMUTILATION, DE COMPORTEMENTS AUTODESTRUCTEURS OU DE PASSAGE À L'ACTE SUICIDAIRE

Dans ce guide de pratique, les expressions « symptômes ou TAG » désignent à la fois les situations où des symptômes de TAG sont présents sans que les critères diagnostiques soient pleinement remplis, ainsi que les situations où un TAG a été confirmé (par un diagnostic ou une évaluation du trouble mental). En effet, dans le cadre du PQPTM, il n'est pas toujours nécessaire de conclure à la présence d'un trouble mental pour que la personne ait accès aux traitements offerts. Toutefois, il est

important de préciser que, pour certains types de traitements, particulièrement ceux recommandés pour des troubles mentaux graves, un professionnel pourra juger nécessaire de confirmer formellement la présence du trouble en question.

Démarche évaluative

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

- la durée et la gravité des symptômes, l'altération du fonctionnement, les comorbidités et le risque d'automutilation, de *comportements autodestructeurs*, d'autonégligence ou de passage à l'acte suicidaire;
- une revue exhaustive des traitements en cours et des traitements antérieurs, incluant l'adhésion aux traitements pharmacologiques et aux *traitements non pharmacologiques* antérieurs, ainsi que leur impact sur les symptômes et sur l'altération du fonctionnement;
- le milieu de vie;
- le soutien dans la communauté;
- les relations avec la famille et l'entourage de même que l'impact du trouble sur eux. [2011]

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.

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 présentant une altération de leur état mental³⁴. 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.

1.2.39 En collaboration avec la personne qui présente des *symptômes* ou un TAG, élaborer un *plan d'intervention* ou un *plan de traitement complet* et clair qui prend en considération ses besoins, les risques et l'altération du fonctionnement. [2011]

Traitement

1.2.40 Informez la personne qui présente des *symptômes* ou un TAG, à qui les traitements des étapes 1 à 3 n'ont pas été offerts, ou qui les a refusés, des bienfaits possibles de ces traitements, et offrez-lui les traitements dont elle n'a pas encore fait l'essai. [2011]

1.2.41 Considérez offrir des traitements combinés associant un médicament avec un *traitement non pharmacologique*, un traitement constitué d'une combinaison d'antidépresseurs ou encore, une combinaison d'antidépresseurs avec d'autres médicaments comme traitement de potentialisation à l'antidépresseur. Procédez toutefois avec prudence, en tenant compte des points suivants :

³⁴ Au moment de la diffusion de ce document, le texte de loi n'était pas encore disponible sur le site de *Légis Québec*; consulté le 21 octobre 2026.

- les données probantes concernant l'efficacité des traitements combinés sont insuffisantes; **et**
- le risque d'effets indésirables et d'interactions médicamenteuses augmente lors de l'utilisation d'une association d'antidépresseurs ou de l'ajout d'un traitement de potentialisation à un antidépresseur. [2011]

Conseillez à la personne, ainsi qu'à sa famille et son entourage s'il y a lieu, de ne pas hésiter à communiquer avec son prescripteur s'il éprouve des effets indésirables entre les rendez-vous ou rencontre des difficultés liées à l'arrêt du traitement.

- 1.2.42 Les traitements combinés devraient être mis en œuvre que par des intervenants ayant développé une expertise dans les *traitements non pharmacologiques* et la pharmacothérapie des *symptômes* ou du TAG complexes et réfractaires, et seulement après une discussion approfondie avec la personne au sujet des avantages et des inconvénients probables des traitements suggérés. [2011]
- 1.2.43 Dans le cadre du traitement d'une personne qui présente des *symptômes* ou un TAG complexes et réfractaires, informez-la des études cliniques pertinentes auxquelles elle pourrait souhaiter participer, et ce, en respectant en tout temps les lignes directrices éthiques locales et nationales. [2011]
- 1.2.44 Pour favoriser la prise de décision partagée, des informations fondées sur des données probantes concernant les traitements devraient être disponibles, et une discussion sur les diverses options possibles devrait avoir lieu. [2004]
- 1.2.45 Les préférences de la personne, ainsi que l'expérience et les résultats des traitements antérieurs devraient être pris en compte dans le choix du traitement. [2004]
- 1.2.46 Les préoccupations courantes concernant la prise de médicaments, telles que la crainte de développer une dépendance, devraient être abordées. [2004]

Langue

- 1.2.47 Lorsque possible, envisagez d'offrir les *traitements non pharmacologiques* dans la langue maternelle de la personne si celle-ci n'est pas l'anglais. [2004]

Considérant qu'un faible niveau de littératie peut entraîner une participation moindre de la personne, les stratégies de communication doivent être adaptées lors des échanges avec la personne, la famille et l'entourage³⁵. La LGSSSS, article 408, stipule que le mode d'organisation des ressources humaines, matérielles et financières prévu est destiné à favoriser, compte tenu des ressources, l'accessibilité à des services de santé et des services sociaux, dans leur langue, pour les personnes des différentes communautés culturelles du Québec.

[Le document intitulé « La sécurisation culturelle en santé et en services sociaux : Vers des soins et des services culturellement sécurisants pour les Premières Nations et les Inuit \(MSSS, 2021\) » offre des pistes afin de développer des soins et services culturellement sécurisants : https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-613-02W.pdf.](https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-613-02W.pdf)

³⁵ MSSS (2018). Cadre de référence de l'approche de partenariat entre les usagers, leurs proches et les acteurs en santé et en services sociaux. Consulter au : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2018/18-727-01W.pdf>

Les [Orientations ministérielles concernant la pratique de l'interprétariat dans les services de santé et les services sociaux au Québec](#) (MSSS, 2018) identifient des éléments incontournables pour une utilisation de qualité des services d'interprétariat dans le cadre des soins et services et mettent de l'avant un modèle d'organisation de ces services permettant un accès optimal dans toutes les régions du Québec. Les [Orientations ministérielles concernant la pratique de l'interprétariat dans les services de santé et les services sociaux au Québec](#) (MSSS, 2018) identifient des éléments incontournables pour une utilisation de qualité des services d'interprétariat dans le cadre des soins et services et mettent de l'avant un modèle d'organisation de ces services permettant un accès optimal dans toutes les régions du Québec.

Conseils concernant le traitement et l'orientation pour aider à prévenir les rechutes

- 1.2.48 Pour les personnes présentant des *symptômes* ou un trouble mental fréquent, et un risque important de rechute ou qui ont des antécédents de problèmes récurrents, discutez avec elle des traitements susceptibles de réduire le risque de récurrence. Le choix du traitement ou l'orientation vers un traitement devrait tenir compte de la réponse aux traitements antérieurs, y compris les symptômes résiduels, des conséquences d'une rechute, des symptômes de sevrage lors de l'arrêt d'un médicament, ainsi que de la préférence de la personne. [2011]

1.3 LE MODÈLE DE SOINS PAR ÉTAPES POUR LES PERSONNES QUI PRÉSENTENT DES SYMPTÔMES OU UN TROUBLE PANIQUE

Le *présent* guide fournit des recommandations pour les *soins et services* à diverses étapes du parcours de la personne, présentées sous forme de différentes étapes.

NOTE : La présentation des étapes a été modifiée afin d'uniformiser la présentation et en faciliter sa lecture.

Tableau 2. Modèle de soins par étapes pour les *symptômes* ou le trouble panique

Étapes du modèle de soins	Traitements
Étape 1	
Tous les cas ou avec suspicion de <i>symptômes</i> ou d'un trouble panique	- Repérage; - Appréciation des symptômes; - Évaluation, incluant celle du trouble mental <i>au besoin</i>; - <i>Orientation aux fins d'évaluation ou de traitement au besoin.</i>
Étape 2	
Présence de <i>symptômes</i> ou d'un trouble panique léger ou moyen	- Autosoins individuels non dirigés; - Autosoins individuels dirigés.
Étape 3	
Présence de <i>symptômes</i> ou d'un trouble panique moyen ou grave	- <u><i>Intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou TCC*</i></u>; - Pharmacothérapie^(a).
Étape 4	
Persistance de <i>symptômes</i> significatifs ou d'un trouble panique moyen ou grave, malgré la mise en œuvre de traitements (dans la plupart des cas, deux traitements ont déjà été offerts)	- Orientation vers les services spécialisés en santé mentale.
Étape 5	
Persistance de <i>symptômes</i> significatifs ou d'un trouble panique moyen ou grave, malgré la mise en œuvre de traitements (dans la plupart des cas, deux traitements ont déjà été offerts)	Réévaluation approfondie de la situation et orientation vers les traitements appropriés, comme : - Traitement des comorbidités; - <u><i>Intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou TCC*</i></u>; - Exploration complète de la pharmacothérapie - Soutien quotidien en centre de jour afin de donner du répit à la famille et à l'entourage.
(a) Si le trouble est présent depuis longtemps ou que les traitements n'ont pas donné de résultats ou ont été refusés.	
<i>*Dans le cadre du PQPTM, l'abréviation TCC réfère à la psychothérapie cognitivo-comportementale.</i>	

Dans ce guide de pratique, l'expression « symptômes ou trouble panique » désigne à la fois les situations où des symptômes de trouble panique sont présents sans que les critères diagnostiques soient pleinement remplis, ainsi que les situations où un trouble panique a été confirmé (par un diagnostic ou une évaluation du trouble mental). En effet, dans le cadre du PQPTM, il n'est pas toujours nécessaire de conclure à la présence d'un trouble mental pour que la personne ait accès aux traitements offerts. Toutefois, il est important de préciser que, pour certains types de

traitements, particulièrement ceux recommandés pour des troubles mentaux graves, un professionnel pourra juger nécessaire de confirmer formellement la présence du trouble en question.

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

ÉTAPE 1 – REPÉRAGE ET DÉMARCHE ÉVALUATIVE

Repérage et appréciation

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

Compétences en consultation

- 1.3.1 Tous les intervenants impliqués dans le *repérage, l'appréciation, l'évaluation*, ou le traitement d'une personne qui présentent des *symptômes* ou un trouble panique devraient posséder un niveau de compétences élevé en matière de consultation (*structure et contenu*), afin qu'une approche structurée soit adoptée tout au long des soins et services auprès de ces personnes.

Les standards requis pour être membre du Royal College Of General Practitioners représentent un bon exemple des standards pour les compétences en consultation (en anglais seulement) [2004, modifiée 2020]

NOTE : La recommandation 1.3.1 a été modifiée afin de l'adapter au contexte québécois. Bien que le guide original donne l'exemple des normes requises pour être membres du Royal College of General Practitioners comme étant un bon exemple de standards en matière de compétences en consultation, ces dernières ne s'appliquent pas au Québec, où des standards sont identifiés par chacun des ordres professionnels.

Démarche évaluative

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

Note : La recommandation 1.3.1 et la présente section ont dû être modifiées puisqu'elles utilisaient le terme « diagnostic » sans qu'il ne soit adapté au contexte québécois qui, contrairement à l'Angleterre, réserve des activités spécifiques à certains professionnels, incluant les certaines évaluations, notamment celles pouvant mener à un diagnostic.

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 NICE, tout comme les recherches sur lesquelles s'appuient ses recommandations, utilise le terme « évaluer » sans préciser la nature de cette « évaluation ». Par conséquent, à la lecture des 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 (pouvant mener à un diagnostic), telle que 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 pratique des intervenants et 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, l'évaluation professionnelle et l'évaluation du trouble mental. Ainsi, 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, une appréciation (incluant notamment la passation de questionnaires autoadministrés) pourra dans certains cas offrir suffisamment d'informations pour comprendre 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.

Dans certaines situations plus complexes toutefois, il pourra être essentiel de procéder à une évaluation plus approfondie. La démarche évaluative propose alors une évaluation par un professionnel dans le cadre de son champ d'exercice (évaluations réservées) ou encore, lorsque la situation l'exige, une évaluation du trouble mental par un professionnel habilité à offrir ce type d'évaluation. Il est de la responsabilité de l'intervenant ou du professionnel de s'assurer du respect de ces activités réservées. Pour plus d'informations à ce sujet, consulter le document : [Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines : Guide explicatif](#).

- 1.3.2 *La démarche évaluative doit permettre de recueillir les informations pertinentes nécessaires, telles que les antécédents personnels, toute automédication, ainsi que les caractéristiques culturelles ou individuelles pouvant constituer des éléments importants pour les soins et services subséquents. [2004]*
- 1.3.3 *Il n'existe pas suffisamment de données probantes à l'heure actuelle pour recommander un questionnaire d'appréciation suffisamment validé à utiliser dans le cadre de la démarche évaluative. Par conséquent, il convient donc de s'appuyer sur les compétences en consultation pour recueillir toutes les informations nécessaires. [2004]*

Le PQPTM propose néanmoins la version, en français, de deux questionnaires d'appréciation validés, soient le questionnaire PDSS (Panic disorder severity scale – self report)^{36, 37} et le questionnaire MIA (Mobility inventory for agoraphobia³⁸), pour appuyer la démarche évaluative, si cela s'avère pertinent. Étant donné la comorbidité très importante entre les symptômes anxieux et les symptômes dépressifs, il est fortement recommandé d'également utiliser, chez les adultes, le Patient Health Questionnaire 9-item (PHQ-9³⁹). Le questionnaire traduit en français, validé et identifié pour l'appréciation du fonctionnement est le WSAS⁴⁰ (Work Social Adjustment Scale).

Comorbidités

- 1.3.4 Les intervenants devraient être attentifs aux comorbidités fréquentes du trouble panique, en particulier le trouble dépressif et le trouble de l'usage d'une substance. [2004, modification en 2011]

Lors de la prescription d'inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS), soyez conscients de la nécessité de poser des questions concernant la consommation de cocaïne, dans le cadre de l'évaluation des interactions médicamenteuses, ainsi qu'à la nécessité d'éviter l'usage concomitant de plusieurs médicaments sérotoninergiques. Suivez les recommandations de sécurité de la [Medicines and Healthcare products Regulatory Agency \(MHRA\) concernant le citalopram](#), (en anglais seulement). [2004, modifié en 2020].

- 1.3.5 Les principaux problèmes devant faire l'objet d'un traitement devraient être identifiés dans le cadre d'un processus de discussion avec la personne. Afin d'établir les priorités du traitement des comorbidités, il est nécessaire de clarifier la séquence d'apparition des problèmes. L'élaboration d'une ligne du temps peut aider à identifier à quel moment les diverses difficultés sont apparues. En comprenant la chronologie du développement des symptômes, il est alors possible d'établir plus précisément les priorités relatives au traitement des comorbidités et d'élaborer un traitement efficace, adapté aux besoins de la personne. [2004]

NOTE : La recommandation 1.3.5. a été modifiée afin de l'adapter au contexte québécois. Selon le guide original, le trouble de l'usage d'une substance devrait être traité en premier, puisque cela peut contribuer à une amélioration significative des symptômes du TAG. Cette recommandation n'est pas conforme aux recommandations du [Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances](#) et au [Plan d'action interministériel en dépendance 2018-2028](#).

La consommation abusive ou le trouble de l'usage de substances ne devrait pas être un motif d'exclusion pour le traitement des symptômes ou du TAG. En effet, les personnes présentant un trouble de l'usage d'une substance ne représentent pas nécessairement un défi particulier quant

³⁶ Shear, M. K., Brown, T. A., Barlow, D. H., Money, R., Sholomskas, D. E., Woods, S. W., Gorman, J. M., et Papp, L. A. (1997). « Multicenter collaborative panic disorder severity scale ». *The American journal of psychiatry*, 154(11), 1571–1575. <https://doi.org/10.1176/ajp.154.11.1571>

³⁷ Furukawa, T. A., Katherine Shear, M., Barlow, D. H., Gorman, J. M., Woods, S. W., Money, R., Etschel, E., Engel, R. R. et Leucht, S. (2009). « Evidence-based guidelines for interpretation of the Panic Disorder Severity Scale ». *Depression and anxiety*, 26(10), 922–929. <https://doi.org/10.1002/da.20532>

³⁸ Shear, M. K., T. A. Brown, D. H. Barlow, R. Money, D. E. Sholomskas, S. W. Woods, J. M. Gorman et L. A. Papp. (1997). Multicenter collaborative panic disorder severity scale. *The American Journal of Psychiatry*, 154(11), 1571–1575. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9356566/>

³⁹ McCord, D. M., et R. P. Provost (2020). « Construct Validity of the PHQ-9 Depression Screen: Correlations with Substantive Scales of the MMPI-2-RF ». *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, vol. 27, no 1, p. 150-157. Consulter au : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11556941/>

⁴⁰ Mundt, J. C., I. M. Marks, M. K. Shear et J. M. Greist. (2002). « The Work and Social Adjustment Scale: a simple measure of impairment in functioning », *The British Journal of Psychiatry*, vol. 180, no 5, p. 461-464. <https://doi.org/10.1192/bjp.180.5.461>

aux soins et services recommandés par les guides de pratique clinique. Puisque rien n'indique que l'abus de substances en soi rende les traitements habituels inefficaces, les personnes utilisatrices de services présentant un trouble de l'usage d'une substance devraient avoir accès aux traitements recommandés par le PQPTM. En effet, la plupart de ces personnes n'ont pas besoin de recevoir des traitements des services spécialisés en dépendance pour changer leurs habitudes de consommation puisqu'un grand nombre d'entre elles répondra 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 du [Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances](#), plus particulièrement dans les situations suivantes :

- Lorsque la personne présente un trouble de l'usage de l'alcool et d'une seconde substance, en plus de présenter un trouble mental fréquent tel que le TAS ;*
- Lorsque le trouble de l'usage d'une substance interfère avec la capacité de s'engager dans le traitement comme par exemple, lorsqu'une personne est incapable de se présenter sobre à ses rencontres, de mettre en pratique les exercices thérapeutiques ou s'absente à plus de deux rencontres malgré la mise en place d'un contrat thérapeutique et la révision de celui-ci⁴¹ .*

Attaques de panique au service des urgences

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

1.3.6 Si une personne se rend au service des urgences ou consulte dans un autre type de service pour une crise de panique, elle devrait :

- être questionnée afin de déterminer si elle reçoit déjà un traitement pour le trouble panique;
- être soumise au minimum d'évaluations nécessaires pour exclure des problèmes aigus de santé physique;
- habituellement, ne pas être hospitalisée en unité de psychiatrie ni dans un autre service;
- être orientée vers les services de première ligne ou les *services spécifiques en santé mentale* pour des soins et services subséquents, même si une évaluation a été effectuée au service des urgences;
- recevoir de l'information écrite appropriée sur les attaques de panique et les raisons pour lesquelles elle est orientée vers les services de première ligne ou les *services spécifiques en santé mentale*;

⁴¹ Improving access to psychological therapies (IAPT) positive practice guide for working with people who use drugs and alcohol. Consulter au : <https://www.drugwise.org.uk/wp-content/uploads/iapt-drug-and-alcohol-positive-practice-guide.pdf>

- se voir offrir de l'information écrite appropriée au sujet de ressources de soutien, incluant les organismes communautaires, les groupes de soutien, d'entraide ou d'autosoins offerts à l'échelle locale ou nationale. [2004]

TROUBLE PANIQUE – ÉTAPES 2 À 5

NOTE : La présentation des étapes 2 à 5 du modèle de soins par étapes a été regroupée afin de faciliter la compréhension.

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

Les guides du NICE et les recherches sur lesquelles ils s'appuient recommandent certains traitements, sans toutefois apporter suffisamment de précisions quant à leur nature pour distinguer, notamment, s'il s'agit de psychothérapie au sens de l'article 187.1 du Code des professions, ou plutôt d'interventions s'y apparentant. En effet, dans le cadre des guides du NICE, le mot « thérapie » est utilisé comme synonyme du terme « traitement » au sens générique et désigne un ensemble de mesures destinées à traiter un trouble, incluant la pharmacothérapie, la psychothérapie et les interventions s'y apparentant. En cohérence avec les guides du NICE, les recommandations des guides cliniques du PQPTM portant sur les traitements (en italiques et soulignées) utilisent donc le terme « thérapie » dans ce sens générique, englobant ainsi diverses modalités d'interventions. Il relève de la responsabilité de l'intervenant de s'assurer que l'intervention qu'il s'apprête à réaliser constitue ou non de la psychothérapie au sens de l'article 187.1 du Code des professions, en s'appuyant sur les divers documents issus des travaux interordres à ce sujet⁴². Il est à noter que, dans le cadre du PQPTM, l'abréviation TCC (thérapie cognitivo-comportementale) réfère à l'exercice de la psychothérapie cognitivo-comportementale.

ÉTAPE 2 : PERSONNES PRÉSENTANT DES SYMPTÔMES OU UN TROUBLE PANIQUE LÉGER OU MOYEN : OFFREZ LES TRAITEMENTS DANS LES SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE OU LES SERVICES SPÉCIFIQUES EN SANTÉ MENTALE

L'ensemble des options de traitement recommandées (autosoins, *interventions psychosociales*, *psychothérapie*, pharmacothérapie) reposent sur des données probantes et ont démontré leur efficacité. Le choix du traitement devra être établi en fonction de la *démarche évaluative* et de la prise de décision partagée.

- 1.3.7 L'option de traitement choisie devrait être disponible rapidement. [2004]
- 1.3.8 Les services offerts dans le cadre des services de première ligne ou des *services spécifiques en santé mentale* comportent des avantages (par exemple, un taux plus faible de personnes qui ne se présentent pas aux rendez-vous) et sont généralement préférés par les personnes utilisatrices de services. [2004]
- 1.3.9 Offrez l'un des traitements suivants aux personnes qui présentent des *symptômes ou* un trouble panique, légers ou moyens :
 - autosoins individuels non dirigés;
 - autosoins individuels dirigés.

⁴² OPQ. (2018). *L'exercice de la psychothérapie et des interventions qui s'y apparentent*. Document des travaux interordres. https://www.orientation.qc.ca/files/OPQ_TravauxInterordres_Complet_FINAL_Web.pdf

- 1.3.10 De l'information concernant les groupes de soutien devrait être offerte, s'il y a lieu. (Les groupes de soutien peuvent offrir des rencontres en personne ou par visioconférence, ou des contacts téléphoniques de soutien – pouvant s'appuyer sur les principes cognitivo-comportementaux. Ils peuvent également offrir de l'information additionnelle sur tous les aspects des troubles anxieux, ainsi que d'autres sources d'aide). [2004]
- 1.3.11 Les bienfaits de l'activité physique pour la santé en général, devraient être abordés avec toute personne qui présente des *symptômes* ou un trouble panique, le cas échéant. [2004]

Étape 3 : PERSONNES PRÉSENTANT DES SYMPTÔMES OU UN TROUBLE PANIQUE : REVUE DE LA SITUATION ET AUTRES TRAITEMENTS, SI APPROPRIÉ.

- 1.3.12 Envisagez d'orienter la personne qui présente des *symptômes* ou un trouble panique moyen ou grave (avec ou sans agoraphobie) vers les traitements suivants :
- intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou TCC;
 - antidépresseur, si les *symptômes* ou le trouble sont présents depuis longtemps ou que *les traitements non pharmacologiques* n'ont pas donné de résultats ou ont été refusés.

Traitements non pharmacologiques

- 1.3.13 Une intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une TCC devrait être utilisée. [2004]
- 1.3.14 Une intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une TCC devrait être offerte uniquement par des intervenants ayant reçu une formation pertinente, faisant l'objet de soutien clinique, et qui sont en mesure de démontrer qu'ils s'appuient de façon rigoureuse sur les protocoles *manualisés* basés sur des données probantes. [2004]
- 1.3.15 Une intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une TCC d'une durée optimale (7 à 14 heures au total) devrait être offerte. [2004]

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

- 1.3.16 Pour la plupart des personnes, l'intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou la TCC devrait prendre la forme de séances hebdomadaires d'une à deux heures, et être complétée dans un délai maximal de quatre mois après le début du traitement.
- 1.3.17 Une intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une TCC plus brève devrait être complétée par des informations ciblées et des tâches appropriées. [2004]
- 1.3.18 Lorsque l'intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou la TCC plus brève est offerte, elle devrait totaliser environ sept heures et être conçue de manière à intégrer du matériel d'autosoins structuré. [2004]

- 1.3.19 Pour quelques personnes, une intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une TCC plus intensive, sur une très courte période, peut s'avérer appropriée. [2004]

Pharmacothérapie

Au Québec, l'activité de prescrire des médicaments, est une activité réservée à certains professionnels habilités par le [Code des professions](#) et ses divers règlements tels que les codes de déontologie. La pratique de cette activité doit donc être réalisée dans le respect de ceux-ci, ainsi que du [Règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin](#) et de leurs obligations professionnelles, incluant les normes et standards de pratique.

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

Généralités

- 1.3.20 Les benzodiazépines sont associées à de moins bons résultats à long terme et ne devraient pas être prescrites pour le traitement des personnes qui présentent des *symptômes ou un trouble panique*. [2004]
- 1.3.21 Les antihistaminiques sédatifs et les antipsychotiques ne devraient pas être prescrits dans le traitement des *symptômes ou d'un trouble panique*. [2004]

Antidépresseurs

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

Selon les lignes directrices canadiennes sur le traitement de l'anxiété, tous les antidépresseurs de la classe des ISRS ainsi que venlafaxine à libération prolongée (IRSN) commercialisés au Canada sont des traitements de première intention dans le traitement des symptômes ou du trouble panique. De plus, bien que la clomipramine et l'imipramine (classe des ATC) aient démontré une efficacité équivalente aux ISRS, ils auraient tendance à être moins bien tolérés et seraient caractérisés par un taux plus élevé d'abandon que les ISRS, ce qui fait qu'ils devraient plutôt être considérés comme un traitement de deuxième intention⁴³.

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

⁴³ Katzman, M.A., Bleau, P., Blier, P. et al. (2014). Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. BMC Psychiatry 14. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-S1-S1>

1.3.22 Les aspects suivants doivent être considérés lors du choix du médicament à offrir :

- l'âge de la personne;
- la réponse aux traitements antérieurs;
- les risques :
 - le risque de surdose accidentelle par la personne ou d'autres membres de la famille, s'il y a lieu,
 - le risque d'automutilation, de *comportements autodestructeurs* ou de *passage à l'acte suicidaire*, notamment par surdose (*le plus haut risque est associé aux antidépresseurs tricycliques*) [2007];
- la tolérance au médicament;
- la possibilité d'interactions avec des médicaments concomitants;
- les préférences de la personne;
- le coût du traitement, si une efficacité équivalente a été démontrée.

Consultez également la recommandation [1.2.30](#) concernant les ISRS ou les IRSN [2004, modifié en 2020]

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 présentant une altération de leur état mental⁴⁴. 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.

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

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

Consultez également la recommandation [1.2.30](#) concernant les **ISRS** ou les **IRSN** [2004, modifié en 2020]

Conseillez à la personne, ainsi qu'à sa famille et son entourage s'il y a lieu, de ne pas hésiter à communiquer avec son prescripteur s'il éprouve des effets indésirables entre les rendez-vous ou rencontre des difficultés liées à l'arrêt du traitement.

1.3.24 Une personne qui commence un traitement par antidépresseur devrait être informée :

- du délai avant l'apparition des effets;
- de la durée du traitement;
- de la nécessité de prendre le médicament tel que prescrit; et

⁴⁴ Au moment de la diffusion de ce document, le texte de loi n'était pas encore disponible sur le site de *Légis Québec*; consulté le 21 octobre 2026.

- du risque de symptômes liés à l'arrêt du médicament ou de symptômes de retrait.
De l'information écrite, adaptée aux besoins de la personne, devrait être mise à sa disposition. [2004]
- 1.3.25 À moins d'indications contraires, un ISRS approuvé pour le traitement du trouble panique devrait être offert. [2004]
- 1.3.26 Si l'utilisation d'un ISRS ne convient pas, ou qu'aucune amélioration n'est constatée après un traitement de 12 semaines, et que la pharmacothérapie demeure appropriée, un ATC tel que l'imipramine ou la clomipramine peut être envisagée. [2004, modifiée en 2020]
- Lors de la publication du présent guide, l'imipramine et la clomipramine ne possédaient pas d'indication officielle pour le traitement des *symptômes* ou du trouble panique en Angleterre. Pour plus d'informations, consultez les recommandations du NICE concernant [la prescription de médicaments](#) (*en anglais seulement*).
- 1.3.27 Lorsqu'il recommande un antidépresseur, le *prescripteur* devrait considérer les éléments suivants :
- les effets secondaires, associés au début du traitement, peuvent être minimisés en commençant par une faible dose et en augmentant la dose progressivement jusqu'à l'obtention d'une réponse thérapeutique satisfaisante;
 - dans certains cas, les doses recommandées les plus élevées de l'intervalle posologique peuvent être nécessaires et devraient être proposées au besoin;
 - un traitement à long terme peut être nécessaire pour certaines personnes et devrait être offert si requis;
 - si la condition de la personne s'améliore au cours du traitement par antidépresseur, le médicament devrait être poursuivi pendant au moins 6 mois après l'atteinte de la dose optimale; cette dose peut par la suite être réduite graduellement. [2004]
- 1.3.28 Si aucune amélioration n'est constatée après un traitement de 12 semaines, un antidépresseur appartenant à une autre classe (si un autre médicament est approprié) ou une autre forme de traitement devrait être offert (voir recommandation 1.3.8). [2004]

Selon les lignes directrices canadiennes sur le traitement de l'anxiété, tous les antidépresseurs de la classe des ISRS commercialisés au Canada, de même que la venlafaxine à libération prolongée, sont des traitements de première intention du trouble panique⁴⁵.

- 1.3.29 La personne traitée devrait être informée de prendre le médicament tel que prescrit. Ceci peut être particulièrement important avec les médicaments ayant une courte demi-vie, afin d'éviter des symptômes liés à l'arrêt du traitement ou des symptômes de retrait. [2004]
- 1.3.30 Mettre fin brusquement au traitement par antidépresseur peut entraîner des symptômes liés à l'arrêt du traitement ou des symptômes de retrait. Afin de minimiser le risque que de tels symptômes surviennent lors de l'arrêt d'un antidépresseur, la dose devrait être diminuée graduellement sur une période prolongée. [2004]

⁴⁵ Katzman, M.A., Bleau, P., Blier, P. et al. (2014). *Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders*. BMC Psychiatry 14. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-S1-S1>

- 1.3.31 Toute personne à qui un antidépresseur est prescrit devrait être informée que, bien que le médicament ne soit pas associé à un phénomène de tolérance ou de dépendance, des symptômes liés à l'arrêt du traitement ou des symptômes de retrait peuvent survenir lorsque la prise du médicament est interrompue, lors de l'oubli de doses ou parfois, lorsque la dose du médicament est réduite. Ces symptômes sont généralement légers et transitoires, mais peuvent parfois être sévères, particulièrement si le médicament est arrêté brusquement. [2004]
- 1.3.32 Les intervenants devraient informer les personnes que les symptômes liés à l'arrêt du traitement ou les symptômes de retrait les plus fréquents sont les étourdissements, les engourdissements, les picotements, les troubles digestifs (en particulier la nausée et les vomissements), les maux de tête, la transpiration, l'anxiété et les troubles du sommeil. [2004]
- 1.3.33 Les intervenants devraient informer les personnes traitées qu'elles devraient demander conseil à leur prescripteur *ou leur pharmacien* si elles présentent des symptômes liés à l'arrêt du traitement ou des symptômes de retrait importants. [2004]
- 1.3.34 Si les symptômes liés à l'arrêt du traitement ou les symptômes de retrait sont légers, le *prescripteur* devrait rassurer la personne et effectuer un suivi des symptômes. Si une personne présente des symptômes graves après l'arrêt du traitement par antidépresseur, le *prescripteur* devrait envisager de reprendre le traitement (ou d'en prescrire un autre de la même classe mais ayant une demi-vie plus longue), pour ensuite diminuer graduellement la dose du médicament tout en effectuant un suivi des symptômes. [2004]

Étape 4 : PERSONNES PRÉSENTANT DES SYMPTÔMES OU UN TROUBLE PANIQUE: REVUE DE LA SITUATION ET ORIENTATION À PARTIR DE LA PREMIÈRE LIGNE VERS D'AUTRES SERVICES SI APPROPRIÉ

- 1.3.35 Dans la plupart des cas, lorsque deux traitements ont été mis en œuvre (toute combinaison d'autosoins, de *traitements non pharmacologiques* ou de pharmacothérapie), et que la personne présente toujours des symptômes significatifs, une orientation vers les *services spécialisés en santé mentale* devrait être offerte. [2004]

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

Étape 5 : RÉÉVALUATION ET SOINS ET SERVICES DANS LES SERVICES SPÉCIALISÉS EN SANTÉ MENTALE

- 1.3.36 Les *services spécialisés en santé mentale* devraient procéder à une réévaluation globale et approfondie de la situation, de l'environnement de la personne ainsi que de la dimension sociale. Elle devrait notamment porter sur les aspects suivants :
- les traitements antérieurs, y compris leur efficacité et l'adhésion à ces traitements⁴⁶;

⁴⁶ Dickinson, D., Wilkie, P., & Harris, M. (1999). *Taking medicines: concordance is not compliance*. BMJ (Clinical research ed.), 319(7212), 787. <https://doi.org/10.1136/bmj.319.7212.787>

- toute utilisation de substances, y compris la nicotine, l'alcool, la caféine et les drogues à usage récréatif;
- les comorbidités;
- le fonctionnement quotidien;
- le réseau social;
- les stressseurs chroniques;
- le rôle de l'agoraphobie et autres symptômes d'évitement.

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

Lors de la prescription d'inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS), soyez conscients de la nécessité de poser des questions concernant la consommation de cocaïne, *dans le cadre de l'évaluation* des interactions médicamenteuses, ainsi qu'à la nécessité d'éviter l'usage concomitant de plusieurs médicaments sérotoninergiques. Suivez les recommandations de sécurité de la [Medicines and Healthcare products Regulatory Agency \(MHRA\) concernant le citalopram](#), (*en anglais seulement*). [2004, modifié en 2020].

1.3.37 Effectuer cette évaluation *approfondie*, de même que recueillir et transmettre l'ensemble des renseignements pertinents peut exiger plus d'une rencontre, et devrait être offert. [2004]

1.3.38 Les *soins et services*, ainsi que le traitement devraient être basés sur la situation de la personne et sur une prise de décision partagée. Les options sont :

- traitement des comorbidités;
- *intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou TCC* offerte par un intervenant expérimenté, si celle-ci n'a pas déjà été offerte, incluant la possibilité d'offrir le traitement à domicile, s'il est difficile pour la personne de se rendre à l'établissement où le traitement est offert;
- exploration complète de la pharmacothérapie;
- soutien durant le jour, afin d'offrir un répit à *la famille et à l'entourage*;
- orientation pour obtenir des conseils, ou pour fin d'évaluation ou de traitement, vers des services *ou intervenants encore davantage* spécialisés. [2004]

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.

1.3.39 Il devrait y avoir une communication précise et efficace entre tous les intervenants impliqués dans la prestation des *soins et services* offerts à une personne qui présente des *symptômes ou* un trouble panique, particulièrement entre les intervenants des services de première ligne (ex. médecins de famille et équipe), et ceux des *services spécifiques ou spécialisés en santé mentale*, si la personne présente des problèmes de santé physique qui doivent également faire l'objet d'un *traitement*. [2004]

Suivi de l'évolution clinique des personnes présentant des *symptômes* ou un trouble panique

Traitements non pharmacologiques

- 1.3.40 Un processus permettant d'apprécier le progrès de la personne qui reçoit une intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une TCC devrait être en place. La nature de ce processus devrait être déterminée au cas par cas.

Le PQPTM soutient l'importance de la mesure clinique en continu pour effectuer le suivi de l'évolution clinique dans le cadre des traitements offerts. Les questionnaires d'appréciation validés recommandés dans le cadre du PQPTM sont présentés à la suite de la recommandation [1.3.45](#).

Pharmacothérapie

- 1.3.41 Lorsqu'un nouveau médicament est débuté, l'efficacité et les effets indésirables devraient être revus au cours des 2 semaines suivant le début du traitement, puis de nouveau à 4, 6 et 12 semaines. Suivez les indications relatives au produit et à la surveillance requise, telles que détaillées dans la monographie du produit. [2004]

Conseillez à la personne, ainsi qu'à sa famille et son entourage s'il y a lieu, de ne pas hésiter à communiquer avec son prescripteur s'il éprouve des effets indésirables entre les rendez-vous ou rencontre des difficultés liées à l'arrêt du traitement.

- 1.3.42 Après 12 semaines, l'efficacité du traitement devrait être évaluée et une décision devrait être prise, relativement à la poursuite du traitement ou à la pertinence d'en envisager un autre. [2004]
- 1.3.43 Si la prise du médicament se poursuit au-delà de 12 semaines, la personne devrait faire l'objet d'un suivi, à intervalles de 8 à 12 semaines, selon les progrès réalisés et les particularités de la situation de la personne. [2004]

Dans le cadre du PQPTM, le terme « suivi » réfère principalement à des contacts ayant pour but de s'assurer que l'amélioration observée à la fin du traitement se maintienne (notamment à l'aide de questionnaires d'appréciation) et que, si tel n'est pas le cas, la personne soit rapidement réorientée vers des soins et services répondant à ses besoins. Du soutien et certains conseils peuvent également être offerts dans le cadre de ces contacts.

Autosoins

- 1.3.44 Les personnes recevant des autosoins devraient se voir offrir la possibilité d'entrer en contact avec un intervenant, afin qu'un suivi des progrès réalisés soit effectué, et que des traitements alternatifs soient envisagés, si appropriés. La fréquence de ces contacts devrait être déterminée au cas par cas, mais sera probablement aux quatre à huit semaines. [2004]

Mesure clinique

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

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

Lors de la publication de ce guide en janvier 2022, les données probantes disponibles n'étaient pas suffisantes pour recommander formellement l'utilisation d'un questionnaire pour l'appréciation du trouble panique chez les adultes dans le cadre de la démarche évaluative. Il peut toutefois être pertinent d'utiliser deux questionnaires d'appréciation afin d'appuyer le suivi de l'évolution clinique, soit le questionnaire PDSS (Panic Disorder Severity Scale)^{47,48,49} pour le trouble panique et le questionnaire MIA (Mobility Inventory for Agoraphobia)⁵⁰ pour l'agoraphobie.

De plus, il est à noter que le questionnaire GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder - 7 items), utilisé pour repérer la présence d'un TAG⁵¹, présente une certaine sensibilité permettant d'apprécier la présence de symptômes anxieux. Finalement, l'appréciation du fonctionnement peut être réalisée avec le questionnaire Work and Social Adjustment Scale (WSAS)⁵², validé et traduit en français.

⁴⁷ Shear, M. K., Brown, T. A., Barlow, D. H., Money, R., Sholomskas, D. E., Woods, S. W., Gorman, J. M., et Papp, L. A. (1997). « Multicenter collaborative panic disorder severity scale ». *The American journal of psychiatry*, 154(11), 1571–1575. <https://doi.org/10.1176/ajp.154.11.1571>

⁴⁸ Houck, P. R., Spiegel, D. A., Shear, M. K. et Rucci, P. (2002). « Reliability of the self-report version of the panic disorder severity scale ». *Depression and anxiety*, 15(4), 183–185. <https://doi.org/10.1002/da.10049>

⁴⁹ Furukawa, T. A., Katherine Shear, M., Barlow, D. H., Gorman, J. M., Woods, S. W., Money, R., Etschel, E., Engel, R. R. et Leucht, S. (2009). « Evidence-based guidelines for interpretation of the Panic Disorder Severity Scale ». *Depression and anxiety*, 26(10), 922–929. <https://doi.org/10.1002/da.20532>

⁵⁰ Shear, M. K., T. A. Brown, D. H. Barlow, R. Money, D. E. Sholomskas, S. W. Woods, J. M. Gorman et L. A. Papp. (1997). Multicenter collaborative panic disorder severity scale. *The American Journal of Psychiatry*, 154(11), 1571–5.

⁵¹ Spitzer, R.L., K. Kroenke, J. B. W. Williams et B. Löwe (2006). *A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7*. Archives of internal medicine, vol. 166, no 10, p. 1092-1097

⁵² Mundt, J. C., I. M. Marks, M. K. Shear et J. M. Greist. (2002). « The Work and Social Adjustment Scale: a simple measure of impairment in functioning », *The British Journal of Psychiatry*, vol. 180, no 5, p. 461-464. <https://doi.org/10.1192/bjp.180.5.461>

2. RECOMMANDATIONS DE RECHERCHE

Au moment de la publication du présent guide en janvier 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* offerts aux personnes utilisatrices de services dans l'avenir. Les recommandations de recherche complètes émanant du Groupe de développement du guide de pratique figurent dans le guide de pratique complet.

Quelle est l'efficacité clinique de la sertraline, comparativement à celle de *l'intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou la TCC*, chez des personnes qui présentent des *symptômes ou un TAG*, n'ayant pas répondu aux autosoins dirigés ou à de *l'éducation psychologique* dans le cadre du modèle de soins par étapes ?

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

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

Pourquoi est-ce important ?

La sertraline et *l'intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou la TCC* sont toutes deux efficaces dans le traitement des *symptômes ou d'un TAG*, mais leur efficacité relative n'a pas été comparée. Dans un modèle de soins par étapes, *l'intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou la TCC* et la sertraline figurent toutes deux parmi les options thérapeutiques possibles, lorsque les interventions de l'étape 2 (autosoins dirigés et/ou *éducation psychologique*) n'ont pas donné lieu à une réponse satisfaisante sur le plan clinique. À l'heure actuelle, aucune donnée issue d'un essai clinique à répartition aléatoire ne permet de hiérarchiser les traitements pour l'étape suivante, et aucune information ne permet de déterminer quel

traitement particulier correspondrait davantage aux besoins spécifiques d'une personne qui présente des *symptômes* ou un TAG. Connaître les avantages relatifs de la sertraline et de *l'intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales* ou la TCC, à court et à long terme, pourrait également être utile pour orienter le traitement.

Comparaison de deux traitements reposant sur *l'intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales* ou la TCC assistés par les technologies de l'information et des communications (TIC) et les autosoins dirigés à l'aide de bibliographie à l'attente de services (groupe témoin) sur le plan de l'efficacité clinique et de l'efficience dans le traitement des *symptômes* ou du TAG ?

Dans les cas d'un TAG clairement défini, quelle est l'efficacité clinique et économique de *l'intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales* ou la TCC assistée par les technologies de l'information et des communications (TIC) et les autosoins dirigés à l'aide de bibliographie) comparativement à l'attente de services dans un groupe témoin ?

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

Pourquoi est-ce important ?

L'intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou la TCC est une option thérapeutique recommandée chez les personnes qui présentent des *symptômes* ou un TAG. Les *interventions utilisant des techniques cognitivo-comportementales assistées par les TIC* sont des interventions prometteuses pour le TAG, mais les données disponibles à ce sujet sont modestes pour l'instant. C'est pourquoi il est important de déterminer si ces interventions sont efficaces cliniquement et économiquement, qui devraient être offerts dans le traitement des *symptômes* ou du TAG et comment elle se compare à d'autres interventions tels que les autosoins dirigés à l'aide de bibliographie. Les résultats de cette étude entraîneront des répercussions importantes sur la prestation, l'accessibilité et l'acceptabilité des traitements offerts par le National Health Service (NHS) de l'Angleterre.

Efficacité de l'activité physique comparativement à l'attente de services (groupe témoin) dans le traitement des *symptômes* ou du TAG

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

Pour répondre à cette question, un essai clinique à répartition aléatoire devrait être mené auprès de personnes qui présentent des *symptômes* ou un TAG ont reçu de l'information au sujet de leur trouble (tel que décrit à l'étape 1) et passent à l'étape 2. La durée de l'attente de services pour le groupe témoin devrait être de 12 semaines. Les variables à l'étude devraient comprendre des

mesures effectuées par l'observateur et par le participant en ce qui concerne les symptômes cliniques, les aspects du fonctionnement spécifiques à un TAG et la qualité de vie.

Pourquoi est-ce important ?

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

Efficacité de la camomille et du Ginkgo biloba dans le traitement des *symptômes ou* du TAG

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

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

Pourquoi est-ce important ?

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

Comparaison sur le plan de l'efficacité clinique et de l'efficience, des soins usuels avec les soins relevant d'une approche collaborative offerts dans le cadre des services de première ligne pour améliorer le traitement des *symptômes ou* du TAG

Comparativement aux soins usuels, l'adoption d'une approche collaborative dans le cadre des services de première ligne offre-t-elle des avantages et permet-elle d'améliorer le traitement des *symptômes ou* du TAG ?

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

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

Pourquoi est-ce important ?

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

Comparaison de deux traitements de basse intensité reposant sur des techniques cognitivo-comportementales (intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales assistées par les technologies de l'information et des communications (TIC) et autosoins dirigés à l'aide de bibliographie) à l'attente de services (groupe témoin) sur le plan de l'efficacité clinique et de l'efficacité dans le traitement des *symptômes ou* du trouble panique

Dans les cas d'un trouble panique clairement défini, quelle est l'efficacité clinique et économique de deux traitements utilisant des techniques cognitivo-comportementales (*intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales assistées par les technologies de l'information et des communications (TIC)*) et autosoins dirigés à l'aide de bibliographie) comparativement à l'attente de services dans un groupe témoin ?

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

Pourquoi est-ce important ?

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

3. INFORMATION SUPPLÉMENTAIRE ET DÉTAILS SUR LE COMITÉ DU NICE

Pour des recommandations du NICE sur des sujets connexes, y compris les lignes directrices en cours d'élaboration, veuillez consulter la [page thématique du NICE sur l'anxiété](#).

Pour plus de détails sur les données probantes et les délibérations du comité d'élaboration des lignes directrices, veuillez vous référer à la [revue des preuves](#). Vous y trouverez également des informations sur la [manière avec laquelle le guide de pratique clinique a été élaboré](#), y compris les [détails sur le comité](#).

Le NICE a développé des [outils et ressources pour vous aider à mettre en œuvre le présent guide de pratique clinique](#). Pour obtenir une aide générale et des conseils sur la mise en œuvre de ces lignes directrices, consultez les [ressources destinées à faciliter l'implantation des recommandations](#).

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.

Juin 2020

Les informations concernant la classe des antidépresseurs adaptés pour le traitement du trouble panique à plus long terme ont été mises à jour pour inclure les IRSN; elles offrent des détails concernant les médicaments autorisés dans le traitement de ce trouble.

Les mises en garde de la MHRA concernant la prescription de citalopram et ISRS ont été ajoutées aux recommandations appropriées.

Juillet 2019

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

La recommandation 1.3.38 a également été modifiée afin de retirer la résolution de problème structurée comme choix de traitement inclus par erreur dans le guide original.

Mises à jour mineures depuis la publication

Mai 2024

Le comité du NICE a 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 tels que le [Guide de pratique clinique du NICE sur l'expérience des personnes utilisatrices de services relativement aux services offerts aux adultes par le NHS](#)⁵³ (*en anglais seulement*). Il s'agit uniquement d'un changement de présentation, sans aucune intention de modification dans la pratique

Juillet 2022

Un lien a été ajouté vers [les mises en garde de la MHRA sur la prégabaline lors de la grossesse](#) à la recommandation 1.2.25.

Juin 2018

La recommandation 1.2.14 a été modifiée afin d'y inclure *l'intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou la TCC* afin d'être en cohérence avec les meilleures pratiques ainsi que le contenu d'autres guides NICE.

⁵³ NICE (2011). Service user experience in adult mental health: improving the experience of care for people using adult NHS mental health services. [Service user experience in adult mental health: improving the experience of care for people using adult NHS mental health services](#)

La recommandation 1.2.7 a été modifiée afin d'y inclure un lien vers les données probantes les plus récentes concernant l'utilisation des antipsychotiques pour le traitement des *symptômes ou* du TAG.

La recommandation 1.3.10 sur les traitements de basse intensité pour les symptômes ou le trouble panique légers ou moyens et 1.3.13 sur les traitements pour les symptômes ou le trouble panique moyens à graves ont été ajoutées, issus du guide de pratique du NICE sur les troubles mentaux fréquents. La recommandation de la section 1.2 concernant le modèle de soins par étapes pour les personnes qui présentent des symptômes ou un trouble panique a été réorganisée.

Les recommandations suivies de **[date 1, modifié date 2]** ont fait l'objet d'une revue des données à la date 1. La date de modification indique que l'intention de la recommandation a été changée sans une revue des données.

ANNEXE 1 : TERMES UTILISÉS

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

Appréciation

Dans le cadre du PQPTM, réfère à une « Activité qui se définit par une prise en considération des indicateurs (symptômes, manifestations cliniques, difficultés ou autres) obtenus à l'aide d'observations cliniques, de tests ou d'instruments⁵⁴, par exemple, des questionnaires d'appréciation. L'appréciation des symptômes et du fonctionnement est la première activité prévue à la démarche évaluative.

Autosoins dirigés

Les autosoins dirigés impliquent l'utilisation de documents écrits, de manuels d'autosoins ou de matériel électronique reposant sur les principes des modèles théoriques cognitivo-comportementaux. Les autosoins dirigés peuvent également être assistés par les technologies de l'information et des communications (TIC). En général, un intervenant ayant reçu une formation pertinente, présente le matériel aux personnes et les soutient dans leur utilisation.

Autosoins non dirigés

Les autosoins non dirigés (aussi appelés autosoins purs ou bibliothérapie) réfèrent à l'utilisation de matériel écrit, électronique, ou de technologies de l'information et des communications, s'appuyant sur les principes des modèles théoriques cognitivo-comportementaux. Ils se caractérisent généralement par un minimum d'interventions avec un intervenant (par exemple, des entretiens téléphoniques occasionnels de 5 minutes ou moins) et des consignes afin que la personne utilisatrice de services puisse travailler de façon autonome et systématique à l'aide du matériel proposé pendant au moins 6 semaines.

Éducation psychologique

L'éducation psychologique réfère à l'enseignement de connaissances et d'habiletés spécifiques visant à maintenir et à améliorer l'autonomie ou la santé de la personne, ainsi qu'à prévenir l'apparition de problèmes de santé, incluant la santé mentale. Cet enseignement peut porter, par exemple, sur la nature de la maladie, ses manifestations, ses traitements, incluant le rôle que peut jouer la personne, ainsi que sur des techniques de gestion de stress, de relaxation ou d'affirmation de soi.⁵⁵ L'éducation psychologique peut être offerte à toutes les étapes du processus de soins et de services. La littérature de langue anglaise recensée utilise fréquemment le terme « psychoeducation »

Éducation psychologique en groupe

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

⁵⁵ Règlement sur le permis de psychothérapeute, (art., 6. C-26, r. 222.1. Consulté au : <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cr/C-26,%20r.%20222.1%20/>

séances hebdomadaires de deux heures, et le groupe a un ratio d'environ 12 participants par intervenant.

Évaluation

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. Ces évaluations dites réservées ne peuvent être effectuées que par les professionnels habilités⁵⁶.

Évaluation du trouble mental

Évaluation visant à confirmer la présence d'un trouble mental, c'est-à-dire à se prononcer sur la nature des « affections cliniquement significatives, caractérisées par le changement du mode de pensée, de l'humeur (affects), du comportement associé à une détresse psychique et/ou à une altération des fonctions mentales⁵⁷ ». L'évaluation du trouble mental peut également permettre d'évaluer la sévérité des troubles mentaux en fonction de trois facteurs : la sévérité des symptômes, la durée des symptômes et l'altération du fonctionnement associée (par exemple, sur le plan de la vie sociale, scolaire ou professionnelle).

Des symptômes ou un trouble légers correspondent généralement à une situation dans le cadre de laquelle les symptômes principaux sont peu nombreux et/ou peu intenses. Ils ont généralement peu d'impact sur le fonctionnement et peuvent être gérés avec un peu d'aide. Des symptômes ou un trouble moyens correspondent à une situation dans le cadre de laquelle les symptômes principaux sont plus nombreux et plus prononcés. Ces symptômes ont un impact plus important sur le fonctionnement. Finalement, des symptômes ou un trouble graves correspondent à une situation dans le cadre de laquelle de nombreux symptômes présents sont graves (intensité importante). Ces symptômes ont un impact majeur sur le fonctionnement de la personne.

Évaluation de la sévérité des troubles mentaux fréquents

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

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

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

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

⁵⁶ Office des professions (2021). Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines : Guide explicatif. Montréal (Qc), 130 p. https://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

⁵⁷ Idem

Famille et de l'entourage

Dans le cadre du PQPTM, ce terme inclut les parents, les membres de la fratrie, les familles d'accueil, les conjoints, les enfants, les amis ou toute autre personne concernée par leur processus de rétablissement. Le titulaire de l'autorité parentale et/ou le représentant légal de l'enfant ou de l'adolescent sont généralement inclus.

Intervenant

Terme générique qui, dans le cadre du PQPTM, désigne l'ensemble des personnes offrant des soins et services à l'enfant ou à l'adolescent, incluant les médecins, les intervenants membres d'un ordre professionnel ainsi que ceux ne faisant pas partie d'un ordre professionnel.

Intervention

Dans le cadre du PQPTM, cette appellation désigne tout type d'aide qui n'est pas de la psychothérapie mais qui s'y apparente.

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, tel que défini dans la loi⁵⁸.

Mesure clinique

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

Modèle de soins par étape

Modèle de prestation et de suivi des traitements selon lequel les interventions les plus efficaces, les moins intrusives et les moins exigeantes sur le plan des ressources sont utilisées en premier. Le modèle de soins par étapes comporte un mécanisme intégré d'autocorrection faisant en sorte que les personnes à qui les traitements initiaux ne procurent pas de bienfaits puissent passer à l'étape supérieure afin de recevoir un traitement d'une plus haute intensité, s'il y a lieu.

Le modèle des soins adaptés respecte les principes des soins par étapes, mais tient compte d'autres facteurs tels que le tableau clinique, les expériences antérieures de la personne utilisatrice de services en matière de traitement, ainsi que ses choix et ses préférences. Dans le cadre du PQPTM, le modèle de soins par étapes englobe les caractéristiques du modèle de soins

Personnes proches aidantes

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

Le soutien apporté est continu ou occasionnel, à court ou à long terme, et est offert à titre non professionnel, de manière libre, éclairée et révoquant, dans le but, notamment, de favoriser le rétablissement de la personne aidée, le maintien et l'amélioration de sa qualité de vie à domicile ou dans d'autres milieux de vie⁵⁹».

⁵⁸ Code des professions, L.R.Q., c. C-26. Consulter au : <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showDoc/cs/C-26?&digest=>

⁵⁹ Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2021). Politique nationale pour les personnes proches aidantes - Reconnaître et soutenir dans le respect des volontés et des capacités d'engagement. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003000>

Professionnel

Dans le cadre du PQPTM, le terme professionnel désigne toute personne qui est titulaire d'un permis délivré par un ordre professionnel et qui est inscrite au tableau de ce dernier, y compris les médecins⁶⁰.

Professionnel dûment habilité

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

Professionnel autorisé à prescrire

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

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

Dans ce guide de pratique, elle réfère à une intervention faisant appel aux techniques cognitivo-comportementales et exécutée au moyen d'un programme informatique sur un ordinateur ou en ligne. Le programme devrait comprendre des explications sur le modèle cognitivo-comportemental, inciter l'utilisateur à accomplir des tâches entre les séances, 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 divers éléments. Ce traitement devrait comprendre le soutien d'un intervenant ayant reçu une formation pertinente, se limitant généralement à de l'assistance pour l'utilisation du matériel, ainsi qu'à un suivi de l'évolution et des résultats du traitement. L'intervention se déroule habituellement en 9 à 12 semaines, ce qui comprend le suivi.

Psychothérapie

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 la personne, 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 soutien⁶¹.

Psychothérapie cognitivo-comportementale (TCC)

La psychothérapie cognitivo-comportementale réfère à une psychothérapie structurée et limitée dans le temps, issue du modèle théorique cognitivo-comportemental. Elle vise à permettre à la personne de : reconnaître les types de pensées, de croyances et d'interprétations, et leurs effets sur les symptômes, états émotionnels et/ou problèmes actuels, développer des compétences pour reconnaître, surveiller, puis remplacer les pensées, croyances et interprétations erronées associées aux problèmes ciblés par d'autres, plus réalistes et adaptées; développer diverses stratégies d'adaptation plus appropriées.

⁶⁰ Idem

⁶¹ Code des professions, art. 187.1 (L.R.Q., c. C-26.) Consulter au : <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showDoc/cs/C-26?&digest=>

Rechute

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

Repérage

Dans le cadre du PQPTM, le repérage 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. Le repérage consiste, en fait, à relever des indices de trouble non encore identifiés ou de facteurs de risques; il ne repose pas sur un processus systématisé, mais s'appuie plutôt sur la sensibilité des intervenants auxdits indices. Dans le cadre du PQPTM, le repérage est effectué avant la démarche évaluative proprement dite.

Relaxation appliquée

Dans ce document la relaxation appliquée se concentre sur l'application de techniques de relaxation musculaire dans des situations où la personne vit ou pourrait vivre de l'anxiété et lui permet d'agir rapidement en réponse à l'anxiété ou à des préoccupations. La relaxation appliquée suit un protocole clair, se déroule sur 12 à 15 séances (un moins grand nombre de séances si la personne se rétablit plus tôt, ou plus de séances si nécessaire sur le plan clinique), d'une durée d'une heure chacune et est réalisée par des praticiens formés à l'utilisation de techniques cognitivo-comportementale. Dans le cadre des travaux du NICE, les auteurs clés identifiés pour la relaxation appliquée sont : Ost (1987)⁶², Bernstein et Borkovec (1973)⁶³ ainsi que Davis, Eshelman et McKay (1995)⁶⁴.

Soins et Services

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

Services de première ligne

Dans ce guide, les services de première ligne sont constitués des services de soins primaires offerts par divers intervenants dans la communauté. Ces services représentent le premier niveau d'accès du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS). Ils peuvent s'adresser à la population en général, comme dans le cas des services psychosociaux généraux, ou à des clientèles plus spécifiques, tels les services pour les personnes présentant une déficience physique, intellectuelle, un TSA, ou un trouble lié à l'usage d'une substance⁶⁵.

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

Ces services sont structurés sur une base régionale, mais ils sont offerts sur une base locale ou régionale. Ils visent à aider les personnes présentant des problèmes de santé mentale complexes, et les difficultés qui y sont associées. Ils s'appuient généralement sur une infrastructure importante et une technologie avancée, ainsi que sur une expertise pointue, tout en étant relativement répandue. Dans la grande majorité des cas, les intervenants de ces services offrent des soins et

⁶² Öst Lars-Göran. (1987). Applied relaxation: description of a coping technique and review of controlled studies. *Behaviour Research and Therapy*, 25(5), 397–409. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(87\)90017-9](https://doi.org/10.1016/0005-7967(87)90017-9)

⁶³ Bernstein, D. A., Borkovec, T. D., & Borkovec, T. D. (1973). *Progressive relaxation training : a manual for the helping professions*. Research Press

⁶⁴ Davis, M., Eshelman, E. R. et McKay, M. (1995) *The Relaxation and Stress Reduction Workbook*. 4th ed. Oakland, California: New Harbinger. 277 p.

⁶⁵ Ministère de la Santé et des Services sociaux (2004). L'architecture des services de santé et des services sociaux : Les programmes-services et les programmes-soutien. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2004/04-710-01.pdf>

services aux personnes qui leur sont orientées, en soutien aux intervenants des services spécifiques. Ils peuvent également agir comme consultants auprès de ces derniers.

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

Les services spécifiques s'appuient sur des infrastructures relativement légères. Ils s'adressent aux personnes présentant des symptômes ou un trouble de santé mentale. Trois grands rôles sont dévolus à l'équipe des services spécifiques en santé mentale soit, évaluer, à l'aide d'outils cliniques reconnus, les demandes lui étant acheminées, offrir des soins et des services basés sur les données probantes et les guides de pratique clinique, en tenant compte de la famille et de l'entourage, ainsi qu'offrir un certain soutien aux partenaires à l'intérieur et à l'extérieur de l'établissement, y compris certains organismes communautaires.

Symptômes somatiques

Symptômes physiques de troubles mentaux fréquents qui font partie d'un ensemble de symptômes dont la présence est requise pour émettre une conclusion relative à la présence d'un trouble mental. Les symptômes somatiques peuvent comprendre les palpitations ou la tension musculaire dans le cas des troubles anxieux, ou encore la léthargie et les troubles du sommeil dans le cas du trouble dépressif. Dans certains cas, il peut s'agir des premiers symptômes principaux que présente une personne. Ces symptômes ne font pas l'objet d'un trouble distinct et doivent être distingués des troubles de symptôme somatique et troubles connexes⁶⁶ et des symptômes médicalement inexpliqués.

Surveillance active

Processus actif d'appréciation et de suivi de l'évolution clinique (symptômes et fonctionnement), auquel s'ajoutent des conseils et du soutien à une personne utilisatrice de services, présentant, généralement, un trouble mental fréquent léger pouvant se résoudre spontanément ou chez qui la présence d'un tel trouble est soupçonnée. La surveillance active implique de discuter des problèmes et des préoccupations de la personne, ainsi que de fournir des informations sur la nature et l'évolution du trouble. Elle implique également d'organiser un rendez-vous de suivi, normalement à l'intérieur de deux semaines, et de communiquer avec la personne si elle ne se présente pas au rendez-vous.

Trajectoire de services

Les trajectoires de services décrivent le cheminement clinique le plus efficace et le plus efficient permettant aux personnes d'avoir accès rapidement aux services dont elles ont besoin d'une manière coordonnée. Les trajectoires doivent respecter les standards d'accès et de continuité⁶⁷.

Traitement

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

Trouble de l'usage d'une substance

Dans le cadre du PQPTM, il désigne un état se caractérisant par un ensemble de symptômes cognitifs, comportementaux et physiologiques indiquant que le sujet continue à consommer une substance malgré des problèmes significatifs qui en découlent⁶⁸.

⁶⁶ American Psychiatric Association (APA) (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5) (5^e Éd.). Washington, D.C., É.-U.: American Psychiatric Association Publishing. 991 pages.

⁶⁷ Ministère de la santé et des services sociaux (2008). Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience : Afin de faire mieux ensemble. Consulté au : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2008/08-848-01.pdf>

⁶⁸ American Psychiatric Association (APA) (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5) (5^e Éd.). Washington, D.C., É.-U.: American Psychiatric Association Publishing. 991 pages.

ANNEXE 2 : FORCE DES RECOMMANDATIONS

Les recommandations du présent guide de pratique représentent le point de vue adopté par le NICE après un examen minutieux des données probantes disponibles, en tenant compte du compromis entre les bénéfices et les effets néfastes associés à un soin ou à un service. Certaines recommandations du NICE peuvent être émises avec plus de certitude que d'autres. La formulation utilisée dans chaque recommandation du guide reflète le niveau de certitude avec laquelle la recommandation est émise (force de la recommandation) selon l'analyse des données pertinentes effectuée par le NICE.

Indépendamment de la force de certaines recommandations, le NICE rappelle l'importance de discuter avec la personne utilisatrice de services des risques et des avantages des divers soins et services, ainsi que de ses valeurs et préférences. Cet échange a pour objectif de lui permettre de parvenir à une décision pleinement éclairée quant aux soins et services qui lui sont offerts.

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

Règle générale, les termes « doit » ou « ne doit pas » sont utilisés lorsqu'il y a une obligation légale d'appliquer la recommandation. Ils peuvent également être employés lorsque le fait de ne pas suivre la recommandation risque d'entraîner des conséquences graves ou de mettre la vie de la personne en danger. Des formulations semblables, telles que « n'offrez pas », sont utilisées lorsque le NICE est confiant quant au fait qu'un service ne sera pas bénéfique pour la plupart des personnes utilisatrices de services.

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

L'expression « offrez » (ou des formulations semblables telles que « orientez vers » ou « conseillez ») est généralement utilisée lorsque le NICE est sûr que, pour la vaste majorité des personnes utilisatrices de services, un soin ou service fera plus de bien que de mal et sera rentable.

Les soins et les services auxquels on peut avoir recours

Le terme « envisagez » est employé lorsque le NICE est sûr qu'un soin ou service fera plus de bien que de mal à la plupart des personnes utilisatrices de services et qu'il sera rentable, mais que d'autres options pourraient être tout aussi rentables. Dans ces cas-là, le choix de recourir ou non à ce soin ou service dépendra donc davantage des valeurs et préférences de la personne que dans le cas de soins et services fortement recommandés. Le choix du soin ou service devra ainsi s'appuyer sur une discussion encore plus approfondie entre l'intervenant et la personne.

Formulation des recommandations adaptées provenant d'autres guides de pratique

Le NICE a commencé à utiliser cette façon de faire afin de tenir compte de la force des recommandations de guides de pratique élaborés après la publication du manuel sur la rédaction des guides de pratique (janvier 2009). Ces précisions ne s'appliquent pas à toutes les adaptations d'une recommandation qui proviennent d'un guide de pratique dont la réalisation a débuté avant cette date. Plus particulièrement, le verbe « envisagez » ne reflète pas nécessairement la force des recommandations adaptées.

