



TROUBLES MENTAUX FRÉQUENTS : REPÉRAGE ET TRAJECTOIRES DE SERVICES

GUIDE DE PRATIQUE CLINIQUE

19-914-20W

ÉDITION

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

Le présent document s'adresse :

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

Il est disponible uniquement en version électronique à l'adresse :

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

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

DÉPÔT LÉGAL

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2019

Bibliothèque et Archives Canada, 2019

ISBN : 978-2-550-84863-9 (PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2019

LISTE DES COLLABORATEURS

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

Direction générale adjointe des services de santé mentale et de psychiatrie légale

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

Monsieur Daniel Corbeil, directeur général adjoint par intérim des services de santé mentale et de psychiatrie légale

Direction du PQPTM

Monsieur Daniel Corbeil, directeur général adjoint par intérim 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 clinique du sous-comité clinico-organisationnel du PQPTM

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

Pilote organisationnelle du sous-comité clinico-organisationnel du PQPTM

Madame Isabelle Gaudet, ergothérapeute, Direction générale adjointe des services de santé mentale et de psychiatrie légale

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

Madame Sandra Bellemare, travailleuse sociale, conseillère au mécanisme d'accès, trajectoire et gouvernance

Monsieur Steve Castonguay, représentant de la Direction du soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA) et conseiller au monitoring

Madame Karine Desharnais, pharmacienne, conseillère pharmaceutique

Madame Alexandra Dion, psychoéducatrice, conseillère à la contextualisation

Madame Isabelle Gaudet, ergothérapeute, conseillère à la contextualisation

Madame Karine Gaudreault, travailleuse sociale, conseillère à la contextualisation

Madame Marie-Josée Lemieux, psychologue, conseillère au contenu de formation et déléguée de l'Ordre des psychologues du Québec

Madame Isabelle Murray, infirmière, conseillère au développement des capsules de formation

Madame Kadiatou Sow, conseillère à la performance, Ministère de la santé et des services sociaux

Madame Ghitza Thermidor, psychoéducatrice, conseillère à la contextualisation

Autres membres du sous-comité clinico-organisationnel du PQPTM

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

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

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

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

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

Membres du comité directeur du PQPTM

Représentants du Ministère de la Santé et des Services Sociaux

Monsieur Daniel Corbeil, directeur général adjoint par intérim des services de santé mentale et de psychiatrie légale

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

Madame Sandra Bellemare, travailleuse sociale, cheffe du PQPTM

Madame Chantal Caron, médecin conseil contractuel, pilote clinique du sous-comité clinico-organisationnel

Madame Isabelle Gaudet, ergothérapeute, pilote organisationnel du sous-comité clinico-organisationnel

Monsieur Michel Gilbert, psychoéducateur pilote du sous-comité déploiement du PQPTM, coordonnateur du Centre national d'excellence en santé mentale

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

Représentants des Ordres professionnels et du Collège des médecins du Québec

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

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

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

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

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

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

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

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

Docteur Jean-Bernard Trudeau, secrétaire adjoint à la Direction générale, représentant du Collège des médecins du Québec

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

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

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

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

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

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

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

Traduction et révision linguistique

Madame Isabelle Simard, traductrice agréée

Conseillères scientifiques

Madame Karine Gaudreault, travailleuse sociale

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

AVIS AUX LECTEURS

Ce guide conçu originalement par le National Institute for Health and Care Excellence (NICE) de l'Angleterre a été traduit à la demande du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du Québec dans le cadre du Programme québécois pour les troubles mentaux : des autosoins à la psychothérapie (PQPTM). L'autorisation préalable du NICE a été obtenue pour le traduire, et la Direction générale des services de santé mentale et de psychiatrie légale du MSSS a obtenu les droits de l'adapter pour le rendre conforme au contexte des soins, des services et de l'organisation du système de santé québécois, ainsi qu'à sa législation spécifique (contextualisation). Ainsi, certains termes, hyperliens ou lois figurant dans le texte original ont été remplacés pour les rendre conformes à la réalité du Québec. Dans ce guide, les ajouts du MSSS découlant de travaux de contextualisation sont identifiés en italique. Une équipe composée de membres du personnel du MSSS et de différents professionnels a participé au projet d'adaptation et à la mise en contexte. Le document a ensuite été soumis au sous-comité clinico-organisationnel, puis au comité directeur du PQPTM.

Le guide original se base sur les différentes éditions du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM) et sur la Classification internationale des maladies (CIM-10 ou CIM-11). Notez que la version québécoise de ce guide emploie les termes utilisés dans la version française du DSM-IV ou du DSM-5, selon le trouble mental.

Certains titres anglais auxquels fait référence le guide original ont été conservés puisqu'ils n'ont pas encore fait l'objet d'une traduction. Une mention (anglais seulement) est alors présente dans le texte.

Un lexique ([annexe 1](#)) mis à votre disposition comprend les définitions de certains termes utilisés dans le présent guide et permet d'assurer une compréhension commune.

De plus, le Québec est l'un des seuls endroits au monde où la psychothérapie est encadrée légalement. Les articles de recherche utilisent largement les expressions « therapy » et « psychotherapy » sans toutefois que les activités auxquelles ils font référence soient nécessairement de la psychothérapie au sens de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines¹. Un travail minutieux a été effectué en collaboration avec l'équipe du PQPTM pour retracer les articles de recherche à la base des recommandations de ce guide du NICE afin de pouvoir préciser si, pour chaque recommandation, il est question de psychothérapie ou non, au sens de la loi. La tâche n'est toutefois pas simple, car les articles de recherche à la base de ces recommandations n'ont pas été construits dans l'optique de fournir, dans chaque cas, toute l'information nécessaire permettant de distinguer les psychothérapies des interventions qui s'y apparentent, mais qui n'en sont pas. Il a été possible de retracer, pour plusieurs, les traitements manualisés afin de les analyser à la lumière de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines, et plus particulièrement du document

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

découlant des travaux interordres : « L'exercice de la psychothérapie et des interventions qui s'y apparentent – Trouver la frontière entre les interventions de différents professionnels et la psychothérapie ».

Au moment de la première publication de ce guide par le MSSS, en septembre 2019, les travaux d'analyse des écrits scientifiques n'étaient pas entièrement terminés pour l'ensemble des troubles mentaux fréquents dont traite ce guide de pratique. En effet, les analyses ont été terminées en ce qui concerne le traitement de l'anxiété généralisée et du trouble panique, mais elles ne le sont pas pour le traitement du trouble dépressif, du trouble obsessionnel-compulsif et du trouble stress post-traumatique. Notez également que les recommandations spécifiques en ce qui a trait aux traitements de l'anxiété sociale ne sont pas intégrées à ce guide de pratique.

Afin d'identifier clairement dans le texte les passages au sujet desquels les travaux ne sont pas terminés, l'équipe du PQPTM a choisi de conserver les termes anglais utilisés dans le guide original du NICE et de les identifier en les soulignant. À l'inverse, les traitements qui apparaissent en français indiquent que les analyses sont terminées.

Ainsi, vous pourrez lire des recommandations de traitement telles que les suivantes :

- pour le traitement du trouble dépressif à l'étape 3 : cognitive behavioural therapy, interpersonal therapy, behavioural couples therapy, counselling, short-term psychodynamic psychotherapy, activation comportementale et antidépresseurs
- pour le traitement de l'anxiété généralisée à l'étape 3 : psychothérapie cognitivo-comportementale ou programme d'intervention individuel adapté utilisant des techniques cognitivo-comportementales

L'équipe du PQPTM poursuivra ses travaux, de concert avec les ordres concernés, afin d'actualiser ces conclusions en tenant compte de toutes les données disponibles.

Finalement, ce guide rassemble les recommandations de différents guides de pratique publiés, auxquelles s'ajoutent des recommandations concernant l'accès aux soins et aux services liés aux troubles mentaux fréquents chez les adultes. Tous les traitements abordés dans ce guide ont leur importance et leur utilité lorsqu'ils sont offerts au moment opportun, dans le bon contexte et dans le respect des besoins et des valeurs de la personne. De plus, il est à noter que la personne utilisatrice de services présentant un trouble mental fréquent pourrait avoir d'autres comorbidités ou besoins sur les plans de la santé, de la vie familiale, de la vie sociale, de l'éducation et de l'emploi. Il importe donc de s'attarder à ces besoins afin d'offrir des interventions complémentaires au PQPTM, s'il y a lieu. Il peut donc s'avérer nécessaire, à différentes étapes vers le rétablissement, d'impliquer d'autres intervenants selon leur champ d'exercice, leurs activités réservées et en fonction des besoins que présentera la personne ayant un trouble mental fréquent. L'implantation d'un tel guide de pratique clinique doit s'intégrer aux soins et aux services existants et aux bonnes pratiques régies par les ordres professionnels dans le système de santé québécois.

L'équipe de traduction et de contextualisation

VOS RESPONSABILITÉS

Les recommandations figurant dans le présent guide de pratique représentent le point de vue qu'a adopté le NICE après un examen minutieux des données probantes disponibles. Il est attendu que, lorsqu'ils exercent leur jugement clinique, les intervenants, tiennent entièrement compte de ce guide de pratique, de même que des besoins particuliers, des préférences et des valeurs de la personne utilisatrice des services. La mise en application des recommandations n'est pas obligatoire, et le guide de pratique ne l'emporte pas sur la responsabilité de prendre les décisions appropriées en fonction de la situation d'une personne, et ce, en consultation avec cette dernière de même qu'avec les membres de son entourage, son tuteur *ou son curateur*.

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

Les établissements publics de santé et des services sociaux et les fournisseurs sont responsables de favoriser l'adoption de pratiques respectueuses de l'environnement dans le cadre du régime de services de santé et de services sociaux et devraient privilégier l'intégration volontaire du développement durable dans la mise en œuvre des recommandations de ce guide de pratique ([Plan d'action de développement durable 2016-2020](#) du MSSS).

APERÇU

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

À qui s'adresse le guide de pratique?

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

Au besoin, un document d'information à l'intention du public vulgarisant les recommandations contenues dans ce guide est disponible et peut être consulté.

TABLE DES MATIÈRES

AVIS AUX LECTEURS.....	IV
VOS RESPONSABILITÉS.....	VI
APERÇU	VII
Introduction	1
Soins et services centrés sur la personne utilisatrice de services	5
Principales priorités quant à la mise en œuvre	7
1. Recommandations.....	10
1.1. Améliorer l'accès aux soins et aux services	10
1.2. Soins par étapes.....	13
1.3. Étape 1 : Repérage et démarche évaluative (évaluation du trouble mental et autres évaluations)	16
1.4. Étapes 2 et 3 : Traitement et orientation aux fins de traitement.....	22
1.5. Élaboration de trajectoires locales de services	32
2. Notes sur la portée des recommandations.....	36
3. Mise en œuvre.....	36
4. Recommandations de recherche	36
4.1. Comparaison de l'évaluation du trouble mental et de l'appréciation sommaire	36
4.2. Utilisation successive d'instruments de mesure	37
4.3. Utilisation du questionnaire GAD-2 lors de la suspicion d'un trouble anxieux.....	37
4.4. Monitoring clinique en continu	38
4.5. Utilisation d'un algorithme simple comparativement à l'évaluation clinique habituelle..	38
4.6. Priorités dans le traitement des personnes qui présentent un trouble anxieux et un trouble dépressif	39
5. Autres versions du présent guide de pratique	40
5.1. Guide de pratique complet.....	40
5.2. Document d'information à l'intention du public	40
6. Guides de pratique clinique liés au guide CG123 du NICE	40
7. Mise à jour du guide de pratique	41
Annexe 1 : Termes utilisés dans le présent guide de pratique	42
Annexe 2 : Tableau sur les outils de monitoring	51
Annexe 3 : Trajectoires et outil de repérage	52
Annexe 4 : Force des recommandations	56
Annexe 5 : Groupe de développement du guide de pratique, équipe de projet du NICE et comité de révision.....	57

INTRODUCTION

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

Au Québec, de 1999 à 2010, la prévalence annuelle moyenne des troubles mentaux diagnostiqués était de 12 %, dont 7,5 % concerne les troubles anxieux et les troubles dépressifs (soit 65 % de l'ensemble des troubles mentaux).

Le trouble dépressif et les troubles anxieux peuvent perdurer tout au long de la vie d'une personne et se manifester par une alternance de périodes de rechute et de rémission. La gravité des troubles mentaux fréquents varie considérablement, mais tous peuvent être associés à une incapacité importante à long terme². *En effet, selon les estimations de la Commission de la santé mentale du Canada (2011)³, environ deux travailleurs sur neuf (ou 21,4% de la population active) présenteraient un problème de santé mentale susceptible d'avoir un impact sur leur productivité au travail, ce qui représente un fardeau économique important. Au Canada, l'ensemble des coûts indirects, soit les pertes de production au travail liées aux problèmes de santé mentale, représentait environ 23,6 milliards de dollars en 2006 (Lim et coll, 2008)⁴.*

De plus, selon les estimations dans les pays développés, le trouble dépressif arriverait au deuxième rang des facteurs ayant une incidence sur les années de vie perdues ajustées en fonction de l'incapacité⁵. Le trouble dépressif est également associé à des taux élevés de morbidité et de mortalité, en plus d'être le trouble le plus fréquent à être lié au suicide.

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

-
2. *Certaines études mesurent la perte de qualité de vie (années de vie ajustées en fonction de la qualité) ou les années de vie perdues ajustées en fonction de l'incapacité, des mesures du fardeau de la maladie occasionnant des coûts indirects et intangibles secondaires. De façon plus précise, ces mesures réfèrent à la perte de productivité, aux prestations d'invalidité, aux décès prématurés, aux limitations associées à l'incapacité, à l'exclusion sociale ou à la mauvaise qualité de vie. Tiré du document : Commission de la santé mentale du Canada (mars 2017). Faire valoir les arguments en faveur des investissements dans le système de santé mentale du Canada à l'aide de considérations économiques.*
 3. Smetanin, P., Stiff, D., Briante, C., Adair, C.E., Ahmad, S. and Khan, M. (2011). The Life and Economic Impact of Major Mental Illnesses in Canada: 2011 to 2041. RiskAnalytica, on behalf of the Mental Health Commission of Canada.
 4. Lim, K., Jacobs, P. et Dewa, C. S. (2008). *How Much Should We Spend on Mental Health ? Institute of health economics.*
 5. *Ce terme réfère à une mesure du fardeau de la maladie qui quantifie la mortalité prématurée liée aux diverses causes de décès, et l'écart entre l'état de santé fonctionnelle actuel d'une population et un idéal hypothétique que l'on souhaite atteindre (Lopez et collab., 2006) tiré de Martel, S. et Steensma, C. (2012). Les années de vie corrigées de l'incapacité : un indicateur pour évaluer le fardeau de la maladie au Québec – Synthèse, Institut national de santé publique du Québec, 7 p.*

pour les phobies spécifiques et à 12,1 % pour l'anxiété sociale. Pour le trouble obsessionnel-compulsif, elle se situe à 1,6 % et à 6,8 % pour le trouble stress post-traumatique. Plus de la moitié des personnes de 16 à 64 ans qui répondent aux critères diagnostiques d'au moins un trouble mental fréquent présentent un trouble anxieux ou un trouble dépressif concomitant.

Les données disponibles au Québec sont basées sur les diagnostics documentés dans les banques de données administratives de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). En 2012, ces données situaient à environ 7,5 % la prévalence annuelle des troubles anxieux et dépressifs au Québec, soit 65 % de l'ensemble des troubles mentaux. Les troubles mentaux diagnostiqués, particulièrement les troubles anxieux et les troubles dépressifs, sont plus présents chez les femmes que chez les hommes (Institut de santé public du Québec, 2012⁶). Selon [l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes](#) (ESCC), les taux de prévalence sur une période de 12 mois pour les personnes de 15 ans et plus étaient plus précisément, 1,5 % pour le trouble panique, de 1,1 % pour l'agoraphobie et de 2 % pour la phobie sociale (Statistiques Canada, 2002).

La grande majorité des personnes présentant un trouble dépressif ou un trouble anxieux (jusqu'à 90 %) sont traitées dans le cadre des services de proximité. De nombreuses personnes ne font toutefois pas de démarches afin d'obtenir un traitement, et les troubles anxieux de même que le trouble dépressif échappent souvent à l'évaluation du trouble mental. Au Québec, en vertu de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines⁷, en plus des médecins, d'autres professionnels de la santé sont habilités à évaluer les troubles mentaux. C'est le cas des psychologues, ainsi que de certains infirmiers et conseillers d'orientation ayant reçu une attestation de formation délivrée par leur ordre professionnel, et sous certaines conditions précisées dans cette loi.

Si les cas non repérés sont généralement d'intensité légère, et non des cas graves, les troubles légers sont malgré tout préoccupants. Selon les données du NICE, le repérage des troubles anxieux par les médecins de famille représentent un plus grand défi, et seule une minorité des personnes qui présentent un trouble anxieux reçoivent un traitement. Dans son document portant sur l'accès équitable aux services de psychothérapie au Québec paru en 2018⁸, l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) révèle que, dans une enquête faite au Canada, moins de la moitié des Canadiens avec des symptômes de trouble dépressif ont été formellement diagnostiqués, et que seulement 30 % d'entre eux avaient consulté un professionnel de la santé dans les 12 mois précédents [Pelletier et al., 2017]. Selon l'INESSS, les données disponibles au Québec indiquent que les personnes ayant des problèmes de

6. Surveillance des troubles mentaux au Québec : prévalence, mortalité et profil d'utilisation des services. Institut de santé public du Québec, 2012.

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

8. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (2017) Accès équitable aux services de psychothérapie au Québec. Rapport rédigé par Micheline Lapalme, Brigitte Moreault, Alvine Fansi et Cedric Jehanno. Québec, Qc : INESSS; 97p.

santé mentale ou des troubles mentaux hésitent souvent à consulter pour ce type de problèmes, et qu'elles ne reçoivent pas toujours l'aide et les traitements dont elles auraient besoin. Cette situation peut en partie découler de la difficulté qu'ont les médecins de famille à repérer ces troubles, mais aussi de la crainte de vivre de la stigmatisation ou de se voir mise à l'écart chez la personne qui présente un trouble mental. *Selon l'INESSS (2015; 2018), ce manque de recours aux services de santé mentale au Québec peut découler non seulement de la peur de la stigmatisation associée aux troubles mentaux, mais aussi du manque de ressources et de l'accessibilité limitée aux soins de santé mentale (par exemple, l'attente trop importante pour obtenir un traitement et l'éloignement des lieux de services).* Le traitement le plus souvent utilisé dans les services de proximité en présence de troubles mentaux fréquents consiste à prescrire des médicaments psychotropes. *Au Québec, en 2012, le Commissaire à la santé et au bien-être recommandait au gouvernement du Québec d'améliorer l'accessibilité des services de santé mentale autres que la médication, souvent le seul choix disponible. En 2018, dans son document portant sur l'accès à la psychothérapie, l'INESSS brosse un portrait de la situation au Québec : «L'usage des médicaments psychotropes, notamment les antidépresseurs, est en nette augmentation [INESSS, 2012]. Ces médicaments constituent souvent la seule option thérapeutique proposée par les omnipraticiens aux usagers en détresse psychologique [Fleury et Grenier, 2012]. De même, une enquête réalisée au Canada en 2014 indique que parmi les personnes âgées de 15 ans et plus avec un trouble dépressif ou anxieux, 52 % étaient traitées avec de la médication; 32 % avec de la médication et du counseling psychologique; et uniquement 7 % avec du counseling psychologique [O'Donnell et al., 2017]. »* En effet, bien que les personnes utilisatrices de services manifestent généralement une préférence pour les interventions ou les psychothérapies, l'accès à ces dernières s'avère parfois difficile.

Depuis 2004, le NICE a publié une série de guides de pratique sur les soins, les services et le traitement des troubles mentaux fréquents (*voir la section 6 pour en savoir plus sur les guides de pratique pertinents*). Certains de ces guides de pratique sont surtout axés sur l'identification et le repérage (par exemple, le guide sur le trouble dépressif), alors que d'autres ne fournissent que peu de recommandations au sujet du repérage (par exemple, le guide sur l'anxiété généralisée et le trouble panique). En plus de varier sur le plan des recommandations portant sur le repérage et l'identification, les guides de pratique du NICE comportent également des quantités de recommandations variables au sujet de l'évaluation, du monitoring clinique et de l'orientation appropriée pour la prise en charge et le traitement des personnes présentant ces troubles.

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

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

SOINS ET SERVICES CENTRÉS SUR LA PERSONNE UTILISATRICE DE SERVICES⁹

Le présent guide de pratique fournit des conseils relativement aux meilleures pratiques en ce qui concerne les soins et les services à offrir aux adultes qui présentent un trouble mental fréquent.

Les soins et les services devraient tenir compte des préférences et des besoins de chaque personne utilisatrice de services. Les personnes qui présentent un trouble mental fréquent devraient avoir l'occasion de prendre des décisions éclairées au sujet des soins, des services et des traitements qu'elles reçoivent, en partenariat avec les intervenants de la santé et des services sociaux qui les accompagnent. *Les personnes utilisatrices de services et les établissements publics de santé et de services sociaux ont des droits et des responsabilités, lesquels sont définis dans la [Loi sur les services de santé et les services sociaux](#), et tous les guides de pratique du NICE contextualisés par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) sont rédigés de façon à s'y conformer. En plus de respecter leur code de déontologie, les intervenants doivent respecter les articles concernant l'obligation d'obtenir un consentement libre et éclairé inclus dans la [Loi sur les services de santé et les services sociaux](#) et le [Code civil du Québec](#) (articles 11 à 13). L'article 11 du [Code civil du Québec](#) prévoit le consentement substitué pour l'intéressé inapte à donner ou à refuser son consentement en l'absence de directives anticipées.*

L'article 11 est reproduit ici : « Nul ne peut être soumis sans son consentement à des soins, quelle qu'en soit la nature, qu'il s'agisse d'examens, de prélèvements, de traitements ou de toute autre intervention. Sauf disposition contraire de la loi, le consentement n'est assujéti à aucune forme particulière et peut être révoqué à tout moment, même verbalement. Si l'intéressé est inapte à donner ou à refuser son consentement à des soins et qu'il n'a pas rédigé de directives médicales anticipées en application de la Loi concernant les soins de fin de vie ([chapitre S-32.0001](#)) et par lesquelles il exprime un tel consentement ou un tel refus, une personne autorisée par la loi ou par un mandat de protection peut le remplacer. Lorsque l'inaptitude d'un majeur à consentir aux soins requis par son état de santé est constatée et en l'absence de directives médicales anticipées, le consentement est donné par le mandataire, le tuteur ou le curateur (article 11, Code civil du Québec)».

Les intervenants doivent respecter l'article prévu à ce sujet dans le [Code civil du Québec](#) (article 15). Les intervenants doivent aussi respecter leurs obligations liées à la [Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui](#) et aux articles 26 à 31 du [Code civil du Québec](#). Il arrive que, malgré le consentement du tuteur, du curateur ou du mandataire, la personne déclarée inapte à consentir refuse catégoriquement le soin proposé. Dans ce cas, selon le [Code civil du Québec](#) (article 16) et dans le seul intérêt de la personne, la cause peut être portée devant le tribunal pour obtenir l'autorisation de la traiter malgré son refus.

⁹ Plusieurs de ces principes sont abordés dans le [Plan d'action en santé mentale 2015-2020](#) (PASM 2015-2020).

L'article 16 est reproduit ici : « L'autorisation du tribunal est nécessaire en cas d'empêchement ou de refus injustifié de celui qui peut consentir à des soins requis par l'état de santé d'un mineur ou d'un majeur inapte à donner son consentement; elle l'est également si le majeur inapte à consentir refuse catégoriquement de recevoir les soins, à moins qu'il ne s'agisse de soins d'hygiène ou d'un cas d'urgence (article 16, Code civil du Québec)».

Établir une bonne communication entre les intervenants et les personnes qui présentent un trouble de santé mental fréquent est un aspect essentiel. Celle-ci devrait s'accompagner d'information écrite basée sur des données probantes et adaptée aux besoins de la personne utilisatrice de services. Les soins et les services, de même que l'information fournie, devraient être appropriés sur le plan culturel et accessibles pour les personnes qui présentent des besoins particuliers en raison d'une incapacité physique, d'une déficience sensorielle ou d'une déficience intellectuelle¹⁰ ou qui ne parlent et ne lisent pas le *français* ou l'*anglais*.

Si la personne utilisatrice de services y consent, sa famille et ses proches devraient se voir offrir la possibilité de participer aux décisions concernant les soins et les services. La famille et les membres de l'entourage de la personne utilisatrice de services devraient également obtenir l'information et le soutien dont ils ont besoin.

Par sa mesure 3.1.2, le Plan d'action en santé mentale 2015-2020 (PASM 2015-2020) reconnaît les membres de l'entourage à titre de partenaires en vue de l'organisation, de la planification et de la prestation des services. De plus, le [Cadre de référence de l'approche de partenariat entre les usagers, leurs proches et les acteurs en santé et en services sociaux](#) vise à préciser les balises favorisant la mise en œuvre de l'approche de partenariat.

10. Traduction du terme *learning disability* qui, en Angleterre, équivaut au terme déficience intellectuelle au Canada. Réfère au diagnostic de handicap intellectuel (trouble du développement intellectuel) du DSM-5.

PRINCIPALES PRIORITÉS QUANT À LA MISE EN ŒUVRE

Le guide de pratique fournit des recommandations concernant les soins et les services offerts aux différentes étapes du parcours de la personne utilisatrice de services **qui présente un trouble mental fréquent**. Voici **un aperçu général** des différentes étapes. Les recommandations détaillées seront présentées à la section 1.1 de ce guide.

Améliorer l'accès aux soins et aux services

- Les intervenants, les gestionnaires et les établissements *de santé et services sociaux* offrant des services de proximité et des services spécifiques de santé mentale devraient collaborer à l'élaboration de trajectoires locales de services (voir aussi la section 1.5) pour faciliter l'accès aux soins et services pour les personnes qui présentent des troubles mentaux fréquents, en fonction des principes suivants :
 - soutenir l'intégration de soins et services offerts dans les services de proximité et les services spécifiques;
 - établir des critères clairs et explicites pour l'accès aux soins et services;
 - mettre l'accent sur l'accès aux soins et services plutôt que sur les critères d'exclusion;
 - posséder différents mécanismes d'accès aux soins et services, y compris l'auto-orientation de la personne qui présente un trouble mental (*accès direct aux services sans référence d'un professionnel*);
 - offrir de multiples portes d'entrée favorisant la création de liens avec l'ensemble du *réseau de la santé et des services sociaux (RSSS)* ainsi qu'avec la communauté dans laquelle les soins et services sont offerts.

Repérage

- Soyez à l'affût d'un possible trouble dépressif (en particulier chez les personnes qui ont des antécédents de trouble dépressif, qui présentent de possibles symptômes somatiques de trouble dépressif ou qui ont un problème de santé physique chronique associé à une altération du fonctionnement). Afin de repérer les personnes présentant un possible trouble dépressif, envisagez de poser les deux questions suivantes :
 - Au cours du dernier mois, avez-vous souvent manifesté un manque d'intérêt ou une absence de plaisir à vous adonner à des activités?
 - Au cours du mois qui vient de s'écouler, vous êtes-vous souvent senti triste, déprimé ou désespéré?

En cas de réponse affirmative à l'une des questions ci-dessus, considérez le trouble dépressif comme une possibilité et suivez les recommandations relatives à l'évaluation du trouble mental (voir la section 1.3.2)¹¹.

11. D'après le guide de pratique clinique du NICE sur le trouble dépressif ([CG90](#)) (anglais seulement).

- Soyez à l'affût de possibles troubles anxieux (en particulier chez les personnes qui ont des antécédents de troubles anxieux, qui présentent de possibles symptômes somatiques d'un trouble anxieux ou qui ont vécu récemment une expérience traumatisante). Afin de repérer les personnes présentant un possible trouble anxieux, envisagez d'interroger la personne au sujet de l'anxiété qu'elle ressent et de sa capacité à maîtriser l'inquiétude au moyen du questionnaire GAD-2 *traduit en français* (*Generalized Anxiety Disorder scale*), un questionnaire de *l'appréciation* des symptômes d'anxiété comportant deux items.
 - Si la personne obtient un score de 3 ou plus au questionnaire GAD-2, considérez un trouble anxieux comme une possibilité et suivez les recommandations relatives à l'évaluation du trouble mental (voir la section 1.3.2).
 - Si la personne obtient un score inférieur à 3 au questionnaire GAD-2, mais que la possibilité d'un trouble anxieux demeure préoccupante, posez la question suivante : « Évitez-vous des lieux ou des activités, et cette situation est-elle une source de problèmes? ». Dans l'affirmative, considérez un trouble anxieux comme une possibilité et suivez les recommandations relatives à l'évaluation du trouble mental (voir la section 1.3.2).

Élaboration de trajectoires locales de services

- Les intervenants, les gestionnaires et les établissements *de santé et services sociaux* offrant des services de proximité et des services spécifiques de santé mentale devraient collaborer à l'élaboration de trajectoires locales de services favorisant la prestation de soins et de services en fonction d'un modèle de soins par étapes de façon à :
 - offrir les traitements les moins intenses et démontrés les plus efficaces d'abord;
 - fournir des critères clairs et explicites en ce qui concerne l'accès et la transition entre les paliers du continuum de soins et de services;
 - faire en sorte que la transition d'une étape à l'autre ne repose pas sur un seul critère (par exemple, la gravité des symptômes);
 - suivre les progrès et les résultats par le monitoring clinique en continu afin de s'assurer que les traitements démontrés les plus efficaces soient offerts et que la personne utilisatrice de services soit orientée vers une étape supérieure lorsque nécessaire.
- Les intervenants, les gestionnaires et les établissements *de santé et services sociaux* offrant des services de proximité et des services spécifiques de santé mentale devraient collaborer à l'élaboration de trajectoires locales de services préconisant l'intégration des soins et des services offerts dans le cadre des services de proximité et des services spécifiques. Les trajectoires de services devraient :
 - réduire au minimum la nécessité d'effectuer des transitions entre différents programmes-services ou entre différents intervenants;

- permettre que l'organisation des services soit déterminée par la trajectoire, et non l'inverse, soit que l'offre de services détermine la trajectoire;
- établir des liens clairs (y compris les mécanismes d'accès) avec d'autres trajectoires de services ou *d'autres programmes* (y compris ceux qui concernent des besoins en matière de soins de santé pour des problèmes de santé physique);
- désigner un responsable de la coordination de la trajectoire de services. *Dans le Programme québécois pour les troubles mentaux (PQPTM), le chargé de projet est une des personnes ressources désignée dans chaque établissement pour répondre à ce besoin.*
- Les intervenants, les gestionnaires et les établissements *de santé et services sociaux* offrant des services de proximité et des services spécifiques de santé mentale devraient collaborer afin d'assurer une communication efficace relativement au fonctionnement des trajectoires locales de services. Des plans de communication devraient couvrir les aspects suivants :
 - le partage d'information et la communication avec les personnes qui présentent des troubles mentaux fréquents et, *si ces dernières y consentent*, avec les membres de leur famille et de leur entourage au sujet des soins et des services qu'elles reçoivent;
 - *si le consentement a été obtenu*, le partage d'information et la communication avec les autres intervenants (y compris les médecins de famille) au sujet des soins et des services offerts aux personnes utilisatrices de services;
 - la diffusion d'information entre les *programmes-services* du continuum de services en santé mentale;
 - la diffusion d'information *aux programmes-services ou autres partenaires* ne faisant pas partie de la trajectoire de services.

1. RECOMMANDATIONS

Les recommandations qui suivent ont été élaborées d'après les meilleures données probantes disponibles. Le [guide de pratique complet](#) (anglais seulement) fournit les détails concernant les méthodes et les données utilisées pour élaborer les recommandations.

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

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

1.1. AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SOINS ET AUX SERVICES

1.1.1.1. Les intervenants, les gestionnaires et les établissements *de santé et services sociaux* offrant des services de proximité et des services spécifiques de santé mentale devraient collaborer à l'élaboration de trajectoires locales de services (voir aussi la section 1.5) favorisant l'accès aux soins et services pour les personnes présentant des troubles mentaux fréquents, en fonction des principes suivants :

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

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

- l'offre de soins et services en santé et services sociaux;

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

1.1.1.3. Lors de la remise d'information sur les trajectoires locales de services aux personnes qui présentent des troubles mentaux fréquents, de même qu'aux membres de leur famille et *de leur entourage*, tous les intervenants devraient :

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

Considérant que le niveau de littératie est un important prédicteur de l'état de santé, les stratégies de communication doivent être adaptées lors des échanges avec la personne utilisatrice et ses proches. ([Cadre de référence de l'approche de partenariat entre les usagers, leurs proches et les acteurs en santé et en services sociaux](#))

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

1.1.1.5. Les intervenants, les gestionnaires et les établissements *de santé et services sociaux* offrant des services de proximité et des services spécifiques de santé mentale devraient collaborer à l'élaboration des trajectoires locales de services (voir aussi la section 1.5) facilitant l'accès aux soins et aux services pour les personnes présentant des troubles mentaux fréquents appartenant à des groupes minoritaires ou marginalisés (*ceux qui, historiquement, ont le plus de difficulté à avoir accès aux services*), notamment :

- les membres des communautés culturelles, des minorités visibles et *des communautés autochtones*;
- les personnes âgées; *Les études citées par le NICE révèlent que les personnes âgées avaient difficilement accès aux services de santé, en particulier les services et les soins de santé mentale.*
- les personnes incarcérées ou qui ont des démêlées avec le système de justice pénale;
- les anciens combattants.

Au Québec, le document [Mécanismes d'accès aux services de proximité](#) (INESSS, 2019) fait état des difficultés d'accès chez les populations socialement vulnérables (par exemple les itinérants, les personnes en situation de pauvreté ou les personnes présentant une toxicomanie).

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

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

1.1.1.7. Favorisez l'accès aux soins et aux services pour les personnes présentant des troubles mentaux fréquents et augmentez l'utilisation des services en offrant ceux-ci dans une diversité de contextes. Faites l'analyse des besoins locaux pouvant servir de base à la structure et à la distribution des soins et services, lesquels devraient généralement comprendre les suivants :

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

Selon le PASM 2015-2020, le professionnel répondant en santé mentale et le médecin spécialiste répondant en psychiatrie peuvent soutenir les services de proximité dans le développement de cette pratique

1.1.1.8. Les intervenants, les gestionnaires et les établissements *de santé et services sociaux* offrant des services de proximité et des services spécifiques de santé mentale devraient envisager un éventail de services de soutien afin de favoriser l'accès aux soins et aux services et accroître leur utilisation. Ces services de soutien peuvent comprendre les suivants :

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

1.1.1.9. Envisagez de modifier la méthode et le mode de prestation des services d'évaluation, des traitements et du suivi des résultats par le monitoring en

continu (en fonction d'une évaluation des besoins locaux), ce qui peut généralement comprendre :

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

1.1.1.10. Faites preuve de respect et de sensibilité aux divers contextes culturels, ethniques et religieux lors des interactions avec des personnes présentant des troubles mentaux fréquents. Demeurez conscient des variations possibles du tableau clinique dans ce contexte. Assurez-vous de disposer des compétences suivantes relativement au :

- processus d'évaluation tenant compte des particularités liées à la culture;
- utilisation de différents modèles explicatifs concernant les troubles mentaux fréquents;
- élaboration et mise en œuvre de plans de traitement tenant compte des différences liées à la culture et à l'origine ethnique;
- collaboration avec des familles provenant de différents contextes ethniques et culturels.¹²

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

1.2. SOINS PAR ÉTAPES

Un modèle de soins par étapes (cf. tableau ci-après) est utilisé afin d'organiser l'offre de soins et services et d'aider les personnes qui présentent des troubles mentaux fréquents, leur famille, leur entourage ainsi que les intervenants à choisir les traitements les plus efficaces *et les mieux adaptés à la situation*. Le modèle fournit un aperçu qui intègre les évaluations et les traitements clés du présent guide de pratique. Les recommandations axées uniquement sur les services spécialisés en santé mentale ne sont pas incluses *dans ce guide* (elles peuvent être consultées dans le guide de pratique pertinent). La recommandation 1.5.1.3 définit les éléments du modèle de soins par étapes qui devraient être intégrés à la trajectoire locale de services pour les troubles mentaux fréquents.

12 D'après le guide de pratique clinique du NICE sur le trouble dépressif ([CG90](#)) (anglais seulement).

Tableau 1. Le modèle de soins par étapes : tableau synthèse se rapportant aux troubles mentaux fréquents

Étapes du modèle de soins	Services offerts	
	Traitements pour tous les troubles mentaux fréquents	Traitements spécifiques ¹³ au trouble mental identifié
Étape 1 Tous les cas confirmés ou avec suspicion de troubles mentaux fréquents.	Repérage, évaluation du trouble mental, éducation psychologique, surveillance active; orientation aux fins d'évaluation ou de traitement.	
Étape 2 Symptômes dépressifs sous le seuil clinique persistants ou trouble dépressif léger ou moyen; anxiété généralisée; trouble panique léger ou moyen; trouble obsessionnel-compulsif léger ou moyen; trouble stress post-traumatique (y compris les cas légers ou moyens).	Groupe d'autosoins ^(a) , groupes de soutien ou d'entraide, services de soutien à l'éducation et à l'emploi; orientation aux fins d'évaluation ou de traitement.	Trouble dépressif : Autosoins individuels dirigés, intervention utilisant les techniques cognitivo-comportementales assistée par les TIC, programme structuré d'activité physique, programmes de soutien par les pairs en groupe (autosoins) ^(b) , antidépresseurs (pour des personnes répondant à certains critères). Anxiété généralisée : Autosoins individuels dirigés et non dirigés, éducation psychologique en groupe. Trouble panique: Autosoins individuels dirigés et non dirigés. Trouble obsessionnel-compulsif : <u>« Cognitive behaviour therapy including exposure and response prevention (ERP) »</u> individuelle. Trouble stress post-traumatique : <u>«Trauma-focus cognitive behaviour therapy »</u> , <u>EMDR</u> .

¹³ Les termes conservés en anglais et soulignés signifient que l'analyse des articles scientifiques n'est pas terminée afin de déterminer s'il s'agit de psychothérapie ou d'interventions qui s'y apparentent.

Tableau 1. Le modèle de soins par étapes : tableau synthèse se rapportant aux troubles mentaux fréquents (suite)

Étapes du modèle de soins	Services offerts	
	Traitements pour tous les troubles mentaux fréquents	Traitements spécifiques au trouble mental identifié
Étape 3 Symptômes dépressifs sous le seuil clinique persistants ou trouble dépressif léger ou moyen n'ayant pas répondu à un traitement de l'étape 2; premier épisode de trouble dépressif moyen ou grave; anxiété généralisée s'accompagnant d'une altération importante du fonctionnement ou n'ayant pas répondu à un traitement de l'étape 2; trouble panique moyen ou grave; trouble obsessionnel-compulsif s'accompagnant d'une altération moyenne ou grave du fonctionnement; trouble stress post-traumatique.	Groupe d'autosoins ^(a) , groupes de soutien et d'entraide, rencontres avec un pair aidant, programme de réadaptation, services de soutien à l'éducation et à l'emploi; orientation aux fins d'évaluation ou de traitement.	Trouble dépressif : « <u>Cognitive behaviour therapy, interpersonal psychotherapy, behavioural couples therapy, counselling^(c), short-term psychodynamic psychotherapy^(c)</u> », activation comportementale, antidépresseurs, traitements combinés, soins en collaboration interprogramme ^(d) . Anxiété généralisée : Interventions ou psychothérapie cognitivo-comportementale, relaxation appliquée, pharmacothérapie, traitements combinés. Trouble panique : Psychothérapie cognitivo-comportementale, antidépresseurs ^(e) . Trouble obsessionnel-compulsif : « <u>Cognitive behaviour therapy including ERP</u> », antidépresseurs, traitements combinés et gestionnaire de cas ^(f) . Trouble stress post-traumatique : « <u>Trauma-focused cognitive behaviour therapy</u> », EMDR, pharmacothérapie.
^(a) Sauf pour le trouble stress post-traumatique. ^(b) Pour les personnes qui présentent un trouble dépressif et un problème de santé physique chronique. ^(c) Informez la personne utilisatrice de services de l'incertitude concernant l'efficacité du « <u>counselling et de la short-term psychodynamic psychotherapy</u> » dans le traitement du trouble dépressif. ^(d) Pour les personnes qui présentent un trouble dépressif et un problème de santé physique chronique. <i>Dans les différents établissements au Québec, des initiatives permettent de développer un partenariat entre les programmes du continuum de soins (santé mentale et physique).</i> ^(e) Si le trouble est présent depuis longtemps ou que les traitements n'ont pas donné de résultats ou ont été refusés. ^(f) Seulement en présence d'une altération grave du fonctionnement TIC : technologies de l'information et des communications EMDR : désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires (<i>Eye Movement Desensitization and Reprocessing</i>)		

1.3. ÉTAPE 1 : REPÉRAGE ET DÉMARCHE ÉVALUATIVE (ÉVALUATION DU TROUBLE MENTAL ET AUTRES ÉVALUATIONS)

1.3.1. Repérage

Au Québec, les intervenants qui travaillent à la fonction de guichet d'accès en santé mentale adulte, les intervenants des services de proximité ainsi que certains partenaires externes du réseau jouent un rôle important dans le repérage des adultes chez qui un trouble mental fréquent est suspecté.

- 1.3.1.1. Soyez à l'affût d'un possible trouble dépressif (en particulier chez les personnes qui ont des antécédents de trouble dépressif, qui présentent de possibles symptômes somatiques de trouble dépressif ou qui ont un problème de santé physique chronique associé à une altération du fonctionnement). Afin de repérer les personnes présentant un possible trouble dépressif, envisagez de poser les deux questions suivantes :

- Au cours du mois qui vient de s'écouler, avez-vous souvent manifesté un manque d'intérêt ou une absence de plaisir à vous adonner à des activités?
- Au cours du mois qui vient de s'écouler, vous êtes-vous souvent senti triste, déprimé ou désespéré?

En cas de réponse affirmative à l'une des questions ci-dessus, considérez le trouble dépressif comme une possibilité et suivez *les recommandations figurant dans les encadrés 1 et 2*. Par la suite, suivez *au besoin* les recommandations relatives à l'évaluation du trouble mental (voir la section 1.3.2).

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

- Si la personne obtient un score de 3 ou plus au questionnaire GAD-2, considérez un trouble anxieux comme une possibilité et suivez les recommandations relatives à l'évaluation du trouble mental (voir la section 1.3.2).
- Si la personne obtient un score inférieur à 3 au questionnaire GAD-2, mais que la possibilité d'un trouble anxieux demeure préoccupante, posez la question suivante : « Évitez-vous des lieux ou des activités, et cette situation est-elle une source de problèmes? ». Dans l'affirmative, considérez un trouble anxieux comme une possibilité et *suivez les recommandations ci-après dans les encadrés 1 et 2*. Par la suite,

suivez au besoin les recommandations relatives à l'évaluation du trouble mental (section 1.3.2).

Encadré 1¹⁴

Si les réponses aux questions posées aux recommandations 1.3.1.1 ou 1.3.1.2 sont affirmatives, envisagez d'utiliser les outils suivants :

- un outil de repérage (voir [l'annexe 3](#)) tel que l'arbre décisionnel du programme anglais *Improving Access to Psychological Therapies (IAPT)*¹⁵ – une adaptation de cet outil a été faite par l'équipe du PQPTM afin qu'il réponde à la réalité des soins et services au Québec;
- un instrument de mesure pertinent et validé pour le trouble ou le problème visé, par exemple le questionnaire PHQ-9 (*Patient Health Questionnaire – 9 items*), pour apprécier les symptômes dépressifs ou le questionnaire GAD-7 traduit en français (*Generalized Anxiety Disorder – 7 items*) pour apprécier les symptômes anxieux. Ces questionnaires permettent d'obtenir des informations pertinentes sur la personne dans le cadre du repérage, de la démarche évaluative et sur l'évolution de la situation lors du monitoring en continu et soutiennent l'orientation vers les traitements appropriés.

Les instruments de mesure auto-administrés sélectionnés par le Programme québécois pour les troubles mentaux (PQPTM) sont les questionnaires GAD-7 et PHQ-9 traduits en français. Il est aussi parfois nécessaire d'ajouter un questionnaire plus spécifique au trouble obsessionnel-compulsif (TOC), au trouble stress post-traumatique (TSPT), au trouble panique avec ou sans agoraphobie (se référer au tableau de [l'annexe 2](#) qui répertorie les questionnaires d'appréciation des symptômes en fonction du trouble mental). Enfin, le questionnaire de l'appréciation de l'adaptation relative aux activités sociales et au travail (WSAS) permet d'apprécier le fonctionnement de la personne. Ce questionnaire n'est pas spécifique à un trouble mental en particulier et est utilisé lors de chaque séance.

14. Dans la version originale du NICE, cette recommandation se retrouve à la section 1.3.2 et porte le n° 1.3.2.3. L'équipe du PQPTM l'a déplacée pour qu'elle soit cohérente avec le contexte des soins et services au Québec.

15. Pour en savoir plus, consulter le guide sur le programme : The IAPT Data Handbook. Appendix C: IAPT Provisional Diagnosis Screening Prompts.

Encadré 2¹⁶

Si le tableau clinique et les antécédents relatifs au trouble mental fréquent suggèrent qu'il s'agit d'un cas léger qui n'atteint pas le seuil clinique aux *questionnaires* GAD-7 et PHQ-9, qui est d'apparition récente et qui semble évoluer spontanément vers la guérison (les symptômes s'atténuent), envisagez d'avoir recours à l'éducation psychologique et à la surveillance active avant d'offrir une évaluation du trouble mental ou d'orienter vers un autre traitement. Cette façon de faire peut donner lieu à une amélioration dans les cas les moins graves, ce qui permet d'éviter la nécessité de mettre en œuvre d'autres traitements.

- 1.3.1.3. Pour les personnes présentant des difficultés importantes de communication ou de langage, par exemple en raison d'une déficience sensorielle ou d'une déficience intellectuelle¹⁷, envisagez d'avoir recours au thermomètre de détresse¹⁸ ou d'interroger un membre de la famille ou de l'entourage au sujet des symptômes de la personne afin d'identifier un possible trouble mental fréquent. Si une détresse significative est identifiée, offrez une évaluation plus poussée ou demandez l'avis d'un professionnel *dûment habilité*.

1.3.2. Évaluation du trouble mental, autres évaluations

- 1.3.2.1. Si les réponses aux questions posées aux fins de repérage (voir la section 1.3.1) indiquent la possibilité d'un trouble mental fréquent, mais que l'intervenant ne dispose pas des compétences nécessaires pour mener une évaluation du trouble mental, orientez la personne vers un *professionnel dûment habilité*. Si la personne n'est pas dirigée vers son médecin de famille, informez ce dernier de la démarche d'orientation *si le consentement a été obtenu*.

Au Québec, seuls certains professionnels sont habilités à faire l'évaluation du trouble mental.

- 1.3.2.2. Si les réponses aux questions posées aux fins de repérage (voir la section 1.3.1) indiquent la possibilité d'un trouble mental fréquent, *un professionnel dûment habilité* pour mener une évaluation du trouble mental

16. Dans la version originale du NICE, cette recommandation se retrouve à la section 1.3.2 et porte le n° 1.3.2.8. L'équipe du PQPTM l'a déplacée pour qu'elle soit cohérente avec le contexte des soins et services au Québec.

17. Réfère au diagnostic de handicap intellectuel (trouble du développement intellectuel) du DSM-5.

18. Le thermomètre de détresse est un outil de dépistage comportant un seul item et permettant de déterminer l'importance de la détresse, quelle qu'en soit la cause. La personne doit indiquer le degré de sa détresse sur un thermomètre, le tout sur une échelle de 11 points allant de 0 à 10 (10 correspondant à la détresse la plus élevée), en répondant à la question suivante : « Comment évaluez-vous votre détresse depuis la semaine dernière, incluant aujourd'hui? ». Un score de 4 ou plus indique une détresse importante qui devrait être explorée. (Roth AJ, Kornblith AB, Batel-Copel L, et al., 1998) Rapid screening for psychologic distress in men with prostate carcinoma: a pilot study. *Cancer* 82: 1904–8.) Consultez aussi le document : [La détresse des personnes atteintes de cancer : un incontournable dans les soins, qui traite de cet outil de dépistage](#). Ce document a été publié en 2017 par le MSSS.

devrait effectuer la revue de la situation de la personne sur le plan de la santé mentale, ainsi que des difficultés liées au fonctionnement, aux relations interpersonnelles et à la vie sociale qui peuvent y être associées.

1.3.2.3. *Cette recommandation a été déplacée à la section 1.3 ci-haut pour qu'elle soit cohérente avec le contexte des soins et services au Québec.*

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

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

1.3.2.5. Tout professionnel responsable d'effectuer tout type d'évaluation auprès d'une personne qui présente un trouble mental fréquent devrait posséder les compétences nécessaires relativement aux aspects suivants :

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

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

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

- la situation d'emploi ou l'état relatif à l'immigration.

S'il y a lieu, les répercussions du problème sur les responsabilités à l'égard d'un enfant ou d'un adolescent devraient également être évaluées, et si nécessaire, les procédures locales en matière de protection des enfants devraient être suivies.

Au Québec, différents professionnels peuvent être appelés à offrir des évaluations complémentaires, selon leur champ d'exercice, dans le but de mieux comprendre ces facteurs et la situation de la personne qui présente un trouble mental, que ce soit en termes de complexité ou de gravité.

- 1.3.2.7. Lors de l'évaluation d'une personne chez qui la présence d'un trouble mental fréquent est soupçonnée, soyez à l'affût de toute déficience intellectuelle ou d'un trouble cognitif acquis, et si nécessaire, envisagez de consulter un intervenant spécialisé auprès de ces clientèles lors de l'élaboration du plan et des stratégies de traitement.
- 1.3.2.8. *Cette recommandation a été déplacée à la section 1.3.1 pour qu'elle soit cohérente avec le contexte des soins et services au Québec.*
- 1.3.2.9. Posez des questions directes à toute personne présentant un trouble mental fréquent au sujet des idées et des intentions suicidaires et *intervenez conformément aux bonnes pratiques en [prévention du suicide](#)*. Au Québec, *cette recommandation est aussi applicable lors du repérage des adultes chez qui un trouble mental fréquent est suspecté*. Si un risque d'automutilation, de comportements autodestructeurs ou de suicide est identifié, il est important, notamment de :
- vérifier si la personne dispose d'un soutien social adéquat et est informée des ressources auprès desquelles elle peut obtenir de l'aide;
 - conseiller à la personne d'obtenir de l'aide supplémentaire si la situation se détériore, *par exemple auprès d'un centre de prévention du suicide, d'un centre de crise ou encore de l'urgence*;
 - *s'il y a lieu, prendre les mesures d'assistance nécessaires en fonction de la conclusion de l'estimation de la dangerosité de passage à l'acte suicidaire, conformément aux bonnes pratiques en prévention du suicide (voir la section 1.3.3). Au Québec, la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines (Art. 39.4) stipule que la prévention du suicide fait également partie de l'exercice de la profession auprès des individus, des familles et des collectivités. Ainsi, le professionnel qui est responsable au regard de la protection du public est tenu d'intervenir conformément aux bonnes pratiques en prévention du suicide.*

Santé mentale pendant et après la grossesse

- 1.3.2.10. Pendant la grossesse et après l'accouchement, les femmes ayant besoin d'une intervention ou d'une psychothérapie devraient généralement être vues aux fins de traitement au cours du mois qui suit l'évaluation initiale, et ce délai ne devrait en aucun cas dépasser trois mois. Les critères pour l'accès aux traitements au cours de la grossesse et après l'accouchement sont moins élevés en raison de l'augmentation des risques par rapport aux bienfaits de la prise de médicaments psychotropes pendant cette période¹⁹.
- 1.3.2.11. *Les recommandations spécifiques relatives au traitement d'un trouble mental chez les femmes enceintes, qui prévoient le devenir ou qui allaitent ont été retirées de la version québécoise du guide. En effet, ces recommandations sont issues d'un guide de pratique clinique différent (CG45). Elles feront l'objet d'une analyse ultérieure par l'équipe du PQPTM²⁰.*

1.3.3. Évaluation des risques et surveillance

Le risque de suicide est 12 fois plus élevé chez les personnes présentant des troubles mentaux que dans la population générale, et le trouble dépressif serait présent dans 50 % des cas de suicide (INESSS, 2018; CSBE, 2012). Le risque de blesser une autre personne est aussi plus élevé chez les personnes qui présentent un trouble mental fréquent (NICE, 2010). Par conséquent, il est important de bien identifier les personnes vulnérables²¹ au suicide ou à risque de préjudice potentiel pour autrui. Deux guides sur la prévention du suicide ont été publiés par le MSSS en 2010. Le premier porte sur les bonnes pratiques et s'adresse [aux intervenants](#) du RSSS. Le deuxième est un guide de soutien à l'intention [des gestionnaires](#) du RSSS.

- 1.3.3.1. Si une personne qui présente un trouble mental fréquent est *identifiée comme étant vulnérable au suicide ou à risque de préjudice potentiel pour autrui, procédez sans délai à l'estimation de la dangerosité de passage à l'acte suicidaire ou homocidaire et intervenez conformément aux [bonnes pratiques](#)*

19. D'après le guide de pratique clinique du NICE sur la santé mentale pendant et après la grossesse (CG45) (anglais seulement).

20. Pour les lignes directrices canadiennes, il est possible de consulter Katzman et al. (2014). Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. *BMC Psychiatry*, 14(Suppl 1). Dans cet article, une section porte spécifiquement sur la santé mentale avant et après la grossesse : « Women during pregnancy and the postpartum period ». Le centre Image du CHU Ste-Justine peut aussi être une ressource utile.

21. Le concept de « vulnérabilité au suicide » est abordé dans les guides de bonnes pratiques au Québec. Le repérage d'une personne dite vulnérable au suicide requiert de la vigilance quant à la présence d'un ou de plusieurs facteurs de risque individuels. Les dimensions sociales associées à la communauté, à la culture et à l'environnement contribuent aussi à expliquer le suicide dans une société. À l'opposé, les facteurs de protection contribuent à réduire l'effet des facteurs de risque, par exemple, la présence d'un réseau social soutenant, un état de santé globale satisfaisant, des caractéristiques personnelles telles que l'optimisme et l'utilisation de stratégies d'adaptation efficaces.

en prévention du suicide. Fournissez l'information pertinente à la famille et à l'entourage en tenant compte des meilleures pratiques ainsi que des politiques, des procédures et du continuum de services en place dans votre établissement²².

Si une personne qui présente un trouble mental fréquent présente un risque d'autonégligence important ou une altération grave du fonctionnement, procédez sans délai à l'évaluation des risques, assurez la prise en charge de ce dernier et orientez la personne en vous référant aux politiques, aux procédures et au continuum de services de votre établissement.

Dans le modèle de soins par étapes, les personnes qui présentent un trouble mental fréquent et une altération importante du fonctionnement (par exemple, autonégligence) sont orientées vers les services spécialisés en santé mentale.

1.3.3.2. Si une personne qui présente un trouble mental fréquent présente un **danger grave et immédiat** pour elle-même ou pour les autres, procédez sans délai à l'estimation de la dangerosité de passage à l'acte suicidaire ou homocidaire, et intervenez conformément aux bonnes pratiques en prévention du suicide²³. Orientez la personne sans délai en vous référant au continuum de services de votre établissement.

1.3.3.3. Lorsqu'une personne présentant un trouble mental fréquent, en particulier le trouble dépressif, est identifiée comme étant vulnérable au suicide :

- si un médicament est prescrit, tenez compte des effets toxiques associés à une surdose et des interactions possibles avec d'autres médicaments d'ordonnance; s'il y a lieu, limitez la quantité de médicament que la personne pourra se procurer;
- suivez la recommandation 1.3.3.1 (paragraphe 1), envisagez d'accroître le soutien offert, par exemple en prévoyant des rencontres ou des entretiens téléphoniques plus fréquents, et mettez en place un filet de sécurité tel que décrit dans le guide des bonnes pratiques en prévention du suicide;
- orientez la personne en vous référant aux politiques, aux procédures et au continuum de services de votre établissement.

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

Les recommandations concernant le traitement et l'orientation sont également présentées en fonction des différents troubles dans le tableau 1.

Les psychothérapies utilisées dans le traitement des adultes présentant un trouble mental fréquent doivent être offertes par des professionnels dûment habilités à l'exercice de la psychothérapie, conformément à la Loi

22. Cette recommandation a été modifiée lors de la contextualisation par l'équipe du PQPTM pour être cohérente avec les bonnes pratiques en prévention du suicide mises en place au Québec.

23. Cette recommandation a été modifiée lors de la contextualisation par l'équipe du PQPTM pour être cohérente avec les bonnes pratiques en prévention du suicide mises en place au Québec.

modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines et tel que le stipule le Règlement sur le permis de psychothérapeute de l'Ordre des psychologues du Québec.

1.4.1. Identification des options thérapeutiques appropriées

1.4.1.1. Lors de la discussion des options thérapeutiques avec une personne qui présente un trouble mental fréquent, tenez compte des aspects suivants :

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

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

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

- 1.4.1.3. Lors de l'orientation de la personne utilisatrice de services pour le traitement d'un trouble mental fréquent, tenez compte de ses préférences au moment d'effectuer un choix parmi les différents traitements reposant sur des données probantes.
- 1.4.1.4. Lorsque vous offrez un traitement pour un trouble mental fréquent ou orientez la personne utilisatrice de services à cette fin, respectez le modèle de soins par étapes de façon à offrir les traitements les moins intenses et démontrés les plus efficaces ou à orienter la personne vers ces traitements en premier lieu (voir le tableau 1).
- 1.4.1.5. Lorsqu'une personne présente des symptômes d'anxiété et des symptômes dépressifs, évaluez la nature et l'importance des symptômes, et :
- si la personne présente un trouble dépressif s'accompagnant de symptômes d'anxiété, la priorité devrait généralement être de traiter le trouble dépressif, conformément au guide de pratique du NICE sur le trouble dépressif;
 - si la personne présente un trouble anxieux et présente un trouble dépressif ou des symptômes dépressifs concomitants, consultez le guide de pratique du NICE sur le trouble anxieux pertinent et envisagez de traiter le trouble anxieux d'abord;
 - si la personne présente des symptômes mixtes d'anxiété et de dépression s'accompagnant d'une altération du fonctionnement, mais qu'aucune conclusion relative à la présence d'un trouble mental n'a été établie, *orientez-la vers l'évaluation du trouble mental* et discutez avec elle afin de déterminer quels symptômes doivent être traités en premier et de choisir un traitement. *Il est à noter que dans ce cas, ces personnes sont aussi intégrées à la trajectoire de services des troubles mentaux fréquents.*
- 1.4.1.6. Lorsqu'une personne *utilisatrice de services* présente un trouble mental fréquent et un trouble de l'usage de substances (*terme utilisé dans le DSM-5*):
- *Elle devrait avoir accès aux traitements recommandés par le PQPTM, car rien n'indique que l'abus de substances rende les traitements habituels inefficaces (NICE, 2007). Plusieurs personnes répondent à des traitements brefs pouvant être offerts par des services de proximité ou par des services spécifiques de santé mentale. En effet, la majorité des personnes présentant un trouble de l'usage de substances n'ont pas besoin de recevoir des traitements des services spécialisés en dépendance pour changer leurs habitudes de consommation (Improving access to psychological therapies, 2012)²⁴.*
 - *L'orientation vers des services en santé mentale ou la prestation de services en collaboration avec des programmes en dépendance doit*

²⁴ Improving access to psychological therapies (IAPT) positive practice guide for working with people who use drugs and alcohol. Disponible à : <https://www.uea.ac.uk/documents/246046/11991919/iapt-drug-and-alcohol-positivepractice-guide.pdf/d55a76e6-3ec7-4561-86f0-1fd3ce1d7d0d>

être considérée en fonction de l'organisation des services et doit être envisagée 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. Des services de collaboration devraient être envisagés entre les services de santé mentale et de dépendance (NICE, 2011). Ces services de collaboration sont aussi recommandés par le [Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances](#).*
- *Lorsque le trouble de l'usage de substances interfère avec la capacité de se présenter aux traitements et de s'y engager. Par exemple, la personne pourrait se montrer incapable de se présenter sobre à ses rencontres et de mettre en pratique les exercices thérapeutiques ou s'absenter de plus de deux rencontres malgré la mise en place d'un contrat thérapeutique et la révision de celui-ci (IAPT, 2012).*

Lorsqu'une personne *utilisatrice de services* présente un trouble mental fréquent et un trouble de l'usage de l'alcool (DSM-5), un traitement séquentiel devrait être envisagé, avec l'accord de la personne, pour traiter en premier le trouble de l'usage de l'alcool, car cela peut entraîner une amélioration significative des symptômes dépressifs ou anxieux²⁵ *La personne utilisatrice de services devrait être orientée vers les services en santé mentale si les symptômes anxieux ou dépressifs persistent après trois à quatre semaines d'abstinence (NICE, 2011).*

1.4.1.7. Lorsqu'une personne présente un trouble mental fréquent et une déficience intellectuelle légère ou un trouble cognitif léger :

- si possible, offrez les mêmes traitements qu'aux autres personnes présentant le même trouble mental fréquent ou orientez la personne à cette fin;
- si des services sont mises en œuvre, adaptez la méthode de prestation ou la durée de l'évaluation ou des interventions en fonction de la déficience intellectuelle ou du trouble cognitif²⁶.

25 Ce paragraphe de la recommandation 1.4.1.6, qui n'apparaît pas en italique, est la recommandation originale du guide sur les troubles mentaux fréquents (CG123). L'équipe de contextualisation du MSSS a utilisé les spécificités du programme anglais IAPT pour mieux préciser cette recommandation ainsi que pour y intégrer le trouble de l'usage des drogues. De plus, une précision sur les services de collaboration recommandé par le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances a également été ajouté à cette recommandation dans le contexte de l'organisation des soins et services offerts aux adultes qui présentent des troubles concomitants de santé mentale et de consommation d'alcool ou de drogues au Québec.

26. D'après le guide de pratique clinique du NICE sur l'anxiété généralisée et le trouble panique (avec ou sans agoraphobie) chez les adultes ([CG113](#)) (anglais seulement).

- 1.4.1.8. Lorsqu'une personne présente un trouble mental fréquent et une déficience intellectuelle moyenne ou sévère ou un trouble cognitif moyen ou grave, consultez un intervenant spécialisé auprès de ces clientèles au sujet des mesures appropriées en matière d'orientation et de traitement.
- 1.4.1.9. Ne dérogez pas systématiquement des options thérapeutiques et des pratiques relatives à l'orientation qui sont présentées dans ce guide de pratique en raison de caractéristiques personnelles (par exemple, le sexe ou l'origine ethnique) ou du sous-type de trouble dépressif (par exemple, trouble dépressif avec caractéristiques atypiques ou trouble affectif avec caractère saisonnier), car aucune donnée probante n'appuie cette façon de faire.
- 1.4.1.10. Si une personne qui présente un trouble mental fréquent a besoin de soutien sur le plan social, scolaire ou professionnel, envisagez les possibilités suivantes :
- la transmission d'information sur les organismes communautaires qui offrent des groupes de soutien, d'entraide ou d'autosoins (les autosoins ne sont toutefois pas recommandés pour les personnes présentant un **trouble stress post-traumatique**) ou les autres ressources locales ou nationales;
 - des rencontres avec un pair aidant (*en association avec un autre traitement en cours*) – au Québec, il existe un programme, *Pairs Aidants Réseau*, qui constitue le premier programme de pairs aidants de la francophonie;
 - la participation à un programme de réadaptation pour une personne présentant un trouble moyen ou grave persistant – *la réadaptation peut prendre différentes formes au Québec, qu'elle soit fonctionnelle, psychosociale ou socioprofessionnelle*;
 - la transmission d'information sur les services de soutien aux études et à l'emploi²⁷.

1.4.2. Étape 2 : Recommandations concernant le traitement et l'orientation en présence de symptômes dépressifs ou anxieux²⁸ sous le seuil clinique ou de cas légers ou moyens de troubles mentaux fréquents

*À l'étape 2, les groupes de soutien ou d'entraide et les services de soutien aux études et à l'emploi sont aussi recommandés pour **tous les troubles mentaux fréquents**. À tout moment, la personne utilisatrice de services devrait être orientée aux fins d'évaluation et de traitement en fonction de ses besoins.*

- 1.4.2.1. Chez une personne **présentant des symptômes dépressifs** sous le seuil clinique persistants ou un **trouble dépressif** léger ou moyen, offrez une ou

27. D'après le guide de pratique clinique du NICE sur le trouble stress post-traumatique (CG26) (anglais seulement).

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

plusieurs interventions parmi les suivantes ou orientez la personne dans ce but :

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

1.4.2.2. *Veuillez noter que la recommandation originale du NICE qui concerne la femme enceinte, qui prévoient le devenir ou qui allaite a été retirée puisqu'elle est issue d'un guide de pratique clinique différent (CG45). Elle n'a donc pas fait l'objet d'une analyse par l'équipe du PQPTM.*

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

- tableau clinique initial de symptômes dépressifs sous-cliniques présents depuis longtemps (*généralement au moins deux ans; selon DSM-5 tableau de trouble dépressif persistant ou dysthymie*) **ou**;
- symptômes dépressifs sous le seuil clinique ou trouble dépressif léger qui persistent après d'autres interventions **ou**;
- antécédents de trouble dépressif moyen ou grave **ou**;
- trouble dépressif léger qui complique le traitement d'un problème de santé physique²⁹.

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

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

29. Réfère au guide de pratique clinique du NICE sur le traitement et la prise en charge du trouble dépressif chez les adultes présentant un problème de santé physique chronique, qui n'a pas été traduit ni contextualisé au Québec.

- 1.4.2.5. Chez les personnes qui présentent **un trouble panique léger ou moyen**, offrez l'une des interventions suivantes, ou orientez-les à cette fin :
- soins individuels non dirigés;
 - soins individuels dirigés.
- 1.4.2.6. Chez les personnes qui présentent un **trouble obsessionnel-compulsif léger ou moyen** :
- offrez une « cognitive behaviour therapy including exposure and response prevention (ERP)³⁰ » individuelle d'une durée limitée (généralement un maximum de dix heures), qui peut faire appel à du matériel d'autosoins ou s'effectuer par téléphone, ou orientez les personnes à cette fin; **ou**
 - orientez les personnes vers une « cognitive behaviour therapy including ERP » de groupe (notez que la durée peut dépasser dix heures dans le cas des interventions de groupe)³¹.
- 1.4.2.7. Orientez les personnes présentant un **trouble stress post-traumatique**, y compris les cas légers ou moyens, vers un traitement (« trauma-focused cognitive behaviour therapy » ou « Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) »).

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

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

*À l'étape 3, les programmes de réadaptation, les rencontres avec un pair aidant et le soutien à l'emploi et aux études sont aussi recommandés dans la prise en charge de tous les **troubles mentaux fréquents**. En ce qui concerne la réadaptation, cette intervention peut prendre différentes formes au Québec, qu'elle soit fonctionnelle, psychosociale ou socioprofessionnelle. À tout moment, la personne utilisatrice de*

30. Les termes conservés en anglais et soulignés signifient que l'analyse des articles scientifiques n'est pas terminée afin de déterminer s'il s'agit de psychothérapie au sens de la loi ou d'une intervention qui s'y apparente.

31. D'après le guide de pratique clinique du NICE sur le trouble obsessionnel-compulsif ([CG31](#)) (anglais seulement).

services devrait être orientée aux fins d'évaluation et de traitement en fonction de ses besoins.

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

- antidépresseur;
- traitement («cognitive behaviour therapy, interpersonal therapy, behavioural couples therapy» ou activation comportementale).

1.4.3.2. Chez les personnes dont le tableau clinique initial correspond au trouble dépressif moyen ou grave, offrez un traitement («cognitive behaviour therapy ou interpersonal therapy») combiné avec un antidépresseur, ou orientez-les à cette fin.

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

1.4.3.4. Chez les personnes présentant un **trouble dépressif** qui refusent un traitement par antidépresseur, une «cognitive behaviour therapy, interpersonal therapy, behavioural couples therapy» et l'activation comportementale, envisagez la mise en œuvre des traitements suivants ou l'orientation à cette fin :

- «counselling» chez les personnes présentant des symptômes dépressifs sous le seuil clinique persistants ou un trouble dépressif léger ou moyen;
- «short-term psychodynamic psychotherapy» chez les personnes présentant un trouble dépressif léger ou moyen.

Ayez une discussion avec la personne afin de l'informer que l'efficacité du «counselling» et de la «psychodynamic psychotherapy» dans le traitement du trouble dépressif n'a pas été clairement démontrée.

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

- psychothérapie cognitivo-comportementale ou *programme d'intervention individuel adapté utilisant des techniques cognitivo-comportementales dans certains contextes particuliers*³²;

32. *Dans certains contextes particuliers, soit pour certaines personnes plus âgées ou pour les personnes utilisatrices de services recherchant un soutien de courte durée ou présentant des difficultés rendant*

- relaxation appliquée;
- pharmacothérapie, si la personne manifeste une préférence pour ce traitement.

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

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

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

- « cognitive behaviour therapy including ERP » ou antidépresseur en présence d'une altération moyenne du fonctionnement;
- « cognitive behaviour therapy including ERP » combinée à un antidépresseur et soutien d'un gestionnaire de cas en présence d'une altération grave du fonctionnement.

Offrez un traitement à domicile aux personnes qui sont incapables de se rendre à une clinique ou sont réticentes à le faire, ou qui présentent un problème particulier (par exemple, accumulation compulsive d'objets)³³.

une psychothérapie moins appropriée, un programme d'intervention individuel adapté utilisant des techniques cognitivo-comportementales tel que décrit par Stanley (2004 et 2009) peut s'avérer utile.

Stanley, M. A., Diefenbach, G. J., Hopko, D. R. (2004). Cognitive behavioral treatment for older adults with generalized anxiety disorder: A therapist manual for primary care settings. *Behavioral Modification*, 28(1):73-117.

Stanley, M. A., Wilson, N. L., Novy, D. M., et al. (2009). Cognitive behavior therapy for generalised anxiety disorder among older adults in primary care a randomized clinical trial. *Journal of the American Medical Association*, 301, 1460–1467.

33 Traduction de *hoarding* dans le texte original. Dans le DSM-5, la traduction française de ce trouble mental est *thésaurisation pathologique (syllomanie)*.

- 1.4.3.8. Chez les personnes qui présentent un **trouble obsessionnel-compulsif** depuis longtemps ou des symptômes très invalidants qui perturbent leur vie quotidienne, envisagez de les orienter vers des services spécialisés en santé mentale.
- 1.4.3.9. Chez les personnes qui présentent un **trouble obsessionnel-compulsif** pour qui deux traitements combinés d'une « cognitive behaviour therapy including ERP » et antidépresseur n'ont pas donné de résultats, orientez-les vers un professionnel ayant développé une expertise dans la prise en charge des personnes présentant un trouble obsessionnel-compulsif.
- 1.4.3.10. Chez les personnes qui présentent un **trouble stress post-traumatique**, offrez un traitement (« trauma-focused cognitive behaviour therapy ou EMDR ») ou orientez-les à cette fin. Ne retardez pas le traitement ou l'orientation, surtout chez les personnes présentant des symptômes graves et dont l'intensité augmente au cours du mois suivant l'expérience traumatisante.
- 1.4.3.11. Chez les personnes qui présentent un **trouble stress post-traumatique**, offrez une pharmacothérapie ou orientez-les à cette fin uniquement si elles refusent un traitement ou manifestent une préférence pour la pharmacothérapie.

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

- 1.4.4.1. Chez les personnes qui présentent un trouble mental fréquent et un risque important de rechute ou ont des antécédents d'épisodes récurrents, discutez des traitements susceptibles de réduire le risque de récurrence. Le choix du traitement ou l'orientation aux fins de traitement devraient s'effectuer en fonction de la réponse aux traitements antérieurs (ce qui comprend la présence de symptômes résiduels), des conséquences d'une rechute, des symptômes liés à l'arrêt d'un médicament et des préférences de la personne utilisatrice de services.
- 1.4.4.2. Chez les personnes ayant des **antécédents de trouble dépressif** qui se portent bien et sont considérées à risque élevé de faire une rechute malgré la prise d'un antidépresseur, ou celles qui ne sont pas en mesure de poursuivre la prise d'un antidépresseur ou choisissent de ne pas le faire, offrez l'un des traitements suivants ou orientez-les à cette fin :
- « cognitive behaviour therapy » individuelle »;
 - « mindfulness-based cognitive therapy » (pour les personnes ayant connu trois épisodes ou plus)¹².
- 1.4.4.3. Chez les personnes qui présentent des **symptômes résiduels de trouble dépressif** à la suite d'un traitement, offrez l'un des traitements suivants ou orientez-les à cette fin :
- « cognitive behaviour therapy » individuelle;

- « mindfulness-based cognitive therapy » (pour les personnes ayant connu trois épisodes ou plus).

Les écrits scientifiques relevés par le NICE font ressortir que la « mindfulness-based cognitive therapy » est un traitement de choix dans la prévention de la rechute. En effet, les revues systématiques et les méta-analyses (2011) ont démontré la valeur ajoutée de la « mindfulness-based cognitive therapy » pour diminuer le risque de rechute chez les personnes ayant un risque élevé, soit celles ayant vécu au moins trois épisodes antérieurs et une rémission instable. Veuillez noter que le guide de pratique CG90 qui porte sur le traitement et la prise en charge du trouble dépressif chez l'adulte est actuellement en révision par le NICE et donnera lieu une mise à jour des recommandations.

1.5. ÉLABORATION DE TRAJECTOIRES LOCALES DE SERVICES

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

- modifiables, réalistes et compréhensibles pour les personnes présentant des troubles mentaux fréquents, leur famille et leur entourage, ainsi que les intervenants;
- accessibles et acceptables pour toutes les personnes ayant besoin d'utiliser les services prévus dans la trajectoire des services, *leur famille et leur entourage*;
- adaptées aux besoins des personnes présentant des troubles mentaux fréquents, de même qu'à ceux de leur famille et de leur entourage;
- intégrées, de façon à éliminer les obstacles aux transitions entre les différents paliers de la trajectoire de services;
- axées sur les résultats, ce qui comprend la mesure d'éléments tels que l'expérience-patient, la qualité des services, *l'amélioration ou la détérioration significative des symptômes et du fonctionnement (monitorage clinique en continu)*.

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

- élaborer des politiques et des protocoles clairs pour la mise en application de la trajectoire de services;
- offrir de la formation et du soutien relativement à la mise en application de la trajectoire de services;

- procéder à des vérifications et à des revues concernant la performance (accès, qualité, optimisation des ressources³⁴) *par programme-service et par continuum de services*.
- 1.5.1.3. Les intervenants, les gestionnaires et les établissements *de santé et services sociaux* offrant des services de proximité et des services spécifiques de santé mentale devraient collaborer à l'élaboration de trajectoires locales favorisant la prestation de services en fonction d'un modèle de soins par étapes de façon à :
- offrir les traitements les moins intenses et démontrés les plus efficaces d'abord;
 - fournir des critères clairs et explicites pour l'accès et la transition entre les différents paliers du continuum de soins et de services;
 - faire en sorte que la transition d'une étape à l'autre ne repose pas sur un seul critère (par exemple, la gravité des symptômes);
 - suivre les progrès et les résultats par le monitoring en continu afin de s'assurer que les traitements les plus efficaces sont offerts et que la personne utilisatrice de services est orientée vers une étape supérieure lorsque nécessaire.
- 1.5.1.4. Les intervenants, les gestionnaires et les établissements *de santé et services sociaux* offrant des services de proximité et des services spécifiques de santé mentale devraient collaborer à l'élaboration d'une trajectoire locale de services préconisant un éventail de traitements reposant sur des données probantes pour chaque étape de celle-ci afin de soutenir les personnes présentant des troubles mentaux fréquents dans leur choix.
- 1.5.1.5. Tous les intervenants devraient s'investir auprès des membres de la famille et de l'entourage, s'il y a lieu, afin de :
- fournir de l'information et améliorer les soins et services offerts à la personne présentant un trouble mental fréquent;
 - répondre aux besoins identifiés par les membres de la famille et de l'entourage.
- 1.5.1.6. Les intervenants, les gestionnaires et les établissements *de santé et services sociaux* offrant des services de proximité et des services spécifiques de santé mentale devraient collaborer à l'élaboration de trajectoires locales de services favorisant la participation active de l'ensemble des populations auxquelles sont destinés ces soins et services. Les trajectoires de services devraient :
- offrir rapidement des évaluations et des traitements adaptés à la culture, au sexe et à l'âge des personnes présentant des troubles

34. Selon la définition de la performance du système public de santé et de services sociaux tirée du [Cadre de référence ministériel d'évaluation de la performance du système public de santé et de services sociaux à des fins de gestion](#) (2012).

mentaux fréquents, ainsi qu'à leurs besoins particuliers en matière de communication;

- réduire au minimum le nombre d'évaluations requises afin d'avoir accès aux traitements.

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

- des objectifs clairs, établis d'un commun accord, en ce qui concerne les services offerts aux personnes présentant des troubles mentaux fréquents;
- des moyens fiables et efficaces afin de mesurer et d'évaluer les résultats en lien avec les objectifs convenus;
- des mécanismes clairs, établis d'un commun accord, afin de réagir rapidement lors de l'identification de changements aux besoins d'une personne utilisatrice de services.

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

- réduire au minimum la nécessité d'effectuer des transitions entre différents programmes-services ou entre différents intervenants;
- permettre que l'organisation des services soit déterminée par la trajectoire (*selon modèle de soins par étape et les besoins des personnes utilisatrices de services*), et non l'inverse, soit que l'offre de services détermine la trajectoire;
- établir des liens clairs (y compris les mécanismes d'accès) avec d'autres trajectoires de services *ou d'autres programmes* (y compris ceux qui concernent des besoins en matière de soins de santé pour des problèmes de santé physique);
- désigner un responsable de la coordination de la trajectoire de services. *Dans le PQPTM, le chargé de projet est une personne ressource désignée dans chaque établissement pour répondre à ce besoin.*

1.5.1.9. Les intervenants, les gestionnaires et les établissements *de santé et services sociaux* offrant des services de proximité et des services spécifiques de santé mentale devraient collaborer afin d'assurer une communication efficace

relativement au fonctionnement des trajectoires locales de services. Des plans de communication devraient couvrir les aspects suivants :

- le partage d'information et la communication avec les personnes qui présentent des troubles mentaux fréquents et, *si ces dernières y consentent*, avec les membres de leur famille et de leur entourage au sujet des soins et des services qu'elles reçoivent;

Selon le PASM 2015-2020, les membres de l'entourage d'une personne qui présente une maladie mentale ont de nombreux besoins qui doivent être reconnus, notamment en matière d'information sur les maladies mentales, sur les services disponibles et sur le soutien qu'ils peuvent obtenir. Les intervenants doivent être sensibilisés à l'importance de la contribution des membres de l'entourage et informés des différentes façons de favoriser et de soutenir leur implication, tout en respectant la volonté exprimée par la personne qui reçoit des soins. L'écoute des membres de l'entourage ne brime en rien les droits de la personne utilisatrice de services. De plus, le Code de déontologie des médecins du Québec, comme celui d'autres professionnels de la santé, fait état de l'obligation qu'ont ces derniers de collaborer avec les membres de l'entourage ou avec toute autre personne qui montre un intérêt significatif pour la personne utilisatrice de services.

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

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

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

2. NOTES SUR LA PORTÉE DES RECOMMANDATIONS

Les guides de pratique du NICE sont élaborés en fonction d'un cadre définissant les aspects couverts par le guide et ceux qui ne le sont pas.

Le NICE a chargé le National Collaborating Centre for Mental Health de l'élaboration du présent guide de pratique. Le Centre a formé le Groupe de développement du guide de pratique (voir [l'annexe 5](#)), qui a passé en revue les données probantes et a élaboré les recommandations. Un comité de révision indépendant a supervisé l'élaboration du guide de pratique.

Des renseignements supplémentaires sur la conception des guides de pratique clinique du NICE sont disponibles sur le site Web du NICE. *Notez que cette section n'a pas été traduite en français ni contextualisée au Québec.*

3. MISE EN ŒUVRE

Le NICE a créé des [outils](#) afin d'aider les organisations dans la mise en œuvre de ce guide de pratique. *Ces outils n'ont pas été traduits en français ni contextualisés au Québec*

4. RECOMMANDATIONS DE RECHERCHE

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

4.1. COMPARAISON DE L'ÉVALUATION DU TROUBLE MENTAL ET DE L'APPRÉCIATION SOMMAIRE³⁵

Comparativement à une appréciation sommaire (*effectuée par un intervenant non habilité à l'évaluation du trouble mental*), quelle est l'utilité sur le plan clinique d'une évaluation du trouble mental (*effectuée par un professionnel habilité à l'évaluation du trouble mental*) et quel est son rapport coût-efficacité pour les personnes chez qui la présence d'un trouble mental fréquent est soupçonnée?

Pourquoi est-ce important?

Des doutes subsistent quant à la capacité des intervenants (*non habilités à l'évaluation du trouble mental*) des services de proximité à repérer les possibles troubles mentaux et à orienter les personnes concernées vers les traitements appropriés. L'évaluation du trouble mental réalisée par un professionnel habilité est susceptible de donner lieu à une identification plus précise des problèmes et du traitement approprié, mais cette

35. Veuillez noter que cette recommandation de recherche a été modifiée par rapport à la recommandation originale du NICE afin qu'elle soit davantage adaptée au contexte québécois.

façon de faire pourrait entraîner une augmentation des coûts et de l'attente en vue d'obtenir un traitement, ce qui pourrait avoir des répercussions préjudiciables sur les soins et les services.

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

4.2. UTILISATION SUCCESSIVE D'INSTRUMENTS DE MESURE

Quelle est la méthodologie à adopter pour l'utilisation successive de différents instruments de mesure pour les troubles mentaux fréquents?

Pourquoi est-ce important?

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

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

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

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

Pourquoi est-ce important?

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

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

4.4. MONITORAGE CLINIQUE EN CONTINU

Quelle est l'utilité sur le plan clinique d'effectuer un monitoring clinique en continu chez les personnes qui présentent des troubles mentaux fréquents, et cette pratique est-elle avantageuse sur le plan du rapport coût-efficacité, comparativement aux pratiques courantes?

Pourquoi est-ce important?

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

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

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

Comparativement à l'évaluation clinique habituelle, l'utilisation d'un algorithme simple (reposant sur des facteurs associés à la réponse au traitement) chez les personnes présentant des troubles mentaux fréquents comporte-t-elle des avantages sur le plan de l'efficacité et de l'efficacité clinique?

Pourquoi est-ce important?

Des systèmes sont bien implantés pour l'évaluation des troubles mentaux fréquents dans les services de proximité et les services spécifiques de santé mentale. L'un des objectifs essentiels de l'évaluation est de déterminer le traitement approprié et d'obtenir des indices permettant de prévoir la réponse à ce traitement. Cette façon de faire permet aux personnes utilisatrices de services de faire des choix éclairés, en plus

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

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

4.6. PRIORITÉS DANS LE TRAITEMENT DES PERSONNES QUI PRÉSENTENT UN TROUBLE ANXIEUX ET UN TROUBLE DÉPRESSIF

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

Pourquoi est-ce important?

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

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

5. AUTRES VERSIONS DU PRÉSENT GUIDE DE PRATIQUE

5.1. GUIDE DE PRATIQUE COMPLET

Le guide de pratique complet ([Common mental health disorders: identification and pathways to care](#) en anglais seulement) fournit les détails concernant les méthodes et les données utilisées pour élaborer le guide de pratique. Ce document est une publication du National Collaborating Centre for Mental Health et *n'a pas été traduit ni contextualisé au Québec*.

5.2. DOCUMENT D'INFORMATION À L'INTENTION DU PUBLIC

Le NICE a publié un document d'information à l'intention du public qui fournit des explications sur le présent guide de pratique. *Ce document a été traduit en français et contextualisé au Québec par l'équipe du PQPTM.*

Nous invitons les intervenants et les *partenaires du RSSS* à utiliser le contenu de ce document d'information dans leur propre documentation concernant les troubles mentaux fréquents.

6. GUIDES DE PRATIQUE CLINIQUE LIÉS AU GUIDE CG123 DU NICE

Publications

Guides de pratique clinique du NICE traduits et contextualisés au Québec par le MSSS :

- Guide de pratique clinique du NICE sur l'anxiété généralisée et le trouble panique (avec ou sans agoraphobie) chez les adultes ([CG113](#), 2011). *Les recommandations suivantes proviennent de ce guide de pratique : 1.4.1.7, 1.4.2.4, 1.4.3.5 et 1.4.3.6.*

Guides de pratique clinique du NICE qui n'ont pas été traduits ni contextualisés au Québec (anglais seulement):

- Guide de pratique clinique du NICE sur le diagnostic, l'évaluation et la prise en charge du trouble lié à l'usage de l'alcool et des comportements à risques lors de consommation d'alcool ([CG115](#), 2011). *La recommandation 1.4.1.6 provient de ce guide de pratique.*
- Guide de pratique clinique du NICE sur le traitement et la prise en charge du trouble dépressif chez les adultes présentant un problème de santé physique chronique ([CG91](#), 2009).
- Directives de santé publique du NICE – orientations à l'intention des employeurs sur les conditions de travail saines favorisant le rendement et le bien-être mental ([PH22](#), 2009).
- Guide de pratique clinique du NICE sur le traitement de la dépendance aux opioïdes ([CG52](#), 2007).

- Guide de pratique clinique du NICE sur la santé mentale pendant et après la grossesse ([CG45](#), 2014).
- Guide de pratique clinique du NICE sur les principales interventions pour le traitement du trouble obsessionnel-compulsif et de l'obsession d'une dysmorphie corporelle ([CG31](#), 2005). *Les recommandations suivantes proviennent de ce guide de pratique : 1.4.2.6, 1.4.3.7, 1.4.3.8 et 1.4.3.9.*
- Guide de pratique clinique du NICE sur le trouble stress post-traumatique ([NG116](#), 2018). *Les recommandations suivantes proviennent de ce guide de pratique : 1.4.1.10, 1.4.2.7, 1.4.3.10 et 1.4.3.11.*
- Guide de pratique clinique du NICE sur le repérage, l'évaluation et le traitement de l'anxiété sociale ([CG159](#), 2013). *Les recommandations spécifiques en ce qui a trait aux traitements de l'anxiété sociale ne sont pas intégrées à ce guide de pratique.*
- Guide de pratique clinique du NICE sur le trouble dépressif chez l'adulte : repérage et prise en charge ([CG90](#), 2009). *Les recommandations suivantes proviennent de ce guide de pratique : 1.1.1.10, 1.3.1.3, 1.3.2.1, 1.3.2.2, 1.3.2.6, 1.3.2.7, 1.3.2.9, 1.3.3.2, 1.4.1.5, 1.4.1.9, 1.4.2.2, 1.4.2.3, 1.4.3.1, 1.4.3.2, 1.4.3.3, 1.4.3.4, 1.4.4.2 et 1.4.4.3. Veuillez noter que le guide de pratique CG90 qui porte sur le traitement et la prise en charge du trouble dépressif chez l'adulte est actuellement en révision par le NICE.*

7. MISE À JOUR DU GUIDE DE PRATIQUE

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

ANNEXE 1 : TERMES UTILISÉS DANS LE PRÉSENT GUIDE DE PRATIQUE

Ce lexique fournit la définition de certains termes, d'après les guides de pratique pertinents du NICE. La liste comprend les termes fréquents, et ne vise pas l'exhaustivité. *Les définitions identifiées en italique sont contextualisées au Québec et ont été ajoutées par le MSSS.*

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

Autosoins dirigés. Dans le présent guide de pratique, les autosoins dirigés conventionnels comportent l'utilisation d'un éventail de livres, de manuels d'autosoins ou de matériel électronique adaptés au niveau de lecture de la personne utilisatrice de services et reposant sur les principes issus des modèles théoriques cognitivo-comportementaux. Il peut s'agir également de programmes d'autosoins dirigés assistés par les technologies de l'information et des communications. En général, un intervenant ayant reçu une formation pertinente effectue la présentation du matériel aux personnes présentant un trouble mental fréquent afin d'en faciliter l'utilisation. Il assure également un suivi des progrès réalisés et des résultats. L'intervention consiste en un maximum de six à huit séances (rencontres en personne ou entretiens téléphoniques) et se déroule sur une période de 9 à 12 semaines.

[Vous pouvez consulter la section sur le soutien à l'autogestion des soins dans Orientations relatives à l'organisation des soins et des services offerts à la clientèle adulte par les équipes en santé mentale de première ligne en CSSS.](#)

Autosoins non dirigés. Dans le présent guide de pratique, les autosoins non dirigés (aussi appelés autosoins purs ou bibliothérapie) comportent l'utilisation de matériel écrit, électronique ou faisant appel aux technologies de l'information et des communications qui s'appuient sur les principes issus des modèles théoriques cognitivo-comportementaux. Ils sont également adaptés au niveau de lecture de la personne. Ils se caractérisent généralement par un minimum d'interventions avec un intervenant (par exemple, des entretiens téléphoniques occasionnels de 5 minutes ou moins) et des consignes afin que la personne utilisatrice de services puisse travailler de façon autonome et systématique à l'aide du matériel proposé pendant au moins six semaines.

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

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

Éducation psychologique³⁶. La Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines, section 5.2, la définit ainsi : « l'enseignement de connaissances et d'habiletés spécifiques visant à maintenir et à améliorer l'autonomie ou la santé de la personne, notamment à prévenir l'apparition de problèmes de santé ou sociaux incluant les troubles mentaux ou la détérioration de l'état mental. L'enseignement peut porter par exemple sur la nature de la maladie physique ou mentale, ses manifestations, ses traitements y compris le rôle que peut jouer la personne dans le maintien ou le rétablissement de sa santé et aussi sur des techniques de gestion de stress, de relaxation ou d'affirmation de soi. » L'éducation psychologique est habituellement de courte durée, initiée par un intervenant, et soutenue par l'utilisation de documents écrits.

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

Efficacité. Mesure selon laquelle un service reçu permet d'obtenir un résultat favorable dans des conditions idéales. Les essais cliniques ayant pour but d'évaluer l'efficacité d'un service sont menés uniquement auprès de participants qui accordent leur entière collaboration. Les essais cliniques contrôlés, randomisés et réalisés à double insu constituent la norme reconnue pour évaluer l'efficacité d'un service. Dans le [Cadre de référence ministériel d'évaluation de la performance du système public de santé et de services sociaux à des fins de gestion](#) (2012), « l'efficacité désigne la capacité d'améliorer la santé et le bien-être ».

Efficience. Mesure selon laquelle un service reçu permet d'obtenir les résultats voulus, lorsqu'il est mené dans des conditions reflétant la population clinique normale. Les essais cliniques ayant pour but d'évaluer l'efficience d'un service sont parfois appelés *essais cliniques pragmatiques*. Dans le [Cadre de référence ministériel d'évaluation de la performance du système public de santé et de services sociaux à des fins de gestion](#) (2012), « l'efficience désigne la capacité d'utiliser les ressources disponibles (humaines, matérielles, financières, technologiques et informationnelles) de façon optimale ».

Essai clinique contrôlé randomisé (aussi appelé **essai clinique comparatif à répartition aléatoire**). Expérience au cours de laquelle des chercheurs distribuent au hasard les personnes admissibles entre différents groupes afin qu'elles fassent l'objet

36. Dans la littérature recensée, les textes se rapportant à ce type d'intervention désignent celle-ci comme étant de la psychoéducation. Or, il existe au Québec une profession, celle de psychoéducateur, dont l'activité professionnelle va au-delà de celle décrite ici. En raison du risque de confusion pour le lecteur, et pour tenir compte du contexte québécois, le terme a été remplacé dans le présent document par l'éducation psychologique, telle que définie par l'Office des professions à la suite de l'adoption de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines.

ou non d'un ou de plusieurs services, dans le but d'effectuer une comparaison. L'évaluation des résultats s'effectue par la comparaison de paramètres entre les différents groupes. La répartition aléatoire fait en sorte que les groupes sont vraisemblablement semblables de tous les points de vue, sauf en ce qui concerne le traitement reçu au cours de l'étude.

Évaluation de la gravité des troubles mentaux fréquents.

La gravité des troubles mentaux fréquents est déterminée *lors de l'évaluation du trouble mental* en fonction de l'évaluation de trois facteurs : la gravité 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).

Gestion de cas (gestionnaire de cas). *Méthode de prestation de services selon laquelle l'intervenant évalue les besoins du client et ceux de ses proches, planifie, coordonne, négocie, effectue l'évaluation et représente les droits de son client pour l'obtention des services diversifiés pouvant répondre à ses besoins complexes.*

Dans ce guide de pratique, le gestionnaire de cas est mentionné dans les cas de trouble obsessionnel-compulsif s'accompagnant d'une altération moyenne ou grave du fonctionnement. Le PASM 2015-2020 aborde aussi le rôle du gestionnaire de cas (modèle de « case management »).

Fournisseurs. *Prestataires (entreprises ou particuliers) s'engageant à fournir un service précis à la clientèle du RSSS après la conclusion d'un contrat de services et en échange de paiement.*

Intervenant. Terme générique qui, dans le présent guide de pratique, désigne l'ensemble des professionnels de la santé, incluant les médecins et les intervenants ne faisant pas partie d'un ordre professionnel qui travaillent auprès de la personne utilisatrice de services et dont les responsabilités peuvent comprendre l'examen des besoins psychosociaux additionnels de celle-ci.

Intervention. Dans le présent guide de pratique, cette appellation désigne tout type d'aide qui n'est pas de la psychothérapie, notamment : le counseling, les rencontres avec un pair aidant, l'intervention de soutien, l'intervention conjugale et familiale, l'éducation psychologique, la réadaptation, le suivi clinique, le coaching, l'intervention en cas de crise et les autosoins.

Modèle de soins par étapes. Modèle de soins qui consiste à offrir les services démontrés les plus efficaces : les plus simples et les moins coûteux d'abord, puis les services plus complexes et plus coûteux si l'état de la personne utilisatrice de services ne s'améliore pas ou le nécessite, et ce, conformément aux protocoles établis à l'échelle locale. Les options thérapeutiques choisies doivent également répondre aux besoins et aux préférences de la personne utilisatrice de services et sont basées sur les données probantes. Elles peuvent dépendre de la gravité et de la persistance des symptômes, de la complexité de la situation clinique (ressources personnelles et sociales, etc.) et de la réponse au traitement offert. Son but est d'accroître l'efficacité dans la distribution des services afin d'en faire bénéficier toute la population et d'en faciliter l'accès. L'ascension des étapes suppose que la situation clinique exige un traitement et une expertise de plus en plus spécialisés. *Au Québec, le PQPTM bonifiera la trajectoire de services en s'inspirant du modèle de soins par étapes qui a fait ses preuves dans de nombreux pays plutôt que de mettre l'emphasis sur la division des traitements ou des intervenants en haute et basse intensité. Comme l'organisation des soins, des services et des ressources est différente au Québec, il s'avère important de considérer certains éléments propres à notre réalité québécoise, tels que les intervenants qui œuvrent dans les services spécifiques et spécialisés de santé mentale, les activités réservées ainsi que l'application de la « Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines » (connue sous l'appellation « projet de loi 21 »).*

Plan d'action en santé mentale. *Plan d'action traitant principalement des mesures à offrir aux personnes utilisatrices de services présentant un trouble mental ou une maladie mentale, l'objectif étant d'offrir une réponse adéquate aux besoins des personnes utilisatrices de services et des membres de leur entourage, de même que la mise en place et le maintien de services les soutenant dans le plein exercice de leur citoyenneté.*

Professionnel. Toute personne qui est titulaire d'un permis délivré par un ordre professionnel et qui est inscrite au tableau de ce dernier, y compris les médecins.

Professionnel dûment habilité. *Dans ce guide, l'expression « professionnel dûment habilité » fait référence à un professionnel ayant le permis ou l'attestation nécessaire pour effectuer l'évaluation du trouble mental ou pour exercer la psychothérapie au Québec. Dans le présent guide, l'équipe de contextualisation du PQPTM a précisé l'activité réservée dont il est question.*

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

Programmes de soutien par les pairs (autosoins). Dans ce guide de pratique, un programme de soutien par les pairs (autosoins) est un type d'intervention offert à un groupe de personnes présentant un **trouble dépressif** et ayant en commun un problème de santé physique chronique. La [*Commission de la santé mentale du Canada*](#) définit comme facteur important du rétablissement le soutien par les pairs, lequel

consiste en une relation d'entraide qui se crée entre deux personnes ayant un vécu expérientiel commun. Dans le cadre des séances, les échanges portent en particulier sur le partage d'expériences et d'émotions associées au problème de santé physique chronique. Un intervenant possédant des connaissances sur les problèmes de santé physique chroniques des participants et leurs répercussions sur le **trouble dépressif** agit à titre de facilitateur lors des séances et assure un suivi des résultats de l'intervention chez chacun des participants. L'intervention consiste habituellement en séances hebdomadaires se déroulant sur une période de 8 à 12 semaines.

Programme d'interventions utilisant des techniques cognitivo-comportementales.

Des interventions qui s'apparentent à la psychothérapie, mais qui n'en sont pas, comme la rencontre d'accompagnement, l'intervention de soutien, l'intervention conjugale et familiale, l'éducation psychologique, la réadaptation, le suivi clinique et l'intervention en cas de crise sont des interventions dans le cadre desquelles il est possible d'utiliser des techniques, notamment des techniques cognitivo-comportementales. On peut également utiliser diverses techniques en psychothérapie, mais l'expression interventions utilisant des techniques cognitivo-comportementales ne renvoie pas à la psychothérapie dans ce document, ce qui signifie que ces interventions ne visent pas à modifier ce qui organise et régule le fonctionnement psychologique et mental de la personne, comme les croyances fondamentales et les schémas, pour ne référer qu'aux modèles cognitivo-comportementaux.

Les interventions utilisant des techniques cognitivo-comportementales peuvent servir de façon non exclusive à faire de l'éducation psychologique sur différents sujets (par exemple, l'impact des pensées sur les émotions, l'hygiène de vie, l'importance de l'activation comportementale et du réseau social), à soutenir la personne dans son auto-observation, à favoriser l'apprentissage de techniques de gestion des émotions et de résolution de problèmes, au développement de meilleures habiletés sociales, à la reconnaissance des pensées négatives ou automatiques et à leur association à certaines situations, et au remplacement des pensées erronées par d'autres plus adaptées ou réalistes. Ces interventions peuvent par ailleurs être offertes sous différentes modalités, plus particulièrement individuellement ou en groupe.

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

Intervention faisant appel aux techniques cognitivo-comportementales et exécutée au moyen d'un programme informatique sur ordinateur autonome ou en ligne. Le programme devrait comprendre des explications sur le modèle cognitivo-comportemental, inciter l'utilisateur à accomplir des tâches entre les séances, et l'amener à réfléchir à ses comportements, à ses schémas de pensée et à leur résultat, ainsi qu'à exercer une surveillance active de ces aspects. L'intervention devrait comprendre le soutien d'un intervenant ayant reçu une formation pertinente, qui se limite généralement à de l'assistance pour l'utilisation du programme ainsi qu'à un suivi des progrès et des résultats. L'intervention se déroule habituellement en 9 à 12 semaines, ce qui comprend le suivi.

Psychothérapie. *La Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines définit ainsi la psychothérapie : « La psychothérapie est un traitement psychologique pour un trouble*

mental, pour des perturbations comportementales ou pour tout autre problème entraînant une souffrance ou une détresse psychologique qui a pour but de favoriser chez le client des changements significatifs dans son fonctionnement cognitif, émotionnel ou comportemental, dans son système interpersonnel, dans sa personnalité ou dans son état de santé. Ce traitement va au-delà d'une aide visant à faire face aux difficultés courantes ou d'un rapport de conseils ou de soutien (article 187.1, Code des professions) »

Psychothérapie cognitivo-comportementale. Dans ce guide de pratique, la définition est celle retenue dans le document [Accès équitable aux services de psychothérapie au Québec – État des connaissances](#) publié par l'INESSS, soit : « La thérapie cognitivo-comportementale est une psychothérapie structurée et limitée dans le temps, issue du modèle théorique cognitivo-comportemental, où le patient travaille en collaboration avec le psychothérapeute afin de : reconnaître les types de pensées, de croyances et d'interprétations, et leurs effets sur les symptômes, états émotionnels et (ou) problèmes actuels; développer des compétences pour reconnaître, surveiller, puis remplacer les pensées, croyances et interprétations problématiques associées aux symptômes/problèmes ciblés par d'autres, plus réalistes et adaptées; développer diverses stratégies d'adaptation plus appropriées. » La durée de la psychothérapie cognitivo-comportementale varie selon le trouble mental et sa gravité. Pour les personnes qui présentent un trouble dépressif, elle devrait consister en 16 à 20 séances ayant lieu sur une période de trois ou quatre mois. Pour les personnes présentant de l'anxiété généralisée, elle devrait généralement comporter 12 à 15 séances hebdomadaires (moins si la personne se rétablit plus tôt, ou plus si nécessaire sur le plan clinique), d'une durée d'une heure chacune.

Réadaptation : La réadaptation vise à aider la personne à composer avec les symptômes d'une maladie ou à améliorer ses habiletés. Elle est utilisée entre autres auprès des personnes présentant des problèmes significatifs de santé mentale afin de leur permettre d'atteindre un degré optimal d'autonomie en vue d'un rétablissement. La réadaptation peut s'insérer dans le cadre de rencontres d'accompagnement ou de soutien et intégrer, par exemple, la gestion des hallucinations et l'entraînement aux habiletés quotidiennes et sociales. Cette définition est tirée du document « L'exercice de la psychothérapie et des interventions qui s'y apparentent – Trouver la frontière entre les interventions de différents professionnels et la psychothérapie ». Au Québec, il existe aussi des programmes de réadaptation socioprofessionnelle dont le but est d'augmenter les capacités de la personne et de l'amener à prendre conscience des moyens personnels et organisationnels dont elle dispose pour répondre aux exigences de son emploi.

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.

Recommandations du guide de pratique. Énoncé élaboré de façon méthodique, d'après les meilleures données de recherche disponibles et en faisant appel à des méthodes préétablies et systématiques pour identifier et évaluer les données probantes portant précisément sur le sujet en question.

Relaxation appliquée. Programme ayant une visée d'éducation psychologique, d'enseignement de techniques de relaxation musculaire et sur la mise en pratique de ces techniques dans des situations où la personne vit ou pourrait vivre de l'anxiété. Le suivi consiste généralement en 12 à 15 séances hebdomadaires (un moins grand nombre de séances si la personne se rétablit plus tôt, ou plus de séances si nécessaire sur le plan clinique), d'une durée d'une heure chacune. *Au Québec, lors d'interventions utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou lors de la psychothérapie, il est possible de retrouver l'utilisation de telles techniques de relaxation. Dans ce guide, la relaxation appliquée ne constitue pas de la psychothérapie au sens de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines.*

Rencontre avec un pair aidant. *Le pair aidant est une personne qui présente ou qui a présenté un trouble mental et dont les aptitudes personnelles, professionnelles et la formation de pair aidant en font un modèle de rétablissement positif pour l'équipe soignante et pour les personnes utilisatrices de services. Cette définition est tirée du PASM 2015-2020.*

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

Au Québec, il existe un programme, Pairs Aidants Réseau (PAR), qui constitue le premier programme de pairs aidants de la francophonie. L'[Association québécoise pour la réadaptation psychosociale](#) chapeaute actuellement le programme PAR.

Repérage. Processus de reconnaissance des personnes présentant des indices d'un trouble, d'un problème ou d'une maladie afin de les orienter vers les services pertinents, notamment par l'utilisation d'outils auto-administrés.

Service. *Dans le guide, 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 proximité (aussi appelés services de première ligne). Dans ce guide, cette appellation désigne les services de soins primaires fournis par différents intervenants dans la communauté, notamment les services sociaux généraux, les médecins de famille, les organismes communautaires et le milieu scolaire.

Services spécialisés de santé mentale (aussi appelés services de deuxième ligne). Ces services sont organisés sur une base régionale et sont offerts sur une base locale ou régionale. Ils permettent de résoudre des problèmes de santé mentale ainsi que des problématiques complexes. Ils s'appuient généralement sur une infrastructure importante et une technologie avancée, ainsi que sur une expertise pointue, mais qui demeure toutefois répandue. Pour la grande majorité de ces services, les intervenants fournissent des services auprès des personnes qui leur sont orientées, en soutien auprès des intervenants des services spécifiques, et agissent comme consultants auprès de ces derniers. *Notez que les recommandations axées uniquement sur les services spécialisés en santé mentale ne sont pas incluses dans ce guide de pratique*

Services spécifiques de santé mentale (aussi appelés équipe de santé mentale de première ligne). Les services spécifiques s'appuient sur des infrastructures légères. Ils s'adressent aux adultes vivant une problématique particulière en santé mentale. À l'intérieur de ces services, on retrouve des activités de promotion et de prévention, ainsi que des activités cliniques et des activités d'aide qui répondent aux besoins individuels des personnes qui vivent dans leur communauté et qui doivent recevoir, à moyen ou à long terme, des services en santé mentale. Ces services sont fournis en relation avec les intervenants des services de proximité et des services spécialisés. Trois grands rôles sont dévolus à l'équipe des services spécifiques en santé mentale, à savoir : évaluer, à l'aide d'outils cliniques reconnus, les demandes qui lui sont acheminées; offrir à la clientèle des soins et des services basés sur les données probantes et les guides de pratique, en tenant compte des membres de l'entourage; assurer un soutien aux partenaires à l'intérieur de l'établissement et aux partenaires externes, y compris certains organismes communautaires.

Soins en collaboration interprogramme. Dans ce guide de pratique, les soins en collaboration consistent en une approche coordonnée des soins de santé mentale et de santé physique comprenant les éléments suivants : gestionnaire de cas avec la supervision et le soutien d'un intervenant possédant une expertise en santé mentale; collaboration étroite entre les services impliqués dans la prise en charge des problèmes de santé physique ou de la dépendance à une substance et les services spécialisés en santé mentale.

Surveillance active. Processus actif d'*appréciation et de monitoring clinique* des symptômes et du fonctionnement, auquel s'ajoutent des conseils et du soutien offerts à la personne utilisatrice de services qui présente un trouble mental fréquent léger pouvant se résoudre spontanément ou chez qui la présence d'un tel trouble est soupçonnée. La surveillance active implique de discuter du problème ou des problèmes présentés et des préoccupations que la personne pourrait avoir à leur sujet, en plus de fournir des informations sur la nature et l'évolution du trouble. Elle implique également d'organiser un rendez-vous de suivi, normalement à l'intérieur de deux semaines, et de communiquer avec la personne si elle ne se présente pas au rendez-vous. *L'expression « veille attentive » était utilisée par le passé dans les guides de pratique du NICE, mais elle a été remplacée par l'expression « surveillance active » dans les versions plus récentes afin de mieux faire ressortir qu'il s'agit d'un processus actif.*

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

Symptômes sous le seuil clinique persistants. Symptômes associés à une altération du fonctionnement qui ne répondent pas entièrement aux critères diagnostiques, mais

qui ont des répercussions substantielles sur la vie d'une personne et dont la durée est importante (habituellement entre six mois et plusieurs années).

Trajectoire de services. *Les trajectoires de services décrivent le cheminement clinique le plus efficace et le plus efficient permettant aux personnes d'avoir accès rapidement aux services dont elles ont besoin d'une manière coordonnée. Les trajectoires doivent respecter les standards d'accès et de continuité. (Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience, MSSS, 2008)*

Traitement. 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 (se référer à cette définition au besoin).

Trouble de l'usage d'une substance *(utilisé dans le DSM-5). État se caractérisant par un ensemble de symptômes cognitifs, comportementaux et physiologiques indiquant que le sujet continue à consommer une substance malgré des problèmes significatifs qui en découlent.*

ANNEXE 2 : TABLEAU SUR LES OUTILS DE MONITORAGE³⁷

Tableau 2. Questionnaires de monitoring clinique chez l'adulte qui présente un trouble mental fréquent

Trouble mental	Appréciation des symptômes dépressifs	Appréciation des symptômes anxieux	Appréciation du fonctionnement
Trouble dépressif	PHQ-9	GAD-7	WSAS
Anxiété généralisée	PHQ-9	GAD-7	WSAS
Symptômes anxio-dépressifs	PHQ-9	GAD-7	WSAS
Trouble stress post-traumatique	PHQ-9	GAD-7 outil spécifique : PCL-5	WSAS
Agoraphobie	PHQ-9	GAD-7 outil spécifique : MIA	WSAS
Trouble obsessionnel-compulsif	PHQ-9	GAD-7 outil spécifique : OCI-R	WSAS
Trouble panique	PHQ-9	GAD-7 outil spécifique : PDSS	WSAS
<i>GAD-7 : version française du questionnaire General Anxiety Disorder-7; MIA : version française du questionnaire Mobility Inventory for Agoraphobia; OCI-R : version française du questionnaire Obsessive Compulsive Inventory-Revised; PDSS : version française du questionnaire Panic Disorder Severity Scale; PCL-5 : version française du questionnaire Post-traumatic stress disorder Checklist version DSM-5; PHQ-9 : version française du questionnaire Patient Health Questionnaire-9 ; WSAS : version française du questionnaire Work and Social Adjustment Scale.</i>			

³⁷ Cette annexe n'est pas dans le guide original du NICE. Il s'agit d'un ajout de l'équipe du PQPTM.

ANNEXE 3 : TRAJECTOIRES ET OUTIL DE REPÉRAGE³⁸

Les [trajectoires de services du NICE \(anglais seulement\)](#) comprennent un modèle de soins par étapes s'appliquant aux troubles mentaux fréquents, ainsi qu'un algorithme pour le repérage et l'évaluation des troubles mentaux fréquents. *Le MSSS a traduit les trajectoires du NICE et les a également contextualisées.*

Consignes concernant l'utilisation de ce document :

Il est recommandé de poser les questions indiquées ci-après lors de la cueillette de données du guichet d'accès en santé mentale adulte afin d'améliorer le repérage des problèmes cliniques de la personne utilisatrice de services. L'intervenant qui pose les questions devrait s'assurer de couvrir toutes les questions prévues, et non mettre fin à l'entrevue une fois qu'un problème est repéré. En effet, chez une personne qui présente un trouble dépressif, il est souvent possible de repérer un trouble anxieux sous-jacent avec les questions qui viennent plus tardivement dans la séquence.

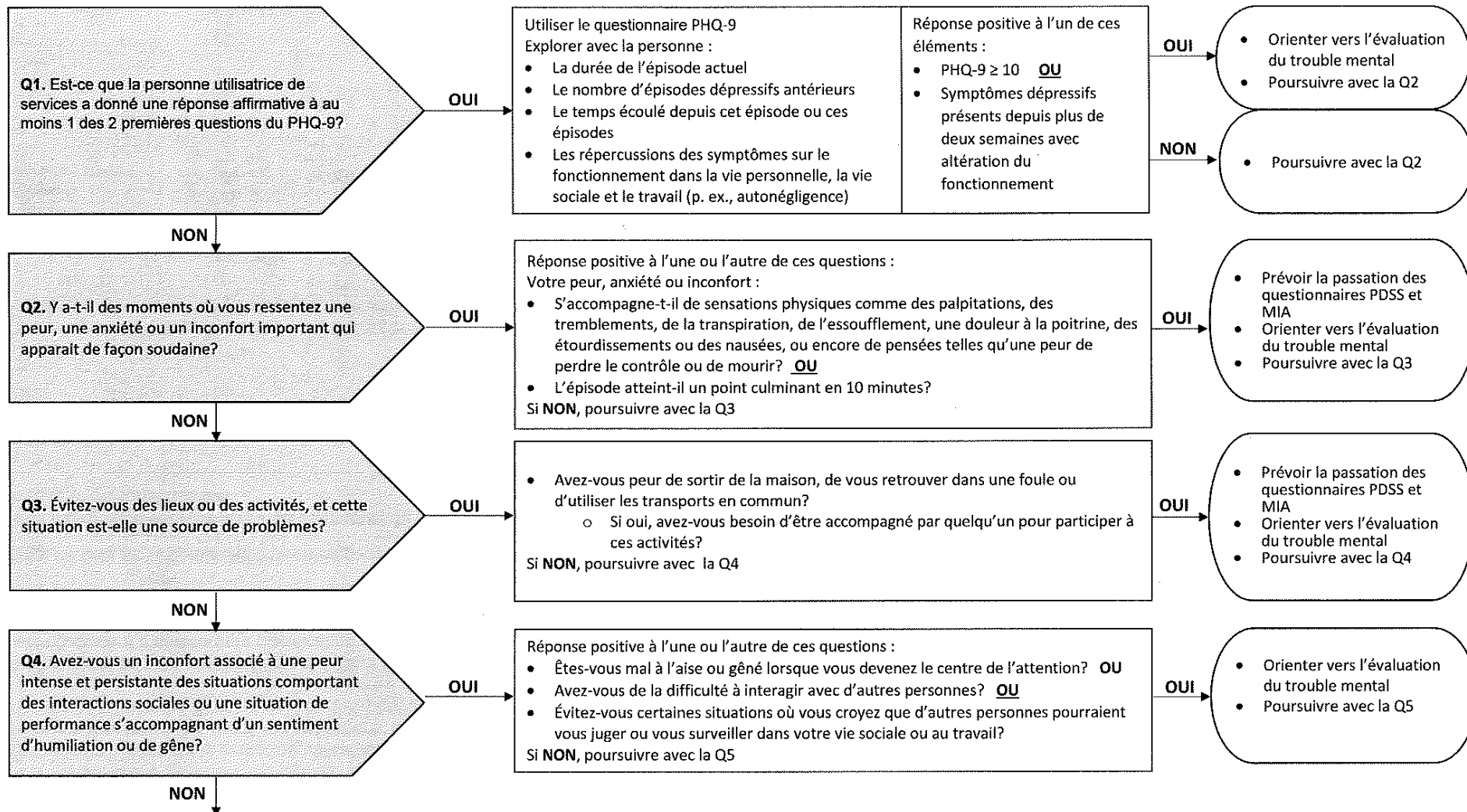
Ce document se veut un complément à ceux déjà utilisés au guichet d'accès en santé mentale adulte, et ce, dans le but de mieux orienter la personne utilisatrice de services, mais également d'améliorer la planification de l'évaluation du trouble mental si cela s'avère nécessaire. Il est parfois indiqué de faire remplir des questionnaires en lien avec les problèmes identifiés par la personne utilisatrice de services. Dans la situation où la personne orientée présente déjà une conclusion claire relative à la présence d'un trouble mental, l'utilisation de cet outil peut ne pas s'avérer nécessaire à moins que l'analyse au guichet fasse ressortir de nouveaux éléments.

Avant de débiter la démarche présentée dans l'outil de repérage, faire remplir les questionnaires GAD-7 et PHQ-9 à la personne.

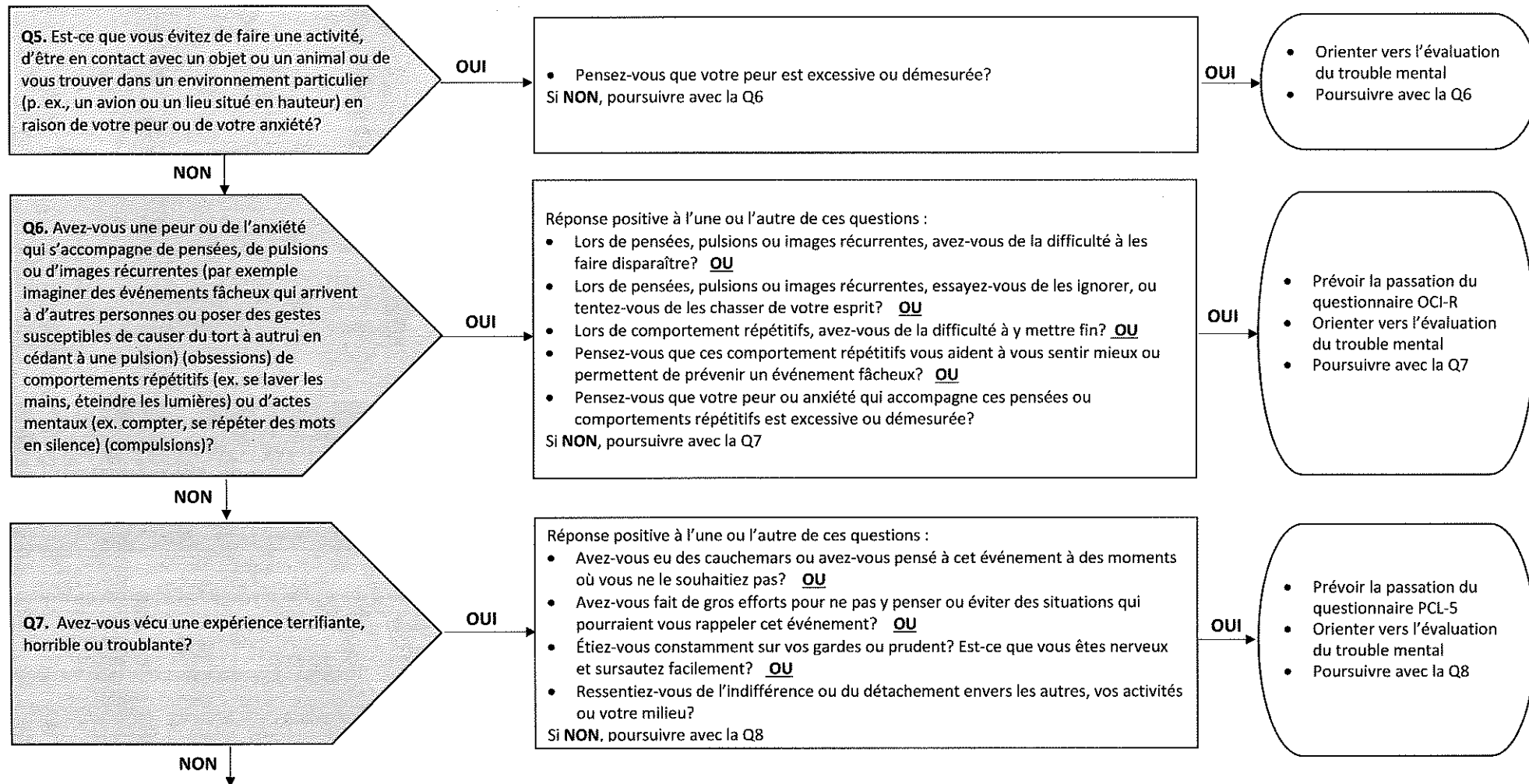
Cette information est tirée en partie du manuel du programme anglais IAPT (The Improving Access to Psychological Therapies Manual) que le MSSS a obtenu l'autorisation de traduire et de contextualiser.

³⁸ Cette annexe n'est pas dans le guide original du NICE. Il s'agit d'un ajout de l'équipe du PQPTM.

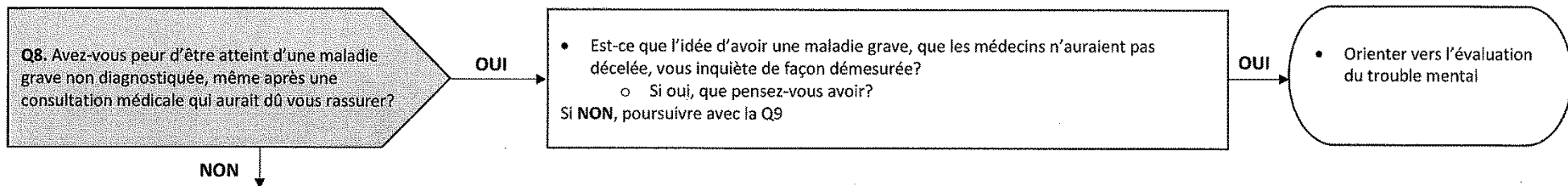
Outil de repérage du guide sur les troubles mentaux fréquents du Programme québécois pour les troubles mentaux (PQPTM)



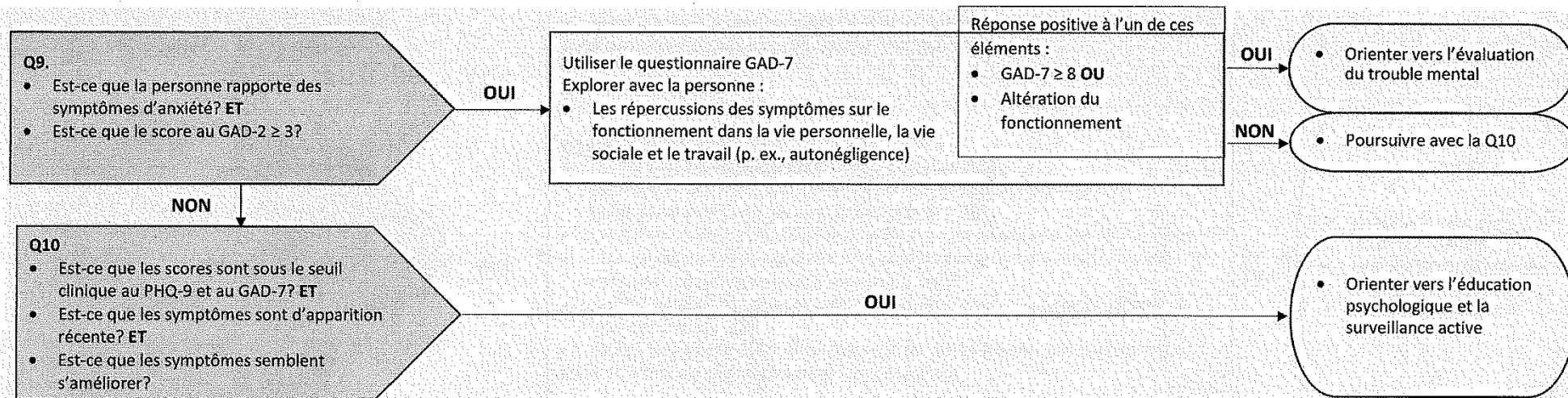
Outil de repérage du guide sur les troubles mentaux fréquents du Programme québécois pour les troubles mentaux (PQPTM)



Outil de repérage du guide sur les troubles mentaux fréquents du Programme québécois pour les troubles mentaux (PQPTM)



Les questions 9 et 10 s'appliquent seulement si une orientation vers l'évaluation du trouble mental n'a pas encore été envisagée à la suite des questions posées précédemment.



ANNEXE 4 : FORCE DES RECOMMANDATIONS

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

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

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

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

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

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

Les soins et les services auxquels on peut avoir recours

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

ANNEXE 5 : GROUPE DE DÉVELOPPEMENT DU GUIDE DE PRATIQUE, ÉQUIPE DE PROJET DU NICE ET COMITÉ DE RÉVISION

GROUPE DE DÉVELOPPEMENT DU GUIDE DE PRATIQUE

Tony Kendrick (président)

Professeur en services de proximité et doyen, Hull York Medical School; omnipraticien, Hull Primary Care Trust

Stephen Pilling (facilitateur)

Directeur, National Collaborating Centre for Mental Health; directeur, Centre for Outcomes Research and Effectiveness, University College London

Mike Bessant

Infirmier en santé mentale, chef régional – Santé mentale, NHS Direct, Bristol

Mary Burd

Chef – Psychologie et counseling, Tower Hamlets Primary Care Trust (jusqu'en décembre 2009)

D^r Alan Cohen

Directeur des services de proximité, West London Mental Health Trust; conseiller national, services de proximité, Improving Access to Psychological Therapies, Department of Health

D^{re} Barbara Compitus

Omnipraticienne, Southville, Bristol

Lillian Dimas

Représentante des utilisateurs de services et de leur entourage

Beth Dumonteil

Chargée de projet (2009-2010), National Collaborating Centre for Mental Health

David Ekers

Infirmier consultant, services de proximité en santé mentale, Tees Esk and Wear Valleys NHS Foundation Trust; conférencier honoraire, Centre for Mental Health Research, Durham University

Linda Gask

Professeure, Services de proximité en psychiatrie, Université de Manchester; psychiatre consultante honoraire, Salford Primary Care Trust

Laura Gibbon

Chargée de projet (2010-2011), National Collaborating Centre for Mental Health

Simon Gilbody

Professeur, médecine psychologique et services de santé, Hull York Medical School

Flora Kaminski

Assistante de recherche, National Collaborating Centre for Mental Health

D^{re} Dimitra Lambrelli

Économiste de la santé, National Collaborating Centre for Mental Health

Terence Lewis

Représentant des utilisateurs de services et de leur entourage

Francesco Palma

Représentant des utilisateurs de services et de leur entourage

D^r Matthew Ridd

Omnipraticien, Portishead; conférencier, National Institute for Health Research, Bristol

Caroline Salter

Assistante de recherche, National Collaborating Centre for Mental Health

Christine Sealey

Chef de centre, National Collaborating Centre for Mental Health

Melinda Smith

Assistante de recherche, National Collaborating Centre for Mental Health

Roz Shafran

Professeure de psychologie, School of Psychology and Clinical Language Sciences, University of Reading

Sarah Stockton

Première spécialiste, sciences de l'information, National Collaborating Centre for Mental Health

Rupert Suckling

Directeur adjoint, santé publique et consultant en médecine de santé publique, Doncaster Primary Care Trust

D^{re} Clare Taylor

Révisseuse principale, National Collaborating Centre for Mental Health

D^{re} Amina Yesufu-Udechuku

Responsable de la revue systématique, National Collaborating Centre for Mental Health

D^r Craig Whittington

Principal responsable de la revue systématique, National Collaborating Centre for Mental Health

ÉQUIPE DE PROJET DU NICE

Sarah Willett

Codirectrice

Caroline Keir

Chef de la mise en service du guide de pratique

Nick Staples

Coordonnateur du guide de pratique

D^{re} Amanda Killoran

Directrice technique

Stefanie Reken

Économiste de la santé

Catharine Baden-Daintree

Révisseuse

COMITÉ DE RÉVISION DU GUIDE DE PRATIQUE

Le Comité de révision du guide de pratique est un comité indépendant qui a supervisé l'élaboration du guide de pratique et assume la responsabilité du respect des procédés du NICE relatifs à l'élaboration des guides de pratique. Le comité veille plus particulièrement à ce que les commentaires formulés par les parties prenantes soient pris en considération et que les mesures appropriées soient prises. Les membres du comité sont issus des soins primaires et secondaires, du public, de la santé publique et de l'industrie *de l'Angleterre*.

D^r Robert Walker (président)

Omnipraticien, Workington

Robin Beal

Consultant, traumatologie et médecine d'urgence, Île de Wight

Ailsa Donnelly

Représentante du public

D^r Mark Hill

Chef des affaires médicales, Novartis Pharmaceuticals UK Ltd

D^r John Harley

Chef, gouvernance clinique et prescription; omnipraticien, North Tees Primary Care Trust