

TROUBLE DÉPRESSIF CHEZ LES ADULTES

GUIDE DE PRATIQUE CLINIQUE



Publié par le NICE en juin 2022, ce guide (NG222) remplace et met à jour le guide CG90 publié en octobre 2009; dernière mise à jour du MSSS, 2022.

Le guide de pratique clinique *Trouble dépressif chez les adultes* est tiré du guide *Depression in adults: treatment and management* © NICE [2022], qu'il est possible de consulter à <https://www.nice.org.uk/guidance/ng222>. Tous droits réservés. Les guides de pratique du NICE sont rédigés par le *National Health Service* de l'Angleterre. Ils sont régulièrement révisés et mis à jour et peuvent être retirés du site Web (nice.org.uk) à la discrétion du NICE. Le NICE n'accepte aucune responsabilité pour l'utilisation du contenu de cette publication.

ÉDITION

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux pour Santé Québec

Le présent document s'adresse spécifiquement aux intervenants du réseau québécois de la santé et des services sociaux et n'est accessible qu'en version électronique à l'adresse : www.msss.gouv.qc.ca, section Publications

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

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2025

Bibliothèque et Archives Canada, 2025

ISBN : 978-2-555-00959-2 (version PDF)

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

LISTE DES COLLABORATEURS

Direction

Monsieur Tung Tran, directeur des spécialités sociales et psychosociales, Santé Québec.

Pierre Bleau, directeur national santé mentale, MSSS.

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

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

Rédaction et gestion de projet

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

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

Madame Annie-Claudie Canuel, psychologue, coordonnatrice au déploiement des mécanismes d'accès en santé mentale et du PQPTM. Santé Québec.

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

Monsieur Karl Turcotte, travailleur social, conseiller en santé mentale volet PQPTM, Santé Québec.

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

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

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

Direction CIUSSS de la Capitale-Nationale

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

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

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

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

CIUSSS de la Capitale-Nationale

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

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

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

Madame Florence Godmaire-Duhaime, agente de planification, programmation et de recherche, professionnelle en ETMISSS

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

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

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

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

Monsieur Walter Marcantoni, chef de service de l'UETMISSS et directeur scientifique du projet

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

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

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

Madame Bertine Sandra Alouamba, agente de planification, programmation et de recherche, professionnelle en ETMISSS

Membres du comité consultatif d'experts

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

Madame Marie-Ève Benoit, conseillère à la qualité de la pratique, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

Docteure Nathalie Dion, pharmacienne, Institut universitaire en santé mentale de Québec (IUSMQ), CIUSSS de la Capitale-Nationale; professeure de clinique, Université Laval

Docteur Pierre Duranleau-Gagnon, pharmacien, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Docteure Marie-Josée Filteau, psychiatre, Institut universitaire en santé mentale de Québec, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Monsieur Corey Hoare, citoyen partenaire

Madame Emmanuelle Khoury, professeure adjointe, École de travail social, Université de Montréal

Docteur Simon Lafrenière, psychiatre, Institut universitaire en santé mentale de Québec

Monsieur Frédéric L'Hérault, citoyen partenaire

Madame Maria Martino, conseillère à la qualité de la pratique, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

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

Docteure Tanh-Lan Ngô, psychiatre, CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal

Monsieur Martin Provencher, psychologue et professeur titulaire, Université Laval

Monsieur Jean-Rémy Provost, directeur général, Relief

Docteur Stéphane Richard-Devantoy, psychiatre, Institut universitaire en santé mentale Douglas, CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal

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

Docteur David Robitaille, psychiatre, Centre intégré en santé et services sociaux de la Montérégie-Est, Hôpital Pierre-Boucher

Monsieur Sébastien Simard, chargé de cours à l'Université de Montréal, École de travail social; Faculté d'études permanentes – Santé mentale.

Expertise ponctuelle

Madame Isabelle Mondou, M.D., M.A., Conseillère en éthique clinique, Direction générale du Collège des médecins

Révision linguistique

Madame Marie-Anne Cotégah, traductrice et réviseure

AVIS AUX LECTEURS

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

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

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

Le guide original se base sur différentes éditions du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM) et sur la Classification internationale des maladies (CIM), alors que le présent guide réfère au DSM-5-TR.

Le Québec est l'un des seuls endroits au monde où la psychothérapie est encadrée légalement. Le guide de pratique clinique du NICE et les recherches sur lesquelles sont basées les interventions recommandées utilisent les termes « thérapie » et « psychothérapie » sans préciser si ces termes renvoient à la psychothérapie telle qu'elle est définie à l'article 187.1 du [Code des professions](#). Ainsi, les recommandations indiquées en italiques et soulignées exigent que l'intervenant utilise son jugement clinique afin de déterminer si l'intervention qu'il s'apprête à réaliser constitue ou non de la psychothérapie au sens de l'article 187.1 du [Code des professions](#). Pour ce faire, l'intervenant devra s'appuyer sur les divers documents des travaux interordres concernant l'exercice de la psychothérapie et des interventions qui s'y apparentent¹.

Étant donné la thématique du présent guide, un certain nombre de recommandations abordent le suicide et le risque de passage à l'acte suicidaire. Le [Guide de bonnes pratiques en prévention du suicide à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux](#) est disponible et vise à soutenir les intervenants dans le rehaussement de leurs compétences professionnelles liées à l'intervention auprès de personnes suicidaires.

Le guide de pratique clinique portant sur le trouble dépressif chez les adultes est l'une des composantes du PQPTM, lequel repose sur un modèle de soins par étapes basé sur les données probantes. Les pratiques recommandées par le guide de pratique clinique s'inscrivent en complémentarité avec l'un des principes directeurs du [Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026 - S'unir pour un mieux-être collectif](#) en soutenant également l'importance de la mise en œuvre de pratiques axées sur le rétablissement, notamment les soins et services

¹ OPQ (2018). L'exercice de la psychothérapie et des interventions qui s'y apparentent. Document des travaux interordres. Consulter au : https://www.orientation.qc.ca/files/OPQ_TravauxInterordres_Complet_FINAL_Web.pdf

centrés sur la personne ainsi que l'implication de la famille et l'entourage. Pour plus d'information concernant le PQPTM dans son intégralité, se référer au [Document d'information à l'intention des établissements — Programme québécois pour les troubles mentaux : des autosoins à la psychothérapie \(PQPTM\)](#).

VOS RESPONSABILITÉS

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

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

Les établissements publics de santé et de services sociaux, de même que les fournisseurs de soins et services, sont responsables de favoriser l'adoption de pratiques respectueuses de l'environnement, dans le cadre du régime de services de santé et de services sociaux. *En ce sens, ils devraient privilégier l'intégration volontaire du développement durable dans la mise en œuvre des recommandations de ce guide de pratique conformément aux plans d'action de développement durable du MSSS².*

² MSSS (2024). Plan d'action de développement durable 2023-2028 du ministère de la Santé et des Services sociaux. Consulter au : [Plan d'action de développement durable 2023-2028 \(quebec.ca\)](#).

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
1. RECOMMANDATIONS	3
1.1. Principes régissant les soins et services offerts.....	4
1.2. Repérage et démarche évaluative.....	6
1.3. Choix de traitements	13
1.4. Prestation des traitements.....	14
1.5. Traitement pour des <i>symptômes</i> ou un nouvel épisode de trouble dépressifs légers ..	28
1.6. Traitement pour des <i>symptômes</i> ou un nouvel épisode de trouble dépressifs moyens ou graves	40
1.7. Thérapie de couple comportementale pour les <i>symptômes</i> ou le trouble dépressifs ...	50
1.8. Prévention de la rechute	50
1.9. Traitement subséquent.....	53
1.10. Symptômes dépressifs persistants	57
1.11. <i>Symptômes</i> ou trouble dépressifs chez les personnes qui présentent un trouble de la personnalité	60
1.12. <i>Symptômes</i> ou trouble dépressifs avec caractéristiques psychotiques.....	61
1.13. Électroconvulsivothérapie pour les <i>symptômes</i> ou le trouble dépressifs.....	63
1.14. Stimulation magnétique transcrânienne pour les <i>symptômes</i> ou le trouble dépressifs	65
1.15. Stimulateur du nerf vague implanté pour le traitement des <i>symptômes</i> ou du trouble dépressifs réfractaires	65
1.16. Accessibilité, coordination et prestation des soins et services	66
2. RECOMMANDATIONS DE RECHERCHE	73
2.1. Principales recommandations pour la recherche	73
2.2. Autres recommandations pour la recherche	75
3. JUSTIFICATIONS ET RÉPERCUSSIONS	79
3.1. Choix du traitement	79
3.2. Début et arrêt des antidépresseurs	79
3.3. Utilisation du lithium à titre d'agent de potentialisation.....	80
3.4. Utilisation des antipsychotiques par voie orale à titre d'agents de potentialisation.....	80
3.5. Activités visant à favoriser le bien-être	81
3.6. Traitement de <i>symptômes</i> ou d'un nouvel épisode de trouble dépressifs légers	81

3.7.	Traitement des <i>symptômes ou</i> d'un nouvel épisode de trouble dépressifs moyens ou graves	83
3.8.	Thérapie de couple comportementale	84
3.9.	Prévention de la rechute	85
3.10.	Traitement subséquent.....	86
3.11.	Symptômes dépressifs persistants	87
3.12.	<i>Symptômes ou</i> trouble dépressifs chez les personnes qui présentent un trouble de la personnalité	88
3.13.	<i>Symptômes ou</i> trouble dépressifs avec caractéristiques psychotiques.....	89
3.14.	Accès aux soins et services	89
3.15.	Soins de collaboration et services spécialisés	90
3.16.	Soins et services en situation de crise, traitement à domicile et soins et services en unité d'hospitalisation.....	91
4.	NOTES SUR LE PRÉSENT GUIDE.....	93
4.1.	Guide de pratique complet	93
4.2.	Information à l'intention du public	93
4.3.	Guides schématisés des recommandations des guides de pratique du NICE	93
4.4.	Documents d'orientation connexes du NICE	93
4.5.	Informations supplémentaires et renseignements concernant le comité du NICE.....	95
	MISE À JOUR DU GUIDE DE PRATIQUE	96
	ANNEXE 1 : TERMES UTILISÉS.....	99
	ANNEXE 2 : FORCE DES RECOMMANDATIONS	103

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 Options de traitement pour les *symptômes ou* le trouble dépressifs légers, classées, selon l'interprétation du comité du NICE, en fonction de leur efficacité clinique et de leur rapport coût-efficacité, et en tenant compte de facteurs relatifs à leur mise en œuvre 31

Tableau 2 Options de traitement pour les *symptômes ou* le trouble dépressifs moyens ou graves, classées selon l'interprétation du comité du NICE, en fonction de leur efficacité clinique et de leur rapport coût-efficacité, et en tenant compte des facteurs relatifs à leur mise en œuvre 41

LISTE DES SIGLES

Sigle	Définition
CANMAT	Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments
CIM	Classification internationale des maladies
CIM-11	Classification internationale des maladies, onzième édition
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CIUSSS-CN	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale
CIUSSS-ODIM	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5 th Edition
DSM-5-TR	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5 th Edition, Text Revision
ECT	Électroconvulsivothérapie
GAD-7	Generalized Anxiety Disorder 7-item
GMF	Groupe de médecine de famille
IMAO	Inhibiteurs de la monoamine-oxydase
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
IRSN	Inhibiteur du recaptage de la sérotonine et de la noradrénaline
ISRS	Inhibiteur sélectif du recaptage de la sérotonine
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NHS	National Health Service
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
PHQ-2	Questionnaire sur la Santé du Patient-2 (<i>Patient Health Questionnaire 2-item</i>)
PHQ-9	Questionnaire sur la Santé du Patient-9 (<i>Patient Health Questionnaire 9-item</i>)

PPA	Personne proche aidante
PQPTM	Programme québécois pour les troubles mentaux : des autosoins à la psychothérapie
RSSS	Réseau de la santé et des services sociaux
TCC	Psychothérapie cognitivo-comportementale
UETMISSS	Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et services sociaux
WSAS	Questionnaire d'appréciation de l'adaptation relative aux activités sociales et au travail WSAS (<i>Work and Social Adjustment Scale</i>)

APERÇU

Le présent guide porte sur l'identification, le traitement et la gestion du trouble dépressif chez les personnes âgées de 18 ans et plus. Il fournit des recommandations pour le traitement des *symptômes ou* des premiers épisodes de trouble dépressif et les traitements subséquents ainsi que des conseils sur la prévention de la rechute et la gestion des *symptômes ou* du trouble dépressifs persistants (*qui comprennent les symptômes ou* le trouble dépressifs chroniques de même que la dysthymie), des symptômes ou du trouble dépressifs avec caractéristiques psychotiques et des *symptômes ou* du trouble dépressifs avec un diagnostic comorbide de trouble de la personnalité.

Le NICE a également publié un guide de pratique sur le trouble dépressif chez les adultes présentant un problème de santé physique chronique (*en anglais seulement*)³. Certains autres guides de pratique rédigés par le NICE ont été contextualisés au Québec, soit les guides sur les [troubles mentaux fréquents](#), le [trouble d'anxiété généralisée et le trouble panique chez l'adulte](#), le [trouble dépressif chez les enfants et les adolescents](#), le [trouble d'anxiété sociale](#), et le [trouble de stress post-traumatique](#).

À qui s'adresse le guide de pratique?

- Aux intervenants et aux gestionnaires du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) et à ses partenaires, qu'ils soient du secteur public, privé ou communautaire.
- Aux intervenants qui sont directement en contact avec des adultes qui présentent des *symptômes ou* un trouble dépressifs, ou qui leur offrent des services de santé ou d'autres services publics.
- Aux établissements publics de santé et des services sociaux et aux fournisseurs de services s'adressant aux adultes susceptibles de présenter ou qui présentent des *symptômes ou* un trouble dépressifs.
- Aux adultes susceptibles de présenter ou qui présentent des *symptômes ou* un trouble dépressifs, de même qu'à la famille et à l'entourage.

³ NICE (2009). Depression in adults with a chronic physical health problem: recognition and management (NICE Clinical guideline CG123). Consulter au : <https://www.nice.org.uk/guidance/cg91>

INTRODUCTION

Les troubles dépressifs se caractérisent par une tristesse suffisamment persistante pour interférer avec le fonctionnement quotidien de la personne, mais aussi par un intérêt et un plaisir réduits face aux activités habituelles (anhédonie)⁴. Selon le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5 TR)⁵, il est possible de distinguer plusieurs types de troubles dépressifs. La durée, le moment de l'apparition ou l'étiologie présumée peuvent différer d'un type à l'autre; ce sont donc ces facteurs qui permettent de les distinguer les uns des autres.

Selon le DSM-5 TR, le diagnostic du trouble dépressif repose sur l'anamnèse, c'est-à-dire l'obtention, avant l'examen clinique, des informations indicelles favorisant l'établissement du diagnostic. Pour différencier les troubles dépressifs de variations ordinaires de l'humeur, il faut qu'une souffrance importante ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou d'autres domaines importants du fonctionnement soient présentes.

La cause exacte des troubles dépressifs est inconnue, mais elle est probablement multifactorielle, impliquant l'hérédité, la modification des taux de neurotransmetteurs, l'altération des fonctions neuroendocrines et des facteurs psychosociaux⁶. La présence d'autres troubles (mentaux ou physiques) augmente également les risques de trouble dépressif caractérisé (auparavant nommé « trouble dépressif majeur »)⁷. Le trouble dépressif caractérisé est l'une des formes les plus graves des troubles dépressifs et peut entraîner une incapacité significative si elle n'est pas efficacement traitée. Des stress majeurs de la vie, en particulier des séparations ou des pertes, précèdent fréquemment les épisodes de trouble dépressif caractérisé; une personne qui a connu un épisode de trouble dépressif caractérisé a un risque plus élevé de vivre des épisodes ultérieurs.

Les troubles dépressifs peuvent survenir à tout âge, mais généralement, ils apparaissent pour une première fois au milieu de l'adolescence, au cours de la vingtaine ou de la trentaine. La dépression peut entraîner diverses conséquences, notamment dans la vie quotidienne (ex. : absentéisme au travail, démotivation dans les études, etc.), ainsi que dans les relations interpersonnelles et amoureuses (ex. : isolement, irritabilité, baisse de libido, etc.). Les idées de mort, l'idéation suicidaire et/ou les passages à l'acte suicidaire sont également fréquents chez les personnes dépressives. Bien qu'aucun facteur à lui seul ne provoque le suicide, la dépression est le trouble de santé mentale le plus courant chez les personnes qui meurent à la suite d'un suicide, et environ 60 % souffrent de ce trouble⁸.

⁴ Coryell, W. (2021). Le manuel Merck pour les professionnels de la santé : troubles dépressifs. Édition professionnelle du Manuel MSD (merckmanuals.com). Consulter au : <https://www.merckmanuals.com/fr-ca/professional/troubles-psi-chiatriques/troubles-de-l-humeur/troubles-d%C3%A9pressifs>

⁵ American Psychiatric Association. (2022). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.). Consulter au : <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>

⁶ Coryell, W. (2021). Le manuel Merck pour les professionnels de la santé : troubles dépressifs. Consulter au : [Troubles dépressifs - Troubles psi-chiatriques - Édition professionnelle du Manuel MSD \(merckmanuals.com\)](https://www.merckmanuals.com/fr-ca/professional/troubles-psi-chiatriques/troubles-de-l-humeur/troubles-d%C3%A9pressifs)

⁷ Patten, S. B., Wang, J. L., Williams, J. V., Currie, S., Beck, C. A., Maxwell, C. J., & El-Guebaly, N. (2006). Descriptive epidemiology of major depression in Canada. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 51(2), 84–90. <https://doi.org/10.1177/0706743706005100204>

⁸ Cavanagh JT, Carson AJ, Sharpe M. Psychological autopsy studies of suicide: A systematic review. *Psychological Medicine*. 2003;33:395-405. Consulter au :

https://www.researchgate.net/publication/10798556_Psychological_Autopsy_Studies_of_Suicide_A_Systematic_Review

Une enquête pancanadienne avec échantillon stratifié menée au début des années 2000 et incluant plus de 25 millions de personnes âgées de 12 ans et plus révèle que 7,1 % de la population (5 % des hommes et 9,2 % des femmes) présente annuellement un risque de dépression probable⁹. Le Québec se compare très favorablement aux autres provinces et territoires avec un pourcentage de 5,8 %. Seuls le Nunavut (4,9 %) et Terre-Neuve-et-Labrador (4,7 %) ont dans leur population un pourcentage plus faible de personnes présentant un risque probable de dépression. À l'opposé, ce pourcentage atteint 9,2 % en Alberta et au Yukon.

Selon cette même enquête, au Québec, comme dans les autres provinces et territoires, plus de femmes (7,5 %) que d'hommes (4,2 %) présentent annuellement des risques de dépression probable. Des disparités régionales sont également à noter. Mises à part les régions sociosanitaires (RSS) du Nord-du-Québec, du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James où les données sont absentes ou insuffisantes pour être interprétées correctement, le risque de dépression probable chez les personnes âgées de 12 ans et plus varie de 4,6 % dans le Bas-St-Laurent à 7 % en Outaouais, Montréal se situant à 5,8 %, soit sur la moyenne globale du Québec.

⁹ Statistique Canada (2017). Tableau 13-10-0553-01. Risque de dépression, selon le groupe d'âge et le sexe, population à domicile de 12 ans et plus, Canada, provinces, territoires, régions sociosanitaires (limites de janvier 2000) et groupes de régions homologues. DOI : <https://doi.org/10.25318/1310055301-fra>

1. RECOMMANDATIONS

La personne utilisatrice de services a le droit d'être impliquée dans toutes les discussions et de prendre des décisions éclairées concernant les soins et services qui lui sont offerts¹⁰. Les soins et services offerts doivent tenir compte des préférences et des besoins de chaque personne.

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

Les intervenants et les établissements doivent également respecter les lois en vigueur au Québec, notamment celles relatives à l'obligation d'obtenir un consentement libre et éclairé conformément aux dispositions prévues dans la [LSSSS](#) et au [Code civil du Québec](#) ainsi que la loi sur le droit de la personne utilisatrice de services de participer à toute décision concernant son état de santé ou de bien-être¹¹. Ainsi, la prise de décision partagée entre la personne utilisatrice de services et les intervenants du réseau de la santé et des services sociaux qui leur offrent des soins et services devrait être favorisée. Les intervenants et les établissements doivent aussi se conformer à la [Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui](#).

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

Les recommandations

Les recommandations qui suivent ont été élaborées à partir des meilleures données probantes disponibles. Pour plus d'informations concernant la terminologie employée pour représenter la force de la recommandation, se référer à l'[Annexe 2 : Force des recommandations](#).

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

- [prise de décision et capacité mentale](#);
- [adhésion aux médicaments](#);
- [médicaments associés à une dépendance ou à des symptômes de retrait : prescription sécuritaire et gestion du retrait chez les adultes](#);
- [optimisation de la pharmacothérapie](#);
- [multimorbidité](#);
- [expérience des personnes utilisant les services de santé mentale pour les adultes](#);
- [prise de décision partagée](#);
- [soutien aux personnes aidantes d'adultes](#).

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

¹¹ Ibid.

Définition du trouble dépressif et de ses degrés de gravité

Le trouble dépressif désigne un vaste éventail de symptômes et manifestations et se caractérise principalement par l'absence d'affect positif (une perte d'intérêt et de plaisir pour les choses et les expériences ordinaires), une humeur triste et un ensemble de symptômes émotionnels, cognitifs, physiques et comportementaux qui y sont associés. Pour en savoir plus, consultez les critères du trouble dépressif de la [Classification internationale des maladies, onzième révision \(CIM-11\)](#) ou du [Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5^e édition, Text revision \(DSM-5-TR\)](#).

La gravité du trouble dépressif s'inscrit dans un continuum et est déterminée selon l'importance de trois éléments principaux :

- les symptômes (lesquels peuvent varier en fréquence et en intensité);
- la durée du trouble;
- les répercussions sur le fonctionnement personnel, social et professionnel.

Traditionnellement, la gravité du trouble dépressif a fait l'objet d'un classement en fonction de quatre catégories (*présence de certains symptômes de dépression – critères diagnostiques non remplis*, trouble léger, moyen ou grave). Toutefois, lors de l'élaboration du présent guide, le NICE a choisi de représenter la gravité du trouble dépressif de manière à refléter le mieux possible les données probantes sur la classification, et à favoriser l'adhésion aux recommandations dans la pratique courante. Ainsi, dans le guide du NICE, les nouveaux épisodes de trouble dépressif sont donc définis comme étant « less severe » ou « more severe ».

La catégorie du trouble dépressif « less severe » comprend la présence *de symptômes ou* d'un trouble dépressifs (*critères diagnostiques non remplis*) et le trouble dépressif léger, tandis que celle du trouble dépressif « more severe » comprend *les symptômes ou* le trouble dépressifs moyens et graves. Pour cette classification, les seuils d'échelles validées ont été utilisés comme indicateurs de gravité du trouble. Par exemple, un score de 16 au PHQ-9 (*Patient Health Questionnaire 9-item*) a été utilisé comme seuil, les scores inférieurs à 16 correspondant au trouble dépressif « less severe » et les scores de 16 ou plus, au trouble dépressif « more severe ».

Note : Il est important de tenir compte du fait que, bien que dans les contextes expérimentaux une catégorisation basée sur un résultat à un questionnaire d'appréciation peut être jugée appropriée, dans un contexte clinique, tel n'est pas le cas. En effet, dans le contexte clinique, d'autres facteurs comme le niveau de fonctionnement et les antécédents de la personne doivent également être considérés afin d'estimer, avec suffisamment de justesse, le niveau de sévérité des symptômes ou d'un trouble dépressifs.

1.1. PRINCIPES RÉGISSANT LES SOINS ET SERVICES OFFERTS

- 1.1.1. Lorsque vous œuvrez auprès de personnes qui présentent des *symptômes ou* un trouble dépressifs, ainsi qu'auprès de leur famille et de leur entourage, veillez à ce que des mesures soient mises en œuvre afin de réduire la stigmatisation et la discrimination

et d'éliminer tout autre obstacle auquel peuvent faire face les personnes qui cherchent à obtenir de l'aide relativement aux *symptômes ou à un trouble dépressifs* (par exemple, éviter de porter un jugement, faire preuve de compassion, démontrer autant de considération pour les troubles mentaux que pour les troubles physiques, considérer les personnes utilisatrices de services comme des personnes à part entière).

Au Québec, le guide d'accompagnement Faire ensemble et autrement (2016) est le document de référence ayant pour objectif de soutenir les établissements dans la mise en place d'actions pour lutter contre la stigmatisation et la discrimination en santé mentale.

Fournir de l'information et du soutien

- 1.1.2. Fournissez aux personnes qui présentent *des symptômes ou un trouble dépressifs* de l'information verbale et écrite à jour qui porte sur le trouble dépressif et son traitement, qui repose sur les données probantes et qui est appropriée à leurs besoins linguistiques et culturels, mais aussi leurs besoins de communication.

NOTE : Par souci d'harmonisation de la terminologie dans l'ensemble des documents de référence du PQPTM, la catégorie proposée par le NICE pour les troubles « less severe » est plutôt représentée par l'expression « symptômes ou trouble dépressifs légers » alors que la catégorie des troubles « more severe » réfère aux « symptômes ou trouble dépressifs moyens ou graves », dans le présent guide.

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

Tenez compte du fait que la divulgation d'information et les communications avec la personne doivent avoir lieu conformément aux bonnes pratiques, aux lois, aux politiques et aux procédures en place au Québec et dans les établissements, notamment la Charte des droits et libertés de la personne et le Code des professions

Considérant que le niveau de littératie est un important prédicteur de l'état de santé, qu'un niveau de littératie faible peut entraîner une participation moindre de l'utilisateur au niveau des soins et services qui lui sont offerts, les stratégies de communication doivent être adaptées lors des échanges avec la personne, la famille et l'entourage¹².

La LSSSS, article 2, paragraphe 7 affirme que le mode d'organisation des ressources humaines, matérielles et financières prévu dans la loi est destiné à « favoriser, compte tenu des ressources, l'accessibilité à des services de santé et des services sociaux, dans leur langue, pour les personnes des différentes communautés culturelles du Québec ».

¹² MSSS (2018). Cadre de référence de l'approche de partenariat entre les usagers, leurs proches et les acteurs en santé et en services sociaux. Consulter au : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2018/18-727-01W.pdf>

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

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

- 1.1.3. *Envisagez de recueillir, de manière anticipée, les préférences et volontés en matière de soins et services (incluant le refus du traitement) des personnes qui présentent des symptômes ou un trouble dépressifs graves récurrents, ou encore des symptômes ou un trouble dépressifs avec caractéristiques psychotiques, de même que celles des personnes faisant l'objet d'une ordonnance de traitement; passez-les en revue régulièrement. Notez ces préférences et volontés au dossier de la personne et joignez-en des copies à son plan de soins et services, dans les services de première ligne, les services spécifiques et les services spécialisés en santé mentale. Remettez des copies à la personne ainsi qu'à sa famille ou son entourage, si la personne y consent. [2009, modifié en 2022].*

NOTE : La recommandation 1.1.3 a été modifiée afin de l'adapter au contexte québécois. Le guide original recommande d'envisager l'utilisation de dispositions permettant aux personnes d'exprimer, de manière anticipée et ayant une portée légale, leurs directives (« advanced decisions ») et volontés (« advanced statements ») en lien avec les soins et services en santé mentale. Bien que de telles dispositions soient prévues au cadre législatif en Angleterre (« The Mental Health Act » 2007 et « The Mental Capacity Act » 2005), elles ne sont pas présentes dans le cadre juridique québécois, en ce qui concerne la santé mentale.

- 1.1.4. *Le cas échéant, informez les personnes qui présentent des symptômes ou un trouble dépressifs qu'il existe certaines dispositions permettant de nommer une personne pour représenter leurs intérêts et prendre certaines décisions en leur nom, dans certains contextes bien précis. Si la situation le requiert, aidez-les à entreprendre ces démarches [2022].*

NOTE : La recommandation 1.1.4 a été modifiée afin de s'adapter au contexte juridique du Québec. Le guide original recommandait d'informer et d'aider la personne, le cas échéant, à établir une procuration générale en matière de santé et de bien-être. Ce type de procuration n'existe pas au Québec. Pour de plus amples informations sur les conditions spécifiques au consentement substitué en matière de soins et services dans certains contextes, consultez le Code civil du Québec (art. 11 à 16).

1.2. REPÉRAGE ET DÉMARCHE ÉVALUATIVE

Le repérage et l'appréciation des symptômes d'un trouble dépressifs ne sont pas des démarches systématiques. Elles peuvent être réalisées par l'entremise, notamment, des différentes portes d'entrée du système de santé et des services sociaux. Ainsi, un intervenant qui reconnaît chez un adulte la présence de symptômes pouvant être associés à un trouble dépressif ou encore, qui croit que l'adulte pourrait se trouver dans une situation susceptible de les faire émerger (facteurs prédisposants, précipitants, comorbidités, etc.) peut décider d'entreprendre ces démarches. Les intervenants concernés sont ceux œuvrant dans les services de première ligne, tels que les services sociaux généraux, les partenaires du réseau, qu'ils soient du secteur public, privé ou communautaire (comme les groupes de médecine de famille ou GMF, les établissements

scolaires et ceux du milieu carcéral) de même que les intervenants œuvrant dans les services spécifiques ou spécialisés en santé mentale.

1.2.1. Soyez à l'affût de la présence possible de symptômes d'un trouble dépressifs (en particulier chez les personnes ayant des antécédents de symptômes ou de trouble dépressifs ou ayant un problème de santé physique chronique avec une altération du fonctionnement associée). Afin de repérer les personnes susceptibles de présenter des symptômes ou un trouble dépressifs, envisagez de poser les deux questions du PHQ-2 (Patient Health Questionnaire 2 item scale), traduit et validé en français.

- Le guide original recommande de « voir aussi le guide de pratique du NICE sur le trouble dépressif chez les adultes présentant un problème de santé physique chronique¹³ (en anglais seulement) [2009, modifié en 2022] ».

NOTE : La recommandation 1.2.1 a été modifiée afin de l'adapter au contexte québécois. Le guide original recommande d'envisager de poser les deux questions de repérage de Whooley13.

1.2.2. Si les réponses aux questions posées aux fins de repérage (voir la recommandation 1.2.1) indiquent la présence possible de symptômes d'un trouble dépressifs (score de 3 ou plus au PHQ-2), procédez alors à une appréciation des symptômes et du fonctionnement. Si la condition de la personne requiert une évaluation plus approfondie, mais que l'intervenant n'a pas les compétences requises pour mener une telle évaluation :

- orientez la personne vers un intervenant habilité à l'évaluation requise en fonction de la condition de la personne;
- si la personne est suivie par un médecin de famille ou une infirmière praticienne spécialisée, et que ce professionnel n'est pas l'intervenant vers qui la personne est orientée, informez ce professionnel de la démarche d'orientation, si la personne y consent. [2009]

NOTE : La recommandation 1.2.2. a été modifiée afin de l'adapter au contexte québécois qui, contrairement au contexte britannique, réserve des activités spécifiques à certains professionnels, notamment certaines évaluations. La recommandation 1.2.2 a également été modifiée afin de la rendre cohérente avec la recommandation 1.2.1.

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

Dans le cadre du PQPTM, afin de permettre la pleine étendue de la pratique des intervenants et de favoriser un accès aux soins et services au moment opportun, la démarche évaluative offre un

¹³ NICE (2009). Depression in adults with a chronic physical health problem: recognition and management (NICE Clinical guideline CG123). Consulter au : <https://www.nice.org.uk/guidance/cg91>

continuum de possibilités incluant l'appréciation des symptômes et du fonctionnement, de même que l'évaluation professionnelle et l'évaluation du trouble mental. Dans certaines situations, il n'est pas nécessaire de conclure à la présence d'un trouble mental ou de procéder à une évaluation professionnelle proprement dite avant d'offrir des interventions visant à aider une personne utilisatrice de services, sa famille et son entourage. Comme un accès rapide aux services augmente la probabilité d'une amélioration significative de la condition de la personne¹⁴, une appréciation (incluant notamment la passation de questionnaires d'appréciation) pourra dans certains cas offrir suffisamment d'information pour comprendre l'essentiel des difficultés de la personne et l'orienter rapidement vers un service adapté à ses besoins, conformément aux recommandations du NICE. Il est à noter que, tout comme le repérage, l'appréciation n'est pas une activité réservée en vertu du Code des professions.

Toutefois, dans certaines situations plus complexes, il pourra être essentiel de procéder à une évaluation plus approfondie. La démarche évaluative propose alors une évaluation par un professionnel dans le cadre de son champ d'exercice (évaluation réservée) ou encore, lorsque la situation l'exige, une évaluation du trouble mental par un professionnel habilité à offrir ce type d'évaluation¹⁵. Il est de la responsabilité de l'intervenant ou du professionnel de s'assurer du respect de ces activités réservées.

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

- 1.2.3. *Si les réponses aux questions posées dans le cadre du repérage (voir la recommandation 1.2.1) indiquent la présence possible de symptômes d'un trouble dépressifs (score de 3 ou plus au PHQ-2), procédez alors à une appréciation des symptômes et du fonctionnement. Si la condition de la personne requiert une évaluation plus approfondie et que l'intervenant possède les compétences requises, effectuez cette évaluation et passez en revue l'état de santé mentale de la personne ainsi que les difficultés fonctionnelles, interpersonnelles et sociales qui y sont associées. [2009]*

NOTE : La recommandation 1.2.3 a été modifiée afin de la rendre cohérente avec les deux recommandations précédentes.

- 1.2.4. *Envisagez l'utilisation d'un questionnaire d'appréciation validé (portant par exemple sur les symptômes, le fonctionnement et/ou l'incapacité) lors de la démarche évaluative auprès d'une personne chez qui la présence de symptômes ou d'un trouble dépressifs est suspectée afin de guider au mieux le traitement et de l'évaluer. [2009]*

Dans le cadre du PQPTM, l'appréciation du fonctionnement est essentielle; le questionnaire traduit en français, validé et identifié pour l'appréciation du

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

¹⁵ Ordre des psychologues du Québec (2020). Évaluation des troubles mentaux : une activité à haut risque de préjudice. Consulter au : <https://www.ordrepsy.qc.ca/evaluation-troubles-mentaux> .

fonctionnement est le *Work and Social Adjustment Scale (WSAS)*¹⁶. Par ailleurs, dans le cadre du PQPTM, l'appréciation des symptômes dépressifs est effectuée avec le PHQ-9 (*Patient Health Questionnaire – 9 items*)¹⁷. De plus, étant donné la comorbidité très importante entre les symptômes dépressifs et les symptômes anxieux¹⁸, il est suggéré d'utiliser également le questionnaire GAD-7 (*Generalized Anxiety Disorder – 7 items*)¹⁹, pour apprécier les symptômes d'anxiété, même lorsque des symptômes ou un trouble dépressifs semblent prédominants.

1.2.5. Si une personne présente des difficultés de langage ou de communication (par exemple, en raison d'une déficience sensorielle, d'un trouble neurocognitif ou d'un trouble du spectre de l'autisme), pour aider à repérer les symptômes d'un trouble dépressifs possibles, envisagez de :

- poser des questions directes à la personne au sujet de ses symptômes, à l'aide d'une méthode de communication appropriée à ses besoins (par exemple, un interprète en langage des signes, un interprète dans la langue appropriée, ou une méthode de communication améliorée et alternative);
- poser des questions à la famille ou à l'entourage au sujet des symptômes de la personne.

Consultez également le guide de pratique du NICE sur les problèmes de santé mentale chez les personnes qui présentent des difficultés d'apprentissage (en anglais seulement) ainsi que le guide de pratique du NICE sur les troubles du spectre de l'autisme (*en anglais seulement*). [2009, modifié en 2022]

*Considérant que le niveau de littératie est un important prédicteur de l'état de santé, qu'un niveau de littératie faible peut entraîner une participation moindre de l'utilisateur en ce qui concerne les soins et services qui lui sont offerts, les stratégies de communication doivent être adaptées lors des échanges avec la personne, la famille et l'entourage*²⁰.

¹⁶ Mundt, J. C., I. M. Marks, M. K. Shear et J. M. Greist. (2002). "The Work and Social Adjustment Scale: a simple measure of impairment in functioning", *The British Journal of Psychiatry*, vol. 180, no 5, p. 461-464. Consulter au : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11983645/>

¹⁷ McCord, D. M., et R. P. Provost (2020). « Construct Validity of the PHQ-9 Depression Screen: Correlations with Substantive Scales of the MMPI-2-RF ». *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, vol. 27, no 1, p. 150-157. Consulter au : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11556941/>

¹⁸ Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Efficacité des interventions psychosociales pour prévenir et traiter les symptômes et troubles mentaux courants. État des connaissances rédigé par Sophie Bernard, Joëlle Brassard, Émilie Proteau-Dupont, Sophie Léveillé et Micheline Lapalme. Québec, Qc : INESSS; 2022. 188 p. Consulter au : <https://www.inesss.qc.ca/publications/repertoire-des-publications/publication/efficacite-des-interventions-psychosociales-pour-prevenir-et-traiter-les-symptomes-et-troubles-mentaux-courants.html>

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

²⁰ MSSS (2018). Cadre de référence de l'approche de partenariat entre les usagers, leurs proches et les acteurs en santé et en services sociaux. Consulter au : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002061/>

Évaluation initiale

À la suite du repérage et de l'appréciation, si la condition de la personne le requiert, une évaluation plus approfondie peut être offerte, telle qu'une évaluation par un professionnel (évaluation réservée), ou encore une évaluation du trouble mental par un professionnel habilité à l'offrir.

- 1.2.6. Procédez à une évaluation approfondie ne reposant pas uniquement sur le nombre de symptômes lorsque vous évaluez une personne susceptible de présenter *des symptômes ou* un trouble dépressifs, mais qui tient compte également de la gravité des symptômes, des antécédents, de la durée et de l'évolution du trouble. Tenez également compte du degré d'altération du fonctionnement et/ou d'incapacité associé au trouble dépressif possible, ainsi que de la durée de l'épisode. **[2009, modifié en 2022]**
- 1.2.7. Discutez avec la personne de l'incidence qu'ont pu avoir les facteurs énumérés ci-dessous sur le développement, l'évolution et la gravité de *leurs symptômes ou* de leur trouble dépressifs; évaluez également les symptômes et l'altération du fonctionnement qui y est associée :
 - tout antécédent *de symptômes ou* de trouble dépressifs, de même que les troubles de santé mentale ou physique concomitants;
 - tout antécédent d'élévation de l'humeur (afin de déterminer si le trouble dépressif peut s'inscrire dans un trouble bipolaire); consultez le guide de pratique du NICE sur le trouble bipolaire (*en anglais seulement*)²¹;
 - toute expérience de traitements antérieurs et la réponse à ces traitements;
 - les forces et ressources personnelles, incluant les relations de soutien;
 - les difficultés dans le cadre des relations interpersonnelles passées et actuelles;
 - les habitudes de vie actuelles (par exemple, l'alimentation, l'activité physique et le sommeil);
 - toute expérience récente ou passée d'événements stressants ou traumatisants, tels qu'un licenciement, un divorce, un deuil ou un traumatisme (voir aussi le guide de pratique clinique sur le [trouble stress post-traumatique](#) contextualisé au Québec);
 - les conditions de vie, la consommation de médicaments ou de drogues (sur ordonnance ou illicites) et d'alcool, l'endettement, la situation professionnelle, la solitude et l'isolement social. **[2009, modifié en 2022]**

Évaluation et gestion des risques

- 1.2.8. *Posez toujours* des questions directes à une personne qui présente *des symptômes ou* un trouble dépressifs au sujet de la présence d'idéation et d'intention suicidaires. Si la personne présente un risque d'automutilation, de comportements autodestructeurs ou de passage à l'acte suicidaire :

²¹ NICE (2014). Bipolar disorder: assessment and management (NICE Clinical guideline CG185). Consulter au : <https://www.nice.org.uk/guidance/cg185>

- évaluez si elle dispose d'un soutien social adéquat et connaît l'existence des ressources d'aide;
 - organisez une aide adaptée au niveau de besoin;
 - conseillez à la personne d'obtenir de l'aide supplémentaire si la situation se détériore. **[2009]**
- 1.2.9. Si une personne qui présente *des symptômes ou* un trouble dépressifs représente un risque considérable immédiat pour elle-même ou pour autrui, orientez-la d'urgence vers un centre de crise ou les services d'urgence. **[2009]**
- 1.2.10. Avisez la personne qui présente *des symptômes ou* un trouble dépressifs d'une possible augmentation de l'agitation, de l'anxiété et des idéations suicidaires au cours des premières étapes du traitement. Vérifiez si la personne présente l'un de ces symptômes et :
- veillez à ce que la personne sache comment obtenir de l'aide rapidement;
 - réévaluez le traitement de la personne si une agitation marquée et/ou persistante apparaît. **[2009]**
- 1.2.11. Conseillez à la personne qui présente *des symptômes ou* un trouble dépressifs et à sa famille ou son entourage d'être vigilants face aux changements d'humeur, à l'agitation, à la négativité, au désespoir et à l'idéation suicidaire, et de communiquer avec leur intervenant s'ils sont inquiets. Cette vigilance est particulièrement importante au cours des périodes où le risque est élevé, telles que le début ou le changement de traitement et les périodes de stress personnel accru. **[2009, modifié en 2022]**
- 1.2.12. Si une personne présentant *des symptômes ou* un trouble dépressifs présente également un risque de passage à l'acte suicidaire :
- ne refusez pas de traiter *les symptômes ou* le trouble dépressifs en raison du risque de passage à l'acte suicidaire;
 - tenez compte des effets toxiques associés à une surdose si un antidépresseur est prescrit ou si la personne prend d'autres médicaments et, si nécessaire, limitez la quantité de médicaments disponibles;
 - envisagez d'accroître le soutien offert, par exemple, par des rencontres, des appels vidéo ou des entretiens téléphoniques plus fréquents;
 - envisagez de diriger la personne vers un centre de crise ou des ressources en prévention du suicide;
 - Pour des conseils supplémentaires sur l'évaluation des risques, consultez le guide de pratique du NICE sur l'automutilation et les comportements autodestructeurs (*en anglais seulement*)²². Pour des conseils supplémentaires sur la pharmacothérapie, voir les [recommandations sur le recours aux antidépresseurs chez les personnes présentant un risque de passage à l'acte suicidaire](https://www.nice.org.uk/guidance/cg133). **[2009, modifié en 2022]**

²² NICE (2011). Self-harm in over 8s: long-term management (NICE Clinical guideline CG133). Consulter au : <https://www.nice.org.uk/guidance/cg133>

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

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

Symptômes ou trouble dépressifs accompagnés de symptômes ou d'un trouble anxieux

- 1.2.13. Lorsqu'un trouble dépressif est accompagné de symptômes d'anxiété, ce qui est particulièrement fréquent chez les personnes âgées, la priorité absolue devrait habituellement être de traiter le trouble dépressif.

NOTE : Si la personne présente des symptômes mixtes d'anxiété et de dépression, mais qu'aucune conclusion relative à la présence d'un trouble mental n'a été établie consultez la recommandation du guide de pratique clinique [Troubles mentaux fréquents](#), (recommandation 1.4.1.5).

Lorsqu'une personne présente un trouble anxieux accompagné de symptômes ou d'un trouble dépressifs comorbides, consultez le guide de pratique du NICE contextualisé portant sur le trouble anxieux en question s'il est disponible, ou encore le guide de pratique original du NICE (en anglais seulement) si le guide contextualisé n'est pas disponible, et envisagez de traiter le trouble anxieux en premier. **[2009, modifié en 2022]**

Symptômes ou trouble dépressifs chez les personnes présentant un trouble neurocognitif

- 1.2.14. Lors de l'évaluation d'une personne chez qui la présence de symptômes ou d'un trouble dépressifs est soupçonnée :

- soyez conscient de tout trouble neurocognitif;
- si nécessaire, consultez un spécialiste possédant les compétences spécifiques à cette problématique pour l'élaboration de plans et de stratégies de traitement. **[2009]**

- 1.2.15. Lors de la prestation de traitements auprès d'une personne qui présente un trouble neurocognitif et un trouble dépressif :

- si possible, offrez les mêmes traitements que chez les autres personnes présentant un trouble dépressif;
- si nécessaire, adaptez la méthode de prestation ou la durée du traitement en tenant compte de la capacité à communiquer de la personne, de ses limitations ou de son incapacité;
- Pour les personnes qui présentent des symptômes ou un trouble dépressifs et qui sont aussi atteintes de démence, consultez la section sur le trouble dépressif

et l'anxiété dans le guide de pratique du NICE portant sur le trouble neurocognitif majeur (*en anglais seulement*)²³. **[2009, modifié en 2022]**. Il est à noter qu'au Québec, le document de repérage et processus menant au diagnostic de la maladie d'Alzheimer et d'autres troubles neurocognitifs de l'INESSS (2015) émet des recommandations sur le repérage du trouble dépressif chez les personnes présentant un trouble neurocognitif majeur²⁴.

1.3. CHOIX DE TRAITEMENTS

- 1.3.1. Discutez avec la personne qui présente *des symptômes ou* un trouble dépressifs de :
- ce qui, selon elle, pourrait contribuer au développement de ses *symptômes ou* de son trouble dépressifs (voir la [recommandation 1.2.7](#));
 - ses idées ou préférences concernant le début du traitement et les options de traitement qu'elle a trouvé bénéfiques par le passé ou pour lesquelles elle pourrait avoir une préférence;
 - son expérience de tout épisode antérieur ou traitement de *symptômes ou* d'un trouble dépressifs;
 - ce qu'elle espère retirer du traitement. **[2022]**
- 1.3.2. Aidez à établir une relation de confiance avec la personne qui présente *des symptômes ou* un trouble dépressifs et facilitez la continuité des soins *et services* en :
- veillant à ce qu'elle puisse rencontrer le même intervenant, dans la mesure du possible;
 - notant à son dossier son point de vue et ses préférences afin que les autres intervenants en soient informés. **[2022]**
- 1.3.3 Discutez avec la personne qui présente *des symptômes ou* un trouble dépressifs de ses préférences en matière de traitement (incluant la possibilité de refuser un traitement offert ou de changer d'avis après avoir commencé un traitement) en fournissant :
- de l'information sur les traitements recommandés par le NICE, les bienfaits et les effets néfastes possibles, tout délai d'attente pour les traitements de même que les résultats attendus (voir le [tableau 1](#) et le [tableau 2](#) pour connaître les traitements recommandés pour des *symptômes ou* un nouvel épisode de trouble dépressifs selon la sévérité);
 - un choix pour :
 - les traitements recommandés dans ce guide de pratique,
 - la manière avec laquelle ils seront offerts (par exemple, traitement individuel en groupe, en personne ou à distance), et

²³ NICE (2018). Dementia: assessment, management and support for people living with dementia and their carers (NICE guideline NG97). Consulter au : <https://www.nice.org.uk/guidance/ng97>

²⁴ Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS, 2015). Repérage et processus menant au diagnostic de la maladie d'Alzheimer et d'autres troubles neurocognitifs. Rapport rédigé par Caroline Colette et Geneviève Robitaille. Consulter au : <https://www.inesss.qc.ca/publications/repertoire-des-publications/publication/reperage-et-processus-menant-au-diagnostic-de-la-maladie-dalzheimer-et-dautres-troubles-neurocognitifs.html>

- le lieu où ils seront offerts;
- la possibilité d'être accompagné d'une personne de la famille ou de l'entourage, pour tous les traitements ou certains d'entre eux;
- la possibilité d'exprimer une préférence quant au genre de l'intervenant, de consulter un intervenant avec qui la personne a déjà une bonne relation ou de changer d'intervenant si la relation ne fonctionne pas. [2022]

1.3.4. Les établissements publics de la santé et des services sociaux et les gestionnaires de services devraient veiller à ce que les personnes puissent exprimer une préférence relativement aux traitements recommandés par le NICE, que ces traitements soient accessibles en temps opportun, particulièrement pour les cas de trouble dépressif grave, et qu'un suivi soit fait afin de garantir l'équité *en ce qui concerne l'accès, la prestation des soins et services et leurs résultats* de même que l'expérience de la personne utilisatrice de services. [2022]

Cette recommandation est cohérente avec le cadre de référence du [Mécanisme d'accès en santé mentale \(MASM, 2022\)](#).

Pour une brève explication des raisons pour lesquelles le comité du NICE a formulé ces recommandations et de leur incidence possible sur la pratique, consultez la [section sur la justification et les répercussions des recommandations concernant le choix de traitement](#).

Les renseignements complets concernant les données probantes et les discussions du comité du NICE sont présentés dans le document *Evidence review I : Patient Choice (en anglais seulement)*²⁵.

1.4. PRESTATION DES TRAITEMENTS

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

NOTE : Les guides du NICE et les recherches sur lesquelles ils s'appuient recommandent certains traitements sans toutefois apporter suffisamment de précision quant à leur nature pour distinguer, notamment, s'il s'agit de psychothérapie au sens de l'article 187.1 du Code des professions ou plutôt d'interventions s'y apparentant. Conséquemment, pour la plupart des recommandations de traitements, tant les « interventions utilisant des techniques » que la « psychothérapie » sont proposées comme traitements reconnus efficaces (en italiques et soulignées). Toutefois, bien que les deux modalités de traitements puissent être recommandées, il demeure la responsabilité de l'intervenant de s'assurer qu'il est habilité à offrir le traitement qu'il s'apprête à réaliser. Pour ce faire, il devra s'appuyer sur les divers documents interordres concernant l'exercice de la psychothérapie et des interventions qui s'y apparentent. Dans le cadre du PQPTM, l'abréviation TCC réfère à la psychothérapie cognitivo-comportementale.

NOTE : De plus, les guides du NICE recommandent certains traitements en précisant parfois un nombre de rencontres. Ce nombre est issu des données de la recherche et reflète la durée du traitement s'étant avérée efficace pour la plupart des personnes le recevant, dans un contexte expérimental. Dans le cadre

²⁵ NICE (2022). Depression in adults: patient Choice. Evidence review underpinning recommendations 1.3.1 to 1.3.6 in the NICE guideline. Consulter au : <https://www.nice.org.uk/guidance/ng222/evidence/i-patient-choice-pdf-400716158868>

du PQPTM, toutefois, ce nombre devra être ajusté en fonction des besoins spécifiques de la personne à qui le traitement est offert afin d'obtenir un résultat optimal, comme il a été validé, notamment, par la mesure clinique en continu.

NOTE : L'organisation des services en Angleterre étant différente de celle au Québec, il peut parfois être difficile d'apparier avec certitude certains des traitements recommandés par les guides du NICE au service équivalent dans le système québécois. De plus, étant donné les particularités de certains territoires, les recommandations quant aux services où devraient être offerts les traitements reconnus efficaces pourraient varier.

Tous les traitements

1.4.1. Lorsque vous envisagez des traitements pour une personne qui présente *des symptômes ou un trouble dépressifs* :

- effectuez une évaluation des besoins;
- élaborez un plan de traitement;
- tenez compte de tout problème de santé physique;
- tenez compte de tout problème de santé mentale comorbide;
- discutez des facteurs les plus susceptibles de favoriser l'adhésion de la personne au traitement, incluant les expériences antérieures favorables et défavorables;
- tenez compte des antécédents en matière de traitement;
- remédiez à tout obstacle à la prestation des traitements résultant d'une incapacité, de difficultés de langage ou de communication;
- veillez à ce que des échanges réguliers aient lieu entre les intervenants des services de proximité et ceux des services spécialisés si la personne reçoit un traitement ou du soutien de la part d'un intervenant spécialisé.

Pour les personnes qui présentent *des symptômes ou un trouble dépressifs* :

- qui présentent également des difficultés d'apprentissage, consultez le guide de pratique du NICE sur les problèmes de santé mentale chez les personnes qui présentent des difficultés d'apprentissage (*en anglais seulement*)²⁶;
- qui présentent également un trouble du spectre de l'autisme, consultez le guide de pratique du NICE sur les troubles du spectre de l'autisme (*en anglais seulement*)²⁷;

²⁶ NICE (2016). Mental health problems in people with learning disabilities: prevention. Assessment and management (NICE guideline NG54). Consulter au: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng54>

²⁷ NICE (2021). Autism spectrum disorder in adults: diagnosis and management (NICE clinical guideline CG142). Consulter au: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg142>

- qui sont aussi atteintes de démence, consultez le guide de pratique du NICE sur la démence (*en anglais seulement*)²⁸;
- pour qui les *symptômes* ou le trouble dépressifs se manifestent au cours de la grossesse, pendant la période postnatale ou pendant la période d'allaitement, consultez le guide de pratique du NICE sur la santé mentale prénatale et postnatale (*en anglais seulement*)²⁹;
- qui sont en ménopause, consultez le guide de pratique du NICE sur la ménopause (*en anglais seulement*)³⁰;
- qui présentent également des problèmes de santé physique, consultez le guide de pratique du NICE sur le trouble dépressif chez les adultes présentant un problème de santé physique chronique (*en anglais seulement*)³¹ de même que les [recommandations sur les soins et services de collaboration](#). **[2022]**

1.4.2. Adaptez le choix du traitement pour qu'il cadre avec les besoins et préférences de la personne qui présente *des symptômes* ou un trouble dépressifs. Utilisez le traitement approprié aux besoins cliniques ou qui a déjà fonctionné pour la personne dans le passé et qui s'avère le moins intrusif et le plus efficace en ce qui concerne les ressources. **[2022]**

1.4.3. Pour toute personne présentant *des symptômes* ou un trouble dépressifs et recevant un traitement :

- évaluez l'efficacité du traitement chez la personne de deux à quatre semaines après le début du traitement;
- surveillez et évaluez l'adhésion au traitement;
- surveillez les effets indésirables du traitement;
- surveillez l'apparition et l'évolution des idées suicidaires, particulièrement au cours des premières semaines de traitement (voir aussi les recommandations sur le recours aux antidépresseurs chez les personnes présentant un risque de passage à l'acte suicidaire et les recommandations sur l'évaluation des risques;
- envisagez d'effectuer une surveillance régulière de l'évolution clinique (mesures cliniques en continu) à l'aide de questionnaires d'appréciation validés appropriés, tel le PHQ-9. **[2009, modifié en 2022]**

NOTE : Dans le cadre des mesures cliniques en continu du PQPTM, il est également recommandé d'utiliser le Work and Social Adjustment Scale (WSAS) pour la surveillance régulière de l'évolution de la personne sur le plan du fonctionnement.

²⁸ NICE (2018). Dementia: assessment, management and support for people living with dementia and their carers (NICE guideline NG97). Consulter au : <https://www.nice.org.uk/guidance/ng97>

²⁹ NICE (2020). Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance (NICE clinical guideline CG192). Consulter au : <https://www.nice.org.uk/guidance/cg192>

³⁰ NICE (2019). Menopause: diagnosis and management (NICE guideline NG23). Consulter au : <https://www.nice.org.uk/guidance/ng23>

³¹ NICE (2009). Depression in adults with a chronic physical health problem: recognition and management (NICE clinical guideline CG91). Consulter au : <https://www.nice.org.uk/guidance/cg91>

Interventions psychosociales et psychothérapie (traitements non pharmacologiques)

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

- 1.4.4. *Informez les personnes s'il existe des listes d'attente pour l'obtention d'un traitement particulier et la durée d'attente probable pour ce traitement. Communiquez régulièrement avec les personnes et assurez-vous qu'elles savent comment obtenir de l'aide si leur état s'aggrave et avec qui elles peuvent communiquer pour obtenir de l'information au sujet de leur progression sur la liste d'attente. Envisagez de fournir du matériel d'autosoins et abordez les enjeux de soutien social entretemps. [2022]*

NOTE : La recommandation 1.4.4 a été modifiée afin d'être cohérente avec les établissements du RSS du Québec. Le document Mécanisme d'accès en santé mentale au Québec : Cadre de référence à l'intention des établissements de Santé et de Services sociaux (2022) mentionne les standards ministériels relatifs aux délais d'accès aux services en santé mentale. Ces standards sont ceux auxquels doivent se référer les établissements plutôt que ceux cités en exemple dans le guide original.

- 1.4.5. Utilisez la documentation décrivant les traitements manualisés pour les *interventions psychosociales et la psychothérapie* afin de vous guider concernant la nature, la durée et la fin des traitements. **[2009, modifié en 2022]**
- 1.4.6. Envisagez d'utiliser des référentiels de compétences cliniques élaborés à partir des manuels de traitement pour les *interventions psychosociales et la psychothérapie* afin de soutenir l'efficacité de la formation, de la prestation des soins et services, de même que du soutien clinique en lien avec ces soins et services. **[2009]**
- 1.4.7. Tous les intervenants offrant des traitements aux personnes qui présentent des symptômes ou un trouble dépressifs devraient :
- recevoir du soutien clinique régulièrement;
 - faire l'objet d'un suivi et d'une évaluation de leurs compétences, par exemple dans le cadre d'une supervision. Cette supervision pourrait comprendre l'analyse d'enregistrements vidéo et audio de leur travail (avec le consentement de la personne utilisatrice de service). **[2009, modifié en 2022]**
- Au Québec, les activités de supervision incluent la supervision professionnelle, comme elle est balisée par les divers ordres professionnels.*
- 1.4.8. Lors de la prestation d'*interventions psychosociales et de psychothérapie* auprès des personnes qui présentent un trouble neurodéveloppemental ou des difficultés d'apprentissage, envisagez d'adapter le traitement selon les recommandations du guide de pratique du NICE sur les problèmes de santé mentale chez les personnes qui présentent des troubles de l'apprentissage (en anglais seulement)³². **[2022]**
- 1.4.9. Lorsqu'une personne est sur le point de terminer une *intervention psychosociale ou une psychothérapie*, discutez ensemble de ce qu'elle peut faire pour préserver les bienfaits du traitement et s'assurer d'un bien-être durable. **[2022]**

³² NICE (2016). Mental health problems in people with learning disabilities: prevention, assessment, and management. Consulter au : <https://www.nice.org.uk/guidance/ng54>

Pharmacothérapie

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

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

Début des antidépresseurs

1.4.10. Lorsque vous offrez un médicament à une personne pour le traitement *de symptômes* ou d'un trouble dépressifs, discutez avec elle et convenez d'un plan de gestion. Incluez :

- les raisons pour lesquelles le médicament est offert;
- les choix de médicaments (si un certain nombre d'antidépresseurs sont appropriés);
- la dose et la façon dont celle-ci pourrait devoir être ajustée;
- les bienfaits, notamment les améliorations que la personne aimerait observer dans sa vie et la façon dont le médicament peut lui être utile;
- les préjudices, y compris les effets indésirables et les effets de retrait possibles, incluant tout effet indésirable que la personne souhaiterait particulièrement éviter (par exemple, prise de poids, sédation, effets sur la fonction sexuelle);
- toute préoccupation qu'a la personne au sujet de la prise ou de l'arrêt du médicament (voir aussi les [recommandations sur l'arrêt du médicament](#)).

Assurez-vous que la personne dispose d'information écrite, adaptée à ses besoins, qu'elle peut apporter à la maison et consulter. **[2022]**

1.4.11. Lorsque vous prescrivez un antidépresseur, veillez à ce que la personne ait de l'information sur les aspects suivants :

- la manière dont elle pourrait être affectée lorsqu'elle commencera à prendre l'antidépresseur de même que les effets possibles;
- le temps nécessaire pour observer un effet (habituellement, si l'antidépresseur s'avère efficace, à l'intérieur des quatre semaines suivant le début du traitement);
- le moment où aura lieu la première rencontre de suivi, habituellement au cours des deux semaines suivant le début du traitement, afin de déterminer si les symptômes s'améliorent et si la personne présente des effets indésirables, ou encore après une semaine si la nouvelle ordonnance est prescrite à une

personne âgée de 18 à 25 ans ou si le risque de passage à l'acte suicidaire est particulièrement préoccupant (voir les [recommandations sur le recours aux antidépresseurs chez les personnes présentant un risque de passage à l'acte suicidaire](#));

- l'importance de suivre les instructions concernant la prise de l'antidépresseur (par exemple, le moment de la journée, les interactions avec d'autres médicaments et l'alcool);
- les raisons pour lesquelles un suivi régulier est nécessaire et la fréquence à laquelle la personne devra se présenter pour une rencontre de suivi;
- la façon dont la personne peut effectuer une autosurveillance de ses symptômes et en quoi cela peut l'aider à se sentir impliquée dans son propre rétablissement;
- la possibilité que le traitement doive se poursuivre au moins six mois après la rémission des symptômes, mais qu'il devra être réévalué régulièrement;
- le fait que certains effets indésirables puissent persister pendant toute la durée du traitement;
- les symptômes de retrait et la manière dont ces effets peuvent être minimisés (voir aussi les [recommandations sur l'arrêt des antidépresseurs](#)). [2022]

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

Conseillez à la personne de communiquer avec son prescripteur ou son pharmacien si elle ressent des effets indésirables avant le prochain rendez-vous ou des difficultés en lien avec un médicament prescrit.

Arrêt des antidépresseurs

- 1.4.12. Conseillez à la personne qui prend un antidépresseur de discuter avec le prescripteur du médicament (par exemple, son intervenant de première ligne ou des services spécifiques ou spécialisés en santé mentale) si elle souhaite arrêter de le prendre. Expliquez-lui qu'il faut généralement réduire la dose progressivement par étapes (« tapering »), mais que la plupart des personnes réussissent à arrêter de prendre un antidépresseur. [2022]
- 1.4.13. Avisez la personne qui prend un antidépresseur qu'elle pourrait présenter des symptômes de retrait si elle cesse de prendre le médicament brusquement, si elle oublie de prendre des doses ou si elle ne prend pas la dose complète. Avisez-la également que les symptômes de retrait n'affectent pas tout le monde et qu'ils peuvent varier quant à leur nature et leur intensité. Les symptômes peuvent inclure :
- un trouble de l'équilibre, des vertiges et des étourdissements;
 - des perturbations sensorielles (par exemple, sensations de décharge électrique);

- une altération des émotions (par exemple, irritabilité, anxiété, tristesse, pleurs, attaques de panique, peurs irrationnelles, confusion ou, très rarement, pensées suicidaires);
- une agitation ou nervosité;
- une perturbation du sommeil;
- de la transpiration;
- des symptômes abdominaux (par exemple, nausées);
- des palpitations, de la fatigue, des maux de tête, des douleurs articulaires et musculaires. **[2022]**

1.4.14. Expliquez aux personnes prenant un antidépresseur que :

- les symptômes de retrait peuvent être légers, apparaître dans les jours suivant la réduction ou l'arrêt de l'antidépresseur et généralement disparaître après une ou deux semaines;
- le retrait peut parfois être plus difficile, avec des symptômes qui durent plus longtemps (dans certains cas plusieurs semaines et parfois, plusieurs mois);
- les symptômes de retrait peuvent parfois être graves, surtout si la personne arrête brusquement de prendre l'antidépresseur. **[2022]**

1.4.15. Reconnaissez que la personne peut avoir des craintes et des inquiétudes concernant l'arrêt de son antidépresseur (par exemple, les effets de retrait qu'elles peuvent ressentir ou la réapparition de leur trouble dépressif) et qu'elle peut avoir besoin de soutien pour arrêter le médicament avec succès, en particulier si les tentatives précédentes ont entraîné des symptômes de retrait ou ont échoué. Ce soutien peut inclure :

- de l'information sur les ressources en ligne ou écrites pouvant être utiles;
- un soutien supplémentaire de la part d'un intervenant (par exemple, des appels téléphoniques de suivi réguliers, des rencontres plus fréquentes ou des conseils sur l'hygiène du sommeil). **[2022]**

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

1.4.16. Lors de l'arrêt d'un antidépresseur chez une personne :

- tenez compte des caractéristiques pharmacocinétiques du médicament (par exemple, la demi-vie du médicament, car la diminution progressive devra se faire plus lentement avec les antidépresseurs ayant une courte demi-vie) et de la durée du traitement;
- diminuez la dose jusqu'à zéro, lentement et par étapes, en prescrivant à chaque étape une proportion de la dose précédente (par exemple, 50 % de la dose précédente);

- envisagez des réductions moins importantes (par exemple, 25 %) au fur et à mesure que la dose diminue;
 - à partir du moment où de très faibles doses ont été atteintes, s'il n'est plus possible de graduellement diminuer la dose en utilisant des comprimés ou des gélules, envisagez d'utiliser des préparations liquides si elles sont disponibles;
 - veillez à ce que la rapidité et la durée du retrait soient déterminées et approuvées par la personne qui prend le médicament prescrit, en s'assurant que tout symptôme de retrait ait disparu ou soit tolérable avant de procéder à la prochaine réduction de la dose;
 - tenez compte du contexte clinique plus large, notamment les bienfaits possibles d'un retrait plus rapide si des effets indésirables graves ou intolérables (par exemple, une hyponatrémie ou un saignement du tractus gastro-intestinal supérieur) sont présents;
 - tenez compte du fait qu'un retrait plus rapide peut être approprié lors du remplacement d'un antidépresseur par un autre;
 - considérez que le retrait du médicament peut prendre plusieurs semaines ou plusieurs mois avant d'être complété avec succès. **[2022]**
- 1.4.17. Assurez-vous d'offrir un suivi et de réévaluer les personnes qui prennent des antidépresseurs pendant la réduction de leur dose afin de détecter à la fois les symptômes de retrait et la réapparition de symptômes du trouble dépressif. Déterminez la fréquence du suivi en fonction des besoins de la personne sur le plan clinique et en matière de soutien. **[2022]**
- 1.4.18. Lorsque vous réduisez la dose d'antidépresseur d'une personne, soyez conscient que :
- les symptômes de retrait peuvent être ressentis pour une grande variété d'antidépresseurs (y compris les antidépresseurs tricycliques, les inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine [ISRS], les inhibiteurs du recaptage de la sérotonine et de la noradrénaline [IRSN] ainsi que les inhibiteurs de la monoamine-oxydase [IMAO]);
 - certains antidépresseurs couramment utilisés, tels que la paroxétine et la venlafaxine, sont plus susceptibles d'être associés à des symptômes de retrait, de sorte qu'une attention particulière doit leur être accordée;
 - la demi-vie d'élimination prolongée de la fluoxétine signifie qu'elle peut parfois être arrêtée de façon sécuritaire de la manière suivante :
 - chez une personne qui prend 20 mg de fluoxétine par jour, une période au cours de laquelle le médicament est pris 1 jour sur 2 peut permettre une réduction convenable de la dose;
 - chez une personne qui prend une dose plus élevée (de 40 mg à 60 mg de fluoxétine par jour), utilisez un plan de diminution progressive;
 - attendez une à deux semaines avant d'évaluer les effets de la réduction de la dose et d'envisager des réductions subséquentes. **[2022]**
- 1.4.19. Si une personne présente des symptômes de retrait lorsqu'elle arrête de prendre un antidépresseur ou que sa dose est réduite, rassurez-la sur le fait qu'elle n'est pas en train de faire une rechute. Expliquez-lui que :

- ces symptômes sont fréquents;
- la rechute ne survient habituellement pas tout de suite après l'arrêt d'un antidépresseur ou une réduction de la dose;
- même si elle recommence à prendre un antidépresseur ou une dose plus élevée, les symptômes de retrait peuvent persister pendant quelques jours. [2022]

1.4.20. Si une personne présente des symptômes de retrait légers lors de l'arrêt des antidépresseurs :

- assurez-vous d'effectuer un suivi des symptômes;
- rassurez-la sur le fait que de tels symptômes sont fréquents et habituellement passagers;
- conseillez-lui de communiquer avec le prescripteur du médicament (par exemple, son intervenant de première ligne ou des *services spécifiques ou spécialisés* en santé mentale) si les symptômes ne s'améliorent pas ou s'aggravent. [2022]

1.4.21. Si une personne présente des symptômes de retrait plus sévères, envisagez de recommencer la prise de l'antidépresseur initial à la dose précédente, puis tentez de réduire la dose à un rythme plus lent, et par plus petits paliers, une fois les symptômes disparus. [2022]

Pour une brève explication des raisons pour lesquelles le comité *du NICE* a formulé ces recommandations et de leur incidence possible sur la pratique, voir la [section sur la justification et les répercussions des recommandations concernant le début et l'arrêt des antidépresseurs](#).

Pour les renseignements complets concernant les données probantes et les discussions du comité *du NICE*, consultez les documents étayant l'examen des données probantes dans le cadre de l'élaboration du guide de pratique du NICE sur la prescription sécuritaire de médicaments (*en anglais seulement*)³³. A: Patient information and support; B: Optimum prescribing strategies; C : Safe withdrawal; D : Withdrawal symptoms; F : Monitoring

Différentes organisations provinciales ou fédérales (par exemple l'INESSS ou le CANMAT) peuvent également avoir mis en ligne de la documentation concernant l'arrêt des antidépresseurs.

Recours aux antidépresseurs chez les personnes présentant un risque de passage à l'acte suicidaire

1.4.22. Lorsque vous prescrivez un antidépresseur à une personne âgée de 18 à 25 ans qui présente *des symptômes ou* un trouble dépressifs ou qui est considérée comme étant à risque accru de passage à l'acte suicidaire :

- évaluez son état mental et son humeur avant de prescrire la médication, idéalement en personne (ou dans le cadre d'un appel vidéo ou d'un entretien téléphonique si une rencontre en personne n'est pas possible ou n'est pas privilégiée);

³³ NICE (2015). Medicines associated with dependence or withdrawal symptoms: safe prescribing and withdrawal management for adults (NICE guideline NG215), Evidence. Consulter au : <https://www.nice.org.uk/guidance/ng215>

- soyez conscient de l'augmentation possible de la prévalence de pensées suicidaires, d'automutilation, de comportements autodestructeurs et de passage à l'acte suicidaire au début du traitement par antidépresseur, et veillez à ce qu'une stratégie de gestion des risques soit mise en place (voir la [section sur l'évaluation et la gestion des risques](#));
- réévaluez le risque de passage à l'acte suicidaire chez la personne une semaine après le début de l'antidépresseur ou de l'augmentation de la dose (idéalement en personne, ou dans le cadre d'un appel vidéo ou d'un entretien téléphonique, si les rencontres en personne ne sont pas possibles ou ne sont pas privilégiées);
- réévaluez ensuite la personne aussi souvent que nécessaire, mais pas plus de quatre semaines après le rendez-vous marquant le début de la prise de l'antidépresseur;
- déterminez la fréquence et la méthode de suivi continu en fonction de la situation de la personne (par exemple, la disponibilité du soutien, l'instabilité à l'égard du logement ou de nouveaux événements importants de la vie tels que le deuil, la rupture d'une relation ou la perte d'un emploi) ainsi que tout changement concernant l'idéation suicidaire ou l'évaluation du risque de passage à l'acte suicidaire. **[2009, modifié en 2022]**

Conseillez à la personne de communiquer avec son prescripteur ou son pharmacien si elle ressent des effets indésirables avant le prochain rendez-vous ou des difficultés en lien avec un médicament prescrit, et ce, dans le cadre de tous les soins et services.

- 1.4.23. *Tenez compte des effets toxiques associés à une surdose lorsque vous prescrivez un antidépresseur à une personne présentant un risque important de passage à l'acte suicidaire. Ne commencez pas systématiquement le traitement par un antidépresseur tricyclique, car ces médicaments sont associés à un plus grand risque de surdose. **[2009, modifié en 2022]***

NOTE : La recommandation 1.4.23 a été modifiée afin de l'adapter au contexte québécois. Selon le guide original, la lofépramine se distinguait des autres antidépresseurs tricycliques sur le plan du risque accru de surdose. Cependant, celle-ci n'était pas autorisée pour la commercialisation au Canada au moment de la publication du présent guide.

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

Recours aux antidépresseurs chez les personnes âgées

- 1.4.24. Lorsque vous prescrivez un antidépresseur à une personne âgée :

- tenez compte de l'état de santé physique général de la personne, des comorbidités et des interactions possibles avec tout autre médicament qu'elle pourrait prendre;
- effectuez soigneusement le suivi des effets secondaires chez la personne;
- soyez vigilant quant au risque accru de chutes et de fractures;

- soyez vigilant quant au risque d'hyponatrémie (en particulier chez les personnes présentant d'autres facteurs de risque d'hyponatrémie, tels que l'utilisation concomitante de diurétiques).

Voir aussi le guide de pratique du NICE sur [la démence : évaluation, gestion et soutien des personnes atteintes de démence et des membres de leur entourage \(en anglais seulement\)](#) ³⁴. **[2009, modifié en 2022]**

Au Québec, il existe des orientations ministérielles concernant les troubles neurocognitifs majeurs³⁵. L'INESSS (2015)³⁶ propose également des recommandations en matière de repérage et de processus menant au diagnostic de la maladie d'Alzheimer et d'autres troubles neurocognitifs.

Utilisation du lithium à titre d'agent de potentialisation

Le suivi des personnes utilisatrices de service sous lithium doit se dérouler selon les bonnes pratiques et procédures en place dans tous les établissements au Québec. Il existe à cet effet divers protocoles de suivi encadrant l'utilisation des thymorégulateurs, notamment celui du CIUSSS de la Capitale-Nationale³⁷.

- 1.4.25. Chez les personnes qui présentent des *symptômes ou* un trouble dépressifs et qui prennent du lithium, évaluez le poids, le fonctionnement des reins et de la glande thyroïde, ainsi que le taux de calcium avant le début du traitement, puis effectuez un suivi au moins tous les six mois pendant le traitement, ou plus souvent en cas de résultats indiquant une insuffisance rénale importante. **[2009, modifié en 2022]**

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

³⁴ NICE (2018) Dementia: assessment, management and support for people living with dementia and their carers. Consulter au : <https://www.nice.org.uk/guidance/ng97>

³⁵ MSSS (2022). Orientations ministérielles sur les troubles neurocognitifs majeurs – Phase 3. Consulter au : [Publications du ministère de la Santé et des Services sociaux \(gouv.qc.ca\)](https://www.mssss.gouv.qc.ca/publications/repertoire-des-publications/publication/reperage-et-processus-menant-au-diagnostic-de-la-maladie-dalzheimer-et-dautres-troubles-neurocognitifs.html)

³⁶ Voir INESSS (2015). Repérage et processus menant au diagnostic de la maladie d'Alzheimer et d'autres troubles neurocognitifs. Consulter au : <https://www.INESSS.gc.ca/publications/repertoire-des-publications/publication/reperage-et-processus-menant-au-diagnostic-de-la-maladie-dalzheimer-et-dautres-troubles-neurocognitifs.html>

³⁷ Comité d'experts sur la révision des protocoles médicamenteux (CE) (2021). Révision des protocoles de suivi du traitement aux thymorégulateurs et aux antipsychotiques. 2^e édition, (ET09-0411). Québec, Québec : CIUSSS de la Capitale-Nationale. Consulter au : https://www.ciusss-capitenationale.gouv.qc.ca/sites/d8/files/docs/MissionUniversitaire/ETMISSS/Avis_Deuxie%CC%80meEdition_mars_2021-3.pdf

- 1.4.26. Chez les femmes en âge de procréer, en particulier si elles planifient une grossesse, discutez avec elles des risques et des bienfaits du lithium, de la planification avant la grossesse et de la nécessité d'un suivi supplémentaire. [2022]
- 1.4.27. Assurez-vous d'effectuer un suivi du taux de lithium *sanguin* 12 heures après l'administration de la dose, une semaine après le début du traitement et une semaine après chaque modification de la dose, puis toutes les semaines jusqu'à ce que le taux soit stable. Ajustez la dose en fonction du taux *sanguin*, jusqu'à l'atteinte du taux cible.
- Lorsque la dose est stable, effectuez un suivi tous les trois mois pendant la première année.
 - Après la première année, mesurez le taux de lithium *sanguin* tous les six mois, ou tous les trois mois chez les personnes appartenant à l'un des groupes suivants :
 - les personnes âgées;
 - les personnes qui prennent des médicaments qui interagissent avec le lithium;
 - les personnes qui présentent un risque d'insuffisance rénale ou thyroïdienne, d'hypercalcémie ou d'autres complications;
 - les personnes chez qui les symptômes sont mal contrôlés;
 - les personnes qui ont une faible adhésion au traitement;
 - les personnes chez qui le dernier taux de lithium *sanguin* était de 0,8 mmol/L ou plus. [2022]
- 1.4.28. Déterminez la dose de lithium en fonction de la réponse et de la tolérance au traitement :
- le taux de lithium *sanguin* ne devrait pas dépasser 1,0 mmol/L (les taux thérapeutiques pour l'augmentation d'un antidépresseur sont habituellement de 0,4 mmol/L ou plus; envisagez une concentration de 0,4 à 0,6 mmol/L chez les personnes de 65 ans ou plus);
 - ne commencez pas à renouveler les ordonnances tant que la concentration de lithium et la fonction rénale ne sont pas stables;
 - tenez compte de l'état général de santé physique d'une personne lorsque vous passez en revue les résultats d'analyse (incluant une éventuelle déshydratation ou infection);
 - tenez compte de toute modification de médication concomitante (par exemple, les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine, les bloqueurs des récepteurs de l'angiotensine II, les diurétiques, les anti-inflammatoires non stéroïdiens [AINS], de même que tout médicament en vente libre) susceptible d'avoir une incidence sur le taux de lithium et demandez l'avis d'un intervenant spécialisé si nécessaire;
 - à chaque rencontre de suivi, surveillez les signes de toxicité au lithium, incluant la diarrhée, les vomissements, les tremblements marqués, l'ataxie, la confusion et les convulsions;
 - demandez l'avis d'un intervenant spécialisé en cas de doute sur l'interprétation de tout résultat d'analyse. [2022]

- 1.4.29. Gérez la prescription de lithium dans le cadre de soins de collaboration. En cas de préoccupations relatives à la toxicité ou aux effets indésirables (par exemple, chez les personnes âgées ou les personnes atteintes d'insuffisance rénale), gérez la prescription de lithium selon les balises de la pratique partagée en collaboration avec *un professionnel possédant les compétences requises (exemple : médecin de famille, IPS, psychiatre)*. [2022]
- 1.4.30. Envisagez d'effectuer un suivi par électrocardiogrammes (ECG) chez les personnes qui prennent du lithium et qui présentent un risque élevé de maladies cardiovasculaires. [2009]
- 1.4.31. *Fournissez aux personnes qui prennent du lithium de l'information sur l'utilisation sécuritaire de ce médicament, telle que la fiche explicative sur le médicament fournie par le pharmacien communautaire lors du conseil pharmaceutique.* [2022]
- NOTE : La recommandation 1.4.31 a été modifiée. La recommandation originale était de fournir aux personnes qui prennent du lithium de l'information sur l'utilisation sécuritaire de ce médicament, incluant la trousse de traitement par lithium élaborée par le NHS. Au Québec, il n'existe pas de telle trousse disponible gratuitement pour le grand public.*
- 1.4.32. N'arrêtez le lithium qu'avec l'avis d'un professionnel possédant les compétences requises. Lors de l'arrêt du lithium, lorsque cela est possible, réduisez la dose de façon progressive sur une période d'un à trois mois. [2022]

Pour une brève explication des raisons pour lesquelles le comité *du NICE* a formulé ces recommandations consensuelles et de leur incidence possible sur la pratique, voir la [section sur la justification et les répercussions des recommandations concernant l'utilisation du lithium à titre d'agent de potentialisation](#).

Utilisation des antipsychotiques par voie orale à titre d'agents de potentialisation

En date de juin 2022, l'emploi de certains antipsychotiques pour le traitement *des symptômes ou* du trouble dépressifs correspondait à une utilisation hors indication. Consultez le document d'information du NICE sur [la prescription de médicaments](#) (en anglais seulement)³⁸.

- 1.4.33. Avant de commencer à prendre un antipsychotique, évaluez la fréquence cardiaque au repos, la tension artérielle, le poids, l'état nutritionnel, le régime alimentaire, le niveau d'activité physique, la glycémie à jeun ou le taux d'HbA1c de même que le taux de lipides à jeun. [2022]

En date de juin 2022, le guide original mentionnait que l'usage de certains antipsychotiques était hors indication (en anglais seulement). Avant de prescrire un antipsychotique, consultez le site de Santé Canada.

- 1.4.34. Effectuez un suivi, comme indiqué dans la monographie du médicament, chez les personnes qui prennent un antipsychotique pour le traitement *des symptômes ou* du trouble dépressifs, ce qui peut comprendre :

³⁸ NICE. Making decisions using NICE guidelines: Prescribing medicines. Consulter au : <https://www.nice.org.uk/about/what-we-do/our-programmes/nice-guidance/nice-guidelines/making-decisions-using-nice-guidelines#prescribing-medicines>

- le suivi de la formule sanguine complète, des taux d'urée et d'électrolytes, de la fonction hépatique et de la prolactine;
- le suivi du poids, toutes les semaines pendant les 6 premières semaines, puis à 12 semaines et à 1 an après le début du traitement et ensuite, annuellement;
- le suivi de la glycémie à jeun ou du taux d'HbA1c et du de taux lipides à jeun à 12 semaines et à 1 an après le début du traitement et ensuite, annuellement;
- le suivi par ECG (avant le début du traitement, puis lorsque la dose cible est atteinte) chez les personnes atteintes d'une maladie cardiovasculaire confirmée ou présentant un risque cardiovasculaire spécifique (tel qu'un diagnostic d'hypertension artérielle) de même que chez celles qui prennent d'autres médicaments connus pour allonger l'intervalle QT (par exemple, le citalopram ou l'escitalopram);
- la surveillance, à chaque rencontre de suivi, des effets indésirables, incluant les effets extrapyramidaux (par exemple, tremblements, parkinsonisme) et les effets indésirables liés à la prolactine (par exemple, troubles sexuels ou menstruels), et la réduction de la dose si nécessaire;
- le fait d'être conscient de toute interaction médicamenteuse susceptible d'augmenter les concentrations de certains antipsychotiques (surveillez et ajustez les doses si nécessaire);
- une évaluation plus poussée et une gestion de la situation si nécessaire ou en cas de prise de poids rapide ou excessive, ou encore en présence de taux anormaux de lipides ou de glucose dans le sang. [2022]

1.4.35. Gérez la prescription d'antipsychotiques dans le cadre de soins de collaboration. [2022]

1.4.36. Chez les personnes qui présentent *des symptômes ou* un trouble dépressifs et qui prennent un antipsychotique, considérez à chaque rencontre de suivi s'il faut continuer de prendre l'antipsychotique en fonction des risques actuels pour la santé physique et mentale de la personne. [2022]

1.4.37. N'arrêtez les antipsychotiques que sur *l'avis d'un professionnel possédant les compétences requises*. Lors de l'arrêt d'antipsychotiques, réduisez graduellement la dose sur une période d'au moins quatre semaines et proportionnellement à la durée du traitement. [2022]

Pour une brève explication des raisons pour lesquelles le comité *du NICE* a formulé ces recommandations consensuelles et de leur incidence possible sur la pratique, voir la [section sur la justification et les répercussions des recommandations concernant l'utilisation des antipsychotiques pour la voie orale à titre d'agents de potentialisation](#).

Utilisation du millepertuis

1.4.38. Bien que des données indiquent que le millepertuis puisse être bénéfique dans les cas de *symptômes ou* d'un trouble dépressifs légers, les intervenants devraient :

- conseiller les personnes qui présentent *des symptômes ou* un trouble dépressifs au sujet des différentes concentrations des préparations disponibles et des interactions graves possibles entre le millepertuis et d'autres médicaments;

- ne pas prescrire ni conseiller l'utilisation du millepertuis aux personnes qui présentent *des symptômes ou* un trouble dépressifs légers en raison de l'incertitude quant aux doses appropriées, de la rémanence de l'effet, de la variation de la nature des préparations et des interactions graves possibles avec d'autres médicaments (incluant les contraceptifs hormonaux, les anticoagulants et les anticonvulsivants). [2009]

Activités et traitements physiques

Utilisation de la luminothérapie

- 1.4.39. Informez les personnes qui présentent *des symptômes ou un* trouble dépressifs avec caractère saisonnier et qui souhaitent faire l'essai de la luminothérapie, de préférence à un antidépresseur ou à des *traitements non pharmacologiques (interventions psychosociales ou psychothérapie)*, que les données probantes concernant l'efficacité de la luminothérapie sont peu concluantes. [2009]

Activités visant à favoriser le bien-être

- 1.4.40. Informez les personnes que la pratique régulière de toute forme d'activité physique (par exemple, la marche, le jogging, la natation, la danse ou le jardinage) peut contribuer à améliorer leur sentiment de bien-être. Les bienfaits peuvent être plus importants si l'activité est pratiquée en plein air. [2022]
- 1.4.41. Informez les personnes que le maintien d'un mode de vie sain (par exemple, manger sainement, éviter l'abus d'alcool et dormir suffisamment) peut contribuer à améliorer leur sentiment de bien-être. Voir aussi les recommandations du NHS concernant le bien-être mental (*en anglais seulement*)³⁹. [2022]

La page [Maintenir une bonne santé mentale](#), mise en ligne par le gouvernement du Québec, propose des informations similairement pertinentes, en français.

Pour une brève explication des raisons pour lesquelles le comité *du NICE* a formulé ces recommandations consensuelles et de leur incidence possible sur la pratique, voir la [section sur la justification et les répercussions des recommandations concernant les activités visant à favoriser le bien-être](#).

1.5. TRAITEMENT POUR DES SYMPTÔMES OU UN NOUVEL ÉPISODE DE TROUBLE DÉPRESSIFS LÉGERS

Surveillance active chez les personnes qui ne souhaitent pas recevoir de traitement

- 1.5.1. Chez les personnes qui présentent *des symptômes ou un* trouble dépressifs légers et qui ne souhaitent pas recevoir de traitement ou les personnes qui ont l'impression que leurs symptômes dépressifs s'améliorent :
- discutez du ou des problèmes actuels, des vulnérabilités et facteurs de risque sous-jacents ainsi que de toute préoccupation qu'elles pourraient avoir;

³⁹ NHS. Five steps to mental wellbeing. Consulter au : <https://www.nhs.uk/mental-health/self-help/guides-tools-and-activities/five-steps-to-mental-wellbeing/>

- assurez-vous que les personnes savent qu'elles peuvent changer d'avis et comment elles peuvent obtenir de l'aide;
- fournissez de l'information au sujet de la nature et de l'évolution *des symptômes ou du* trouble dépressifs;
- planifiez une évaluation supplémentaire, normalement dans un délai de deux à quatre semaines;
- prenez contact avec les personnes (par des tentatives répétées si nécessaire), si elles ne se présentent pas aux rendez-vous de suivi. **[2009, modifié en 2022]**

Options de traitement

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

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

- 1.5.2. Discutez des options de traitement avec les personnes qui présentent des *symptômes ou un nouvel épisode de trouble dépressifs légers* et considérez les choix de traitements en fonction des besoins cliniques identifiés et de leurs préférences :
- utilisez le [tableau 1](#) et la synthèse visuelle pour orienter et éclairer la discussion;
 - tenez compte du fait que tous les traitements du tableau 1 peuvent être utilisés comme traitements de première intention, mais envisagez d'abord le traitement le moins intrusif et le moins exigeant en ce qui concerne les ressources (autosoins dirigés);
 - parvenez à une décision partagée sur le choix d'un traitement qui convient aux besoins cliniques de la personne, en tenant compte de ses préférences (voir aussi les [recommandations sur le choix du traitement](#));
 - reconnaissez que la personne a le droit de refuser un traitement. **[2022]**

- 1.5.3. N'offrez pas systématiquement un antidépresseur à titre de traitement de première intention pour *des symptômes ou* un trouble dépressifs légers, à moins que la personne ne manifeste une préférence pour ce dernier. **[2022]**

Tableau 1 Options de traitement pour les *symptômes* ou le trouble dépressifs légers, classées, selon l'interprétation du comité du NICE, en fonction de leur efficacité clinique et de leur rapport coût-efficacité, et en tenant compte de facteurs relatifs à leur mise en œuvre

Traitement	Mode de prestation	Principales caractéristiques	Autres points à considérer
Autosoins dirigés	- Matériel imprimé ou numérique respectant les principes des autosoins dirigés, incluant du matériel basé sur <u>l'intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou la TCC</u> structurée, sur l'activation comportementale (AC) structurée et sur la résolution de problèmes ou l'éducation psychologique. Ce traitement peut être offert en personne, par téléphone ou en ligne. - Soutien d'un intervenant ayant reçu une formation pertinente qui facilite le déroulement des autosoins, encourage la personne à les compléter et permet de passer en revue les progrès réalisés et les résultats. - Consistent généralement en six à huit séances	- Axés sur la manière dont les pensées, les croyances, les attitudes, les émotions et le comportement interagissent ainsi que sur l'apprentissage de capacités d'adaptation permettant de composer différemment avec les situations de la vie. - Orientés sur un objectif et structurés. - Axés sur la résolution des problèmes actuels.	- Peuvent convenir aux personnes qui n'aiment pas parler <i>de leurs symptômes</i> ou de leur trouble dépressifs en groupe. - Nécessitent de la motivation intrinsèque et une volonté de travailler seul (bien qu'un soutien régulier soit offert). - Permettent une certaine flexibilité quant à l'intégration des activités et exercices aux autres obligations personnelles. - Doivent tenir compte de l'accès et de la capacité à utiliser un ordinateur pour les documents en format numérique. - Moins de possibilités d'adapter le traitement à chaque personne en comparaison à d'autres <i>traitements non pharmacologiques</i> individuels. - Permettent d'éviter les effets indésirables

Traitement	Mode de prestation	Principales caractéristiques	Autres points à considérer
	structurées et régulières.		potentiels des médicaments.
Intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou TCC* en groupe	- Traitement de groupe offert par deux intervenants, dont au moins un est formé et a des compétences spécifiques au traitement. - Consiste généralement en huit séances régulières. - Comprend généralement huit participants par groupe. - Offerte conformément aux manuels de traitement en vigueur.	- Axée sur la manière dont les pensées, les croyances, les attitudes, les émotions et le comportement interagissent, ainsi que sur l'apprentissage de capacités d'adaptation permettant de composer différemment avec les situations de la vie. - Orientée sur un objectif et structurée. - Axée sur la résolution des problèmes actuels.	- Peut être utile pour les personnes capables de reconnaître les pensées négatives ou des schèmes (« <i>patterns</i> ») comportementaux inefficaces qu'elles souhaitent changer. - Peut permettre d'obtenir du soutien de la part de pairs susceptibles de vivre des expériences similaires. - Permet d'éviter les effets indésirables potentiels des médicaments. - La personne devra être disposée à faire des exercices à la maison.
Activation comportementale (AC) en groupe	- Traitement de groupe offert par deux intervenants, dont au moins un est formé et a des compétences spécifiques au traitement. - Consiste généralement en huit séances régulières. - Comprend généralement	Axée sur l'identification des liens entre les activités d'une personne et son humeur. Aide la personne à reconnaître des schèmes (« <i>patterns</i> ») et à planifier des changements pratiques qui réduisent l'évitement et qui sont axés sur les comportements associés à une	- Peut être utile pour les personnes chez qui <i>les symptômes ou</i> le trouble dépressifs ont entraîné de l'isolement social, l'abandon d'activités ou l'inactivité, ou ont suivi un changement de situation ou de routine. - Peut permettre d'obtenir du soutien de la part de pairs

Traitement	Mode de prestation	Principales caractéristiques	Autres points à considérer
	huit participants par groupe. • Offerte conformément aux manuels de traitement en vigueur.	amélioration de l'humeur. • Orientée sur un objectif et structurée. • Axée sur la résolution des problèmes actuels. • Ne cible pas directement les pensées et les émotions.	susceptibles de vivre des expériences similaires. • Permet d'éviter les effets indésirables potentiels des médicaments. • La personne devra être disposée à faire des exercices à la maison.
Intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou TCC individuelle	• Traitement individuel offert par un intervenant formé et ayant des compétences spécifiques au traitement. • Consiste généralement en huit séances régulières, bien que des séances supplémentaires puissent être nécessaires chez les personnes qui présentent des problèmes de santé mentale ou physique comorbides, des besoins sociaux complexes ou des symptômes résiduels. • Offerte conformément aux manuels de traitement en vigueur.	• Axée sur la manière dont les pensées, les croyances, les attitudes, les émotions et le comportement interagissent, ainsi que sur l'apprentissage de capacités d'adaptation permettant de composer différemment avec les situations de la vie. • Orientée sur un objectif et structurée. • Axée sur la résolution des problèmes actuels.	• Peut être utile pour les personnes capables de reconnaître les pensées négatives ou les schèmes (« <i>patterns</i> ») comportementaux inefficaces qu'elles souhaitent changer. • Peut convenir aux personnes qui n'aiment pas parler de <i>leurs symptômes</i> ou de leur trouble dépressifs en groupe. • Pas d'opportunité d'obtenir du soutien de la part de pairs susceptibles de vivre des expériences similaires. • Permet d'éviter les effets indésirables potentiels des médicaments. • La personne devra être disposée à

Traitement	Mode de prestation	Principales caractéristiques	Autres points à considérer
			faire des exercices à la maison.
Activation comportementale (AC) individuelle	- Traitement individuel offert par un intervenant formé et ayant des compétences spécifiques au traitement. - Consiste généralement en huit séances régulières, bien que des séances supplémentaires puissent être nécessaires chez les personnes qui présentent des problèmes de santé mentale ou physique comorbides, des besoins sociaux complexes ou des symptômes résiduels. - Offerte conformément aux manuels de traitement en vigueur.	- Axée sur l'identification des liens entre les activités d'une personne et son humeur. Aide la personne à reconnaître des schèmes et à planifier des changements concrets qui réduisent l'évitement et sont axés sur les comportements associés à une amélioration de l'humeur. - Orientée sur un objectif et structurée. - Axée sur la résolution des problèmes actuels. - Ne cible pas directement les pensées et les émotions.	- Peut être utile pour les personnes chez qui <i>les symptômes ou</i> le trouble dépressifs ont entraîné de l'isolement social, l'abandon d'activités ou l'inactivité, ou ont suivi un changement de situation ou de routine. - Peut convenir aux personnes qui n'aiment pas parler <i>de leurs symptômes ou</i> de leur trouble dépressifs en groupe. - Pas d'opportunité d'obtenir du soutien de la part de pairs susceptibles de vivre des expériences similaires. - Permet d'éviter les effets indésirables potentiels des médicaments. - La personne devra être disposée à faire des exercices à la maison.
Programme d'activité physique en groupe	Traitement comportant la pratique d'activité physique en groupe et offert par un intervenant ayant reçu une	Intègre de l'activité physique aérobique	Peut permettre d'obtenir du soutien de la part de pairs susceptibles de vivre des

Traitement	Mode de prestation	Principales caractéristiques	Autres points à considérer
	formation pertinente. - Fait appel à un programme d'activité physique conçu spécialement pour les personnes qui présentent <i>des symptômes ou un trouble dépressifs</i>. - Consiste généralement en plus d'une séance par semaine pendant 10 semaines. - Comprend généralement huit participants par groupe.	d'intensité modérée. Ne cible pas directement les pensées et les émotions.	expériences similaires. - Peut devoir être adapté si la personne présente des problèmes de santé physique rendant difficile la pratique d'activité physique. - Peut devoir être adapté pour tenir compte d'aspects psychologiques, tels que l'anxiété ou la honte, pouvant constituer des obstacles à l'engagement. - Nécessite un investissement de temps considérable. - Peut également s'avérer bénéfique sur le plan de la santé physique. - Permet d'éviter les effets indésirables potentiels des médicaments.
<i>Intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou TCC basée sur la pleine conscience en groupe</i>	- Traitement en groupe offert de préférence par deux intervenants, dont au moins un est formé et a des compétences spécifiques au traitement. - Fait appel à un programme reposant sur <i>l'intervention utilisant des techniques</i>	Accent placé sur le fait de porter toute son attention sur le moment présent, observer et rester centré sur ses pensées, ses émotions et ses sensations physiques, de même que sur la pratique	- Peut être utile pour les personnes qui souhaitent développer une perspective différente sur les pensées, les émotions ou les sensations physiques désagréables. - Peut s'avérer difficile pour des personnes ayant des pensées

Traitement	Mode de prestation	Principales caractéristiques	Autres points à considérer
	<i>cognitivo-comportementales ou la TCC</i> basée sur la pleine conscience et conçu spécialement pour les personnes qui présentent des <i>symptômes</i> ou un trouble dépressifs. • Consiste généralement en huit séances régulières. • Comprend généralement de 8 à 15 participants par groupe.	d'exercices de respiration. • Implique d'augmenter la conscience et de reconnaître les pensées et les émotions présentes sans chercher à les changer. • N'a pas d'impact positif direct sur les relations, l'emploi ou d'autres facteurs de stress pouvant contribuer à la présence de <i>symptômes</i> ou d'un trouble dépressifs.	intenses ou très perturbantes, ou qui trouvent difficile de porter leur attention sur leur corps. • Peut permettre d'obtenir du soutien de la part de pairs susceptibles de vivre des expériences similaires. • Permet d'éviter les effets indésirables potentiels des médicaments. • La personne devra être disposée à faire des exercices à la maison, incluant l'utilisation d'enregistrements sur la pleine conscience entre les séances.
Thérapie interpersonnelle (IPT)	• Traitement individuel offert par un intervenant formé et ayant des compétences spécifiques au traitement. • Consiste généralement en 8 à 16 séances régulières, bien que des séances supplémentaires puissent être nécessaires chez les personnes qui présentent des problèmes de santé mentale ou physique	• Accent mis sur l'identification de la manière avec laquelle les relations ou situations interpersonnelles sont reliées aux humeurs dépressives, de même que sur l'exploration des émotions et la modification des réactions sur le	• Peut être utile pour les personnes chez qui <i>les symptômes</i> ou le trouble dépressifs sont associés à des difficultés interpersonnelles, en particulier celles qui doivent s'adapter à une transition relationnelle, à un deuil ou à un changement de rôle interpersonnel. • Peut convenir aux personnes qui n'aiment pas parler

Traitement	Mode de prestation	Principales caractéristiques	Autres points à considérer
	comorbides, des besoins sociaux complexes ou des symptômes résiduels. • Offerte conformément aux manuels de traitement en vigueur.	plan interpersonnel. • Approche structurée. • Axée sur la résolution des problèmes actuels. • L'objectif est de changer les schèmes relationnels plutôt que de cibler directement les pensées dépressives qui y sont associées.	<i>de leurs symptômes ou de leur trouble dépressifs en groupe.</i> • Nécessite une volonté d'explorer les relations interpersonnelles. • Permet d'éviter les effets indésirables potentiels des médicaments.
ISRS	• Traitement par antidépresseurs. • Généralement utilisé durant au moins six mois (incluant après la rémission des symptômes). • Voir les recommandations sur le début et l'arrêt des antidépresseurs pour en savoir plus.	• Modifie la transmission neuronale dans le cerveau.	• Engagement de temps minime, bien que des rencontres de suivi régulières soient nécessaires (en particulier au début et à l'arrêt du traitement). • Les bienfaits devraient commencer à se faire sentir à l'intérieur de quatre semaines. • Le médicament peut avoir des effets indésirables et certaines personnes peuvent trouver difficile d'arrêter les antidépresseurs par la suite.
Counseling	• Traitement individuel offert par un intervenant formé et ayant des	• Accent placé sur explorer, donner un sens et gérer les émotions	• Peut être utile pour les personnes vivant des problèmes

Traitement	Mode de prestation	Principales caractéristiques	Autres points à considérer
	compétences spécifiques au traitement. • Consiste généralement en huit séances régulières, bien que des séances supplémentaires puissent être nécessaires chez les personnes qui présentent des problèmes de santé mentale ou physique comorbides, des besoins sociaux complexes ou des symptômes résiduels. • Fait appel à un protocole validé empiriquement, répondant à des critères élaborés et validés spécifiquement pour <i>les symptômes ou le trouble dépressifs</i>.	(« <i>emotional processing</i> ») afin d'aider la personne à trouver ses propres solutions et à développer des mécanismes d'adaptation. • Offre une écoute empathique, une exploration des émotions facilitée ainsi que de l'encouragement. • Utilisation, dans un cadre collaboratif, d'activités axées sur les émotions afin d'accroître la conscience de soi, aider la personne à mieux se comprendre, à mieux comprendre ses réactions aux autres, mais pas de conseils spécifiques pour changer son comportement.	psychosociaux, relationnels ou professionnels qui contribuent <i>aux symptômes ou au trouble dépressifs</i>. • Peut convenir aux personnes qui n'aiment pas parler <i>de leurs symptômes ou de leur trouble dépressifs</i> en groupe. • Permet d'éviter les effets indésirables potentiels des médicaments.
Intervention basée sur l'approche psychodynamique ou psychothérapie psychodynamique brève	• Traitement individuel offert par un intervenant formé et ayant des compétences spécifiques au traitement. • Consiste généralement en 8 à 16 séances régulières, bien que des séances	• Accent mis sur la reconnaissance des émotions difficiles vécues dans le cadre de relations significatives et de situations stressantes, ainsi que sur l'identification de la manière avec	• Peut être utile pour les personnes ayant des relations affectées par des difficultés émotionnelles issues de leur développement <i>psychique</i> et contribuant à <i>leurs</i>

Traitement	Mode de prestation	Principales caractéristiques	Autres points à considérer
	supplémentaires puissent être nécessaires chez les personnes qui présentent des problèmes de santé mentale ou physique comorbides, des besoins sociaux complexes ou des symptômes résiduels. Fait appel à un protocole validé empiriquement, répondant à des critères élaborés et validés spécifiquement pour <i>les symptômes ou</i> le trouble dépressifs.	laquelle les schèmes peuvent se répéter. - Axée à la fois sur l'introspection et sur l'affect. - La relation entre l'intervenant et la personne qui présente <i>des symptômes ou</i> un trouble dépressifs est considérée comme centrale pour soutenir le travail effectué sur les principaux conflits actuels.	<i>symptômes ou</i> au trouble dépressifs. - Peut moins convenir aux personnes qui ne veulent pas mettre l'accent sur leurs propres émotions, ou encore qui ne souhaitent pas discuter de leurs relations familiales ou avec des proches, ou qui ne se sentent pas prêtes à le faire. - Peut convenir aux personnes qui n'aiment pas parler <i>de leurs symptômes ou</i> de leur trouble dépressifs en groupe. - Met l'accent sur des expériences douloureuses vécues dans le cadre de relations avec les proches et la famille peut être bouleversant dans un premier temps. - Permet d'éviter les effets indésirables potentiels des médicaments.
* Dans le cadre du PQPTM, l'abréviation TCC (thérapie cognitivo-comportementale) réfère à l'exercice de la psychothérapie cognitivo-comportementale.			

Pour une brève explication des raisons pour lesquelles le comité *du NICE* a formulé ces recommandations et de leur incidence possible sur la pratique, voir la [section sur la justification et les répercussions des recommandations concernant le traitement de *symptômes ou* d'un nouvel épisode de trouble dépressifs légers](#).

Les renseignements complets concernant les données probantes et les discussions du comité du NICE sont présentés dans le document Evidence review B : Treatment of a new episode of depression (en anglais seulement)⁴⁰.

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

1.6. TRAITEMENT POUR DES SYMPTÔMES OU UN NOUVEL ÉPISODE DE TROUBLE DÉPRESSIFS MOYENS OU GRAVES

OPTIONS DE TRAITEMENT

- 1.6.1. Discutez des options de traitement avec une personne qui présente *des symptômes ou un nouvel épisode de trouble dépressifs moyens ou graves* et faites correspondre ses choix de traitements à ses besoins cliniques et à ses préférences :
- utilisez le [tableau 2](#) et la synthèse visuelle pour orienter et éclairer la discussion;
 - tenez compte du fait que tous les traitements du tableau 2 peuvent être utilisés à titre de traitement de première intention;
 - parvenez à une décision partagée sur un choix de traitement qui convient aux besoins cliniques de la personne en tenant compte de ses préférences (voir aussi les [recommandations sur le choix du traitement](#));
 - reconnaissez que la personne a le droit de refuser un traitement. [2022]

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

⁴⁰ NICE (2022). Depression in adults: Treatment of a new episode of depression. Evidence reviews underpinning recommendations 1.5.2 to 1.5.3, 1.6.1, 1.7.1 and research recommendations in the NICE guideline. Consulter au : <https://www.nice.org.uk/guidance/ng222>

Tableau 2 Options de traitement pour les *symptômes* ou le trouble dépressifs moyens ou graves, classées selon l'interprétation du comité du NICE, en fonction de leur efficacité clinique et de leur rapport coût-efficacité, et en tenant compte des facteurs relatifs à leur mise en œuvre

Traitement	Mode de prestation	Principales caractéristiques	Autres points à considérer
Combinaison d'une <i>intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales</i> ou une TCC* individuelle et d'un antidépresseur	Combinaison d'une <i>intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales</i> ou une TCC individuelle et d'antidépresseurs (voir les détails ci-dessous).	Combine les bienfaits de séances régulières d'une <i>intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales</i> ou d'une TCC individuelle avec un intervenant à ceux d'un médicament.	- Les séances avec un intervenant procurent un soutien immédiat tandis que le médicament met du temps à agir. Le médicament peut également être pris immédiatement et suivi, dès que possible, par le début d'une <i>intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales</i> ou d'une TCC afin d'obtenir des effets combinés. - Le médicament peut avoir des effets indésirables et certaines personnes peuvent trouver difficile d'arrêter les antidépresseurs par la suite.
<i>Intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales</i> ou TCC individuelle	- Traitement individuel offert par un intervenant formé et ayant des compétences spécifiques au traitement. - Consiste généralement en 16 séances régulières, bien que des séances	Axée sur la manière dont les pensées, les croyances, les attitudes, les émotions et le comportement interagissent, ainsi que sur l'apprentissage de capacités d'adaptation	- Peut être utile pour les personnes capables de reconnaître les pensées négatives ou les schèmes comportementaux inefficaces qu'elles souhaitent changer. - Permet d'éviter les effets indésirables

Traitement	Mode de prestation	Principales caractéristiques	Autres points à considérer
	supplémentaires puissent être nécessaires chez les personnes qui présentent des problèmes de santé mentale ou physique comorbides, des besoins sociaux complexes ou des symptômes résiduels. • Offerte conformément aux manuels de traitement en vigueur.	permettant de composer différemment avec les situations de la vie. • Orientée sur un objectif et structurée. • Axée sur la résolution des problèmes actuels.	potentiels des médicaments. • La personne devra être disposée à faire des exercices à la maison.
Activation comportementale (AC) individuelle	• Traitement individuel offert par un intervenant formé et ayant des compétences spécifiques au traitement. • Consiste généralement en 12 à 16 séances régulières, bien que des séances supplémentaires puissent être nécessaires chez les personnes qui présentent des problèmes de santé mentale ou physique comorbides, des besoins sociaux complexes ou des symptômes résiduels. • Offerte conformément aux manuels de	• Axée sur l'identification des liens entre les activités d'une personne et son humeur. Aide la personne à reconnaître des schèmes et à planifier des changements concrets qui réduisent l'évitement et qui sont axés sur les comportements associés à une amélioration de l'humeur. • Orientée sur un objectif et structurée. • Axée sur la résolution des problèmes actuels. • Ne cible pas directement les	• Peut être utile pour les personnes chez qui <i>les symptômes ou</i> le trouble dépressifs ont entraîné de l'isolement social, l'abandon d'activités ou l'inactivité, ou ont suivi un changement de situation ou de routine. • Peut convenir aux personnes qui n'aiment pas parler <i>de leurs symptômes ou</i> de leur trouble dépressifs en groupe. • Absence d'occasion d'obtenir du soutien de la part de pairs susceptibles de vivre des

Traitement	Mode de prestation	Principales caractéristiques	Autres points à considérer
	traitement en vigueur.	pensées et les émotions.	expériences similaires. • Permet d'éviter les effets indésirables potentiels des médicaments. • La personne devra être disposée à faire des exercices à la maison.
Antidépresseurs	• Généralement utilisés durant au moins six mois (incluant après la rémission des symptômes). • Utilisés généralement pendant au moins six mois (et pendant un certain temps après que les symptômes se sont résorbés). • Peut s'agir d'un ISRS, d'un IRSN ou d'un autre antidépresseur, si indiqué selon les antécédents cliniques et thérapeutiques. • Voir les recommandations sur le début et l'arrêt des antidépresseurs pour en savoir plus.	• Les ISRS sont généralement bien tolérés, ont un bon profil d'innocuité et devraient être considérés comme le premier choix pour la plupart des personnes. • Les antidépresseurs tricycliques sont dangereux en cas de surdose.	• Le choix du traitement dépendra des préférences quant à certains effets spécifiques du médicament (exemple : la sédation). Il dépendra également de la présence de troubles comorbides, de l'utilisation simultanée d'autres médicaments, du risque de passage à l'acte suicidaire et des antécédents concernant la réponse aux antidépresseurs. • Engagement de temps minime, bien que des rencontres de suivi régulières soient nécessaires (en particulier au début et à l'arrêt du traitement). • Les bienfaits devraient commencer à se faire sentir à

Traitement	Mode de prestation	Principales caractéristiques	Autres points à considérer
			l'intérieur de quatre semaines. Le médicament peut avoir des effets indésirables et certaines personnes peuvent trouver difficile d'arrêter les antidépresseurs par la suite.
Résolution de problèmes individuelle	- Traitement individuel offert par un intervenant formé et ayant des compétences spécifiques au traitement. - Consiste généralement en 6 à 12 séances régulières. - Offerte conformément aux manuels de traitement en vigueur.	- Accent mis sur l'identification des problèmes, la recherche de solutions alternatives, le choix de la meilleure option, l'élaboration d'un plan et l'évaluation de sa contribution à la résolution du problème. - Orientée sur un objectif et structurée. - Axée sur la résolution des problèmes actuels.	- Peut être utile pour les personnes qui veulent surmonter leurs difficultés actuelles et améliorer leurs expériences futures. - Permet d'éviter les effets indésirables potentiels des médicaments. - La personne devra être disposée à faire des exercices à la maison.
Counseling	- Traitement individuel offert par un intervenant formé et ayant des compétences spécifiques au traitement. - Consiste généralement en 12 à 16 séances régulières, bien que des séances supplémentaires puissent être	Accent placé sur explorer, donner un sens et gérer les émotions (« <i>emotional processing</i> ») afin d'aider la personne à trouver ses propres solutions et à développer	- Peut être utile pour les personnes vivant des problèmes psychosociaux, relationnels ou professionnels qui contribuent aux <i>symptômes</i> ou au trouble dépressifs. - Peut convenir aux personnes qui n'aiment pas parler de leurs

Traitement	Mode de prestation	Principales caractéristiques	Autres points à considérer
	nécessaires chez les personnes qui présentent des problèmes de santé mentale ou physique comorbides, des besoins sociaux complexes ou des symptômes résiduels. Fait appel à un protocole validé empiriquement, répondant à des critères élaborés et validés spécifiquement pour les <i>symptômes ou</i> le trouble dépressifs.	des mécanismes d'adaptation. - Offre une écoute empathique, une exploration des émotions facilitée ainsi que de l'encouragement. - Utilisation, dans un cadre collaboratif, d'activités axées sur les émotions afin d'accroître la conscience de soi, d'aider la personne à mieux se comprendre, à mieux comprendre ses réactions aux autres, mais pas de conseils spécifiques pour changer son comportement.	<i>symptômes ou</i> de leur trouble dépressifs en groupe. Permet d'éviter les effets indésirables potentiels des médicaments.
Intervention basée sur l'approche psychodynamique ou psychothérapie psychodynamique brève	- Traitement individuel offert par un intervenant formé et ayant des compétences spécifiques au traitement. - Consiste généralement en 16 séances régulières, bien que des séances supplémentaires puissent être nécessaires chez les personnes qui présentent des problèmes de santé mentale ou	Accent mis sur la reconnaissance des émotions difficiles vécues dans le cadre de relations significatives et de situations stressantes, ainsi que sur l'identification de la manière dont les schèmes	- Peut être utile pour les personnes ayant des relations affectées par des difficultés émotionnelles issues de leur développement <i>psychique</i> et contribuant à leurs <i>symptômes ou</i> à leur trouble dépressifs. - Peut moins convenir aux personnes qui ne veulent pas mettre l'accent sur leurs propres émotions,

Traitement	Mode de prestation	Principales caractéristiques	Autres points à considérer
	physique comorbides, des besoins sociaux complexes ou des symptômes résiduels. Fait appel à un protocole validé empiriquement, répondant à des critères élaborés et validés spécifiquement pour <i>les symptômes ou le trouble dépressifs</i>.	peuvent se répéter. - À la fois axée sur l'introspection et sur l'affect. - La relation entre l'intervenant et la personne qui présente <i>des symptômes ou un trouble dépressifs</i> est considérée comme centrale pour soutenir le travail effectué sur les principaux conflits en cours.	ou encore qui ne souhaitent pas discuter de leurs relations familiales ou avec des proches, ou qui ne se sentent pas prêtes à le faire. - Peut convenir aux personnes qui n'aiment pas parler <i>de leurs symptômes ou de leur trouble dépressifs</i> en groupe. - Met l'accent sur des expériences douloureuses vécues dans le cadre de relations avec les proches et la famille peut être bouleversant dans un premier temps. - Permet d'éviter les effets indésirables potentiels des médicaments.
Thérapie interpersonnelle (IPT)	- Traitement individuel offert par un intervenant formé et ayant des compétences spécifiques au traitement. - Consiste généralement en 16 séances régulières, bien que des séances supplémentaires puissent être nécessaires chez les personnes qui présentent des	Accent mis sur l'identification de la manière avec laquelle les relations ou situations interpersonnelles sont reliées aux humeurs dépressives, de même que sur l'exploration des émotions et la modification des réactions sur le	Peut être utile pour les personnes chez qui <i>les symptômes ou le trouble dépressifs</i> sont associés à des difficultés interpersonnelles, en particulier celles qui doivent s'adapter à une transition relationnelle, à une perte ou à un changement de

Traitement	Mode de prestation	Principales caractéristiques	Autres points à considérer
	problèmes de santé mentale ou physique comorbides, des besoins sociaux complexes ou des symptômes résiduels. • Offerte conformément aux manuels de traitement en vigueur.	plan interpersonnel. • Approche structurée. • Axée sur la résolution des problèmes actuels. • L'objectif est de changer les schèmes relationnels plutôt que de cibler directement les pensées dépressives qui y sont associées.	rôle interpersonnel. • Peut convenir aux personnes qui n'aiment pas parler <i>de leurs symptômes ou</i> de leur trouble dépressifs en groupe. • Nécessite une volonté d'explorer les relations interpersonnelles. • Permet d'éviter les effets indésirables potentiels des médicaments.
Autosoins dirigés	• Matériel imprimé ou numérique respectant les principes des autosoins dirigés, incluant du matériel basé sur <u><i>l'Intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une TCC</i></u> structurée, sur l'AC structurée et sur la résolution de problèmes ou l'éducation psychologique. Ce traitement peut être offert en personne, par téléphone ou en ligne. • Soutien d'un intervenant ayant reçu une formation pertinente qui	• Axés sur la manière dont les pensées, les croyances, les attitudes, les émotions et le comportement interagissent, ainsi que sur l'apprentissage de capacités d'adaptation permettant de composer différemment avec les situations de la vie. • Orientés sur un objectif et structurés. • Axés sur la résolution des problèmes actuels.	• Pour <i>les symptômes ou</i> le trouble dépressifs moyens ou graves, les avantages potentiels d'offrir d'autres options de traitement impliquant plus d'interactions avec un intervenant devraient être considérés en premier. • Nécessitent de la motivation intrinsèque et une volonté de travailler seul (bien qu'un soutien régulier soit offert). • Permettent une certaine flexibilité quant à l'intégration des activités et exercices aux

Traitement	Mode de prestation	Principales caractéristiques	Autres points à considérer
	facilite le déroulement des autosoins, encourage la personne à les compléter et permet de passer en revue les progrès réalisés et les résultats. • Consistent généralement en six à huit séances structurées et régulières.		autres obligations personnelles. • Doivent tenir compte de l'accès à un ordinateur et de la capacité à en utiliser un pour les documents en format numérique. • Moins de possibilités d'adapter le traitement à chaque personne en comparaison à d'autres <i>traitements non pharmacologiques</i> individuels. • Permet d'éviter les effets indésirables potentiels des médicaments.
Programme d'activité physique en groupe	• Traitement comportant la pratique d'activité physique en groupe et offert par un intervenant ayant reçu une formation pertinente. • Fait appel à un programme d'activité physique conçu spécialement pour les personnes qui présentent <i>des symptômes ou</i> un trouble dépressifs. • Consiste généralement en plus d'une séance par semaine	• Intègre de l'activité physique aérobique d'intensité modérée. • Ne cible pas directement les pensées et les émotions.	• En cas de <i>symptômes ou</i> de trouble dépressifs moyens ou graves, les avantages potentiels d'offrir d'autres options de traitement impliquant plus d'interactions avec un intervenant devraient être considérés en premier. • Peut permettre d'obtenir du soutien de la part de pairs susceptibles de vivre des expériences similaires. • Peut devoir être adapté pour tenir

Traitement	Mode de prestation	Principales caractéristiques	Autres points à considérer
	pendant 10 semaines. Comprend généralement huit participants par groupe.		compte d'aspects psychologiques, tels que l'anxiété ou la honte, pouvant constituer des obstacles à l'engagement. - Nécessite un investissement de temps considérable. - Peut également s'avérer bénéfique sur le plan de la santé physique. - Permet d'éviter les effets indésirables potentiels des médicaments.
* Dans le cadre du PQPTM, l'abréviation TCC (thérapie cognitivo-comportementale) réfère à l'exercice de la psychothérapie cognitivo-comportementale.			

NOTE : La recommandation 1.6.1. (Tableau 2, section sur les antidépresseurs) a été modifiée afin de l'adapter au contexte québécois. Selon le guide original, la lofépramine se distinguait des autres antidépresseurs tricycliques sur le plan du risque accru de surdose. Cependant, celle-ci n'était pas autorisée pour la commercialisation au Canada au moment de la publication du présent guide.

Pour une brève explication des raisons pour lesquelles le comité *du NICE* a formulé cette recommandation et de son incidence possible sur la pratique, voir la [section sur la justification et les répercussions des recommandations concernant le traitement de symptômes ou d'un nouvel épisode de trouble dépressifs moyens ou graves](#).

Les renseignements complets concernant les données probantes et les discussions du comité *du NICE* sont présentés dans le document Evidence review B : Treatment of a new episode of depression (*en anglais seulement*)⁴¹.

⁴¹ NICE (2022). Depression in adults: Treatment of a new episode of depression. Evidence reviews underpinning recommendations 1.5.2 to 1.5.3, 1.6.1, 1.7.1 and research recommendations in the NICE guideline. Consulter au : <https://www.nice.org.uk/guidance/ng222>

1.7. THÉRAPIE DE COUPLE COMPORTEMENTALE POUR LES SYMPTÔMES OU LE TROUBLE DÉPRESSIFS

1.7.1. Envisagez une thérapie de couple comportementale pour les personnes qui présentent *des symptômes ou* un trouble dépressifs légers, moyens ou graves et qui ont des problèmes dans leur relation avec leur partenaire si :

- les problèmes de la relation pourraient contribuer aux *symptômes ou* au trouble dépressifs; ou
- la participation de leur partenaire peut contribuer au traitement *des symptômes ou* du trouble dépressifs. **[2022]**

1.7.2. Offrez aux personnes qui présentent *des symptômes ou* un trouble dépressifs une thérapie de couple comportementale qui :

- respecte les principes issus des modèles théoriques de la thérapie de couple comportementale;
- comporte 15 à 20 séances sur une période de cinq à six mois. **[2009]**

Pour une brève explication des raisons pour lesquelles le comité *du NICE* a formulé cette recommandation et de son incidence possible sur la pratique, voir la [section sur la justification et les répercussions des recommandations concernant la thérapie de couple comportementale](#).

Les renseignements complets concernant les données probantes et les discussions du comité *du NICE* sont présentés dans le document Evidence review B : Treatment of a new episode of depression (*en anglais seulement*)⁴².

1.8. PRÉVENTION DE LA RECHUTE

1.8.1. Discutez avec les personnes du fait que la poursuite du traitement (antidépresseurs ou *traitement non pharmacologique*) après une rémission complète ou partielle peut réduire le risque de rechute et les aider à *maintenir une bonne santé mentale*. Parvenez à une décision partagée sur la poursuite ou l'arrêt d'un traitement *des symptômes ou* d'un trouble dépressifs en fonction de leurs besoins cliniques et de leurs préférences. Voir la [synthèse visuelle sur la prévention de la rechute](#) (*en anglais seulement*). **[2022]**

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

⁴² NICE (2022). Depression in adults: Treatment of a new episode of depression. Evidence reviews underpinning recommendations 1.5.2 to 1.5.3, 1.6.1, 1.7.1 and research recommendations in the NICE guideline. Consulter au : <https://www.nice.org.uk/guidance/ng222>

- 1.8.2. Discutez avec la personne du fait que la probabilité de rechute peut être plus élevée si elle a :
- des antécédents d'une récurrence *de symptômes ou* d'un trouble dépressifs, en particulier s'ils se sont produits fréquemment ou au cours des deux dernières années;
 - des antécédents de réponse incomplète à un traitement antérieur, incluant la présence de symptômes résiduels;
 - des mécanismes d'adaptation qui ne sont d'aucune aide (par exemple, l'évitement et la rumination);
 - des antécédents de *symptômes ou* d'un trouble dépressifs graves (incluant les personnes avec une altération grave du fonctionnement);
 - d'autres problèmes chroniques de santé physique ou mentale;
 - des facteurs personnels, sociaux ou environnementaux ayant contribué aux *symptômes ou* au trouble dépressifs (voir la [recommandation 1.2.7](#)) et qui sont toujours présents (par exemple, des problèmes relationnels, un stress continu, la pauvreté, l'isolement ou le chômage). **[2022]**
- 1.8.3. Discutez avec la personne des risques liés à la poursuite d'un traitement par antidépresseur à long terme et de la manière dont ils contrebalancent les risques de rechute pour *les symptômes ou* le trouble dépressifs. Ces risques incluent :
- les effets indésirables possibles, tels qu'un risque accru de saignement ou des effets persistants sur la fonction sexuelle;
 - la difficulté à arrêter les antidépresseurs. **[2022]**
- 1.8.4. Si une personne choisit de ne pas continuer à prendre des antidépresseurs pour la prévention de la rechute :
- offrez-lui des conseils sur la manière d'arrêter les antidépresseurs (voir les recommandations sur l'arrêt des antidépresseurs); **et**
 - conseillez-lui de demander de l'aide dès que possible si les symptômes du trouble dépressif réapparaissent ou si les symptômes résiduels s'aggravent. **[2022]**
- 1.8.5. Chez une personne ayant atteint la rémission à la suite d'un traitement par antidépresseur uniquement, mais évaluée comme présentant un risque plus élevé de rechute, envisagez :
- de poursuivre les antidépresseurs pour prévenir une rechute, en maintenant la dose qui a conduit à une rémission complète ou partielle, sauf s'il y a une bonne raison de la réduire (comme les effets indésirables); **ou**
 - une intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une TCC en groupe, ou encore une intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une TCC basée sur la pleine conscience, si la personne ne souhaite pas continuer à prendre des antidépresseurs (suivre les [recommandations sur l'arrêt des antidépresseurs](#)); **ou**
 - de poursuivre les antidépresseurs avec une intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une TCC en groupe, ou encore avec une

intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une TCC basée sur la pleine conscience en groupe. [2022]

- 1.8.6. Pour les personnes qui commencent une intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une TCC en groupe, ou encore une intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une TCC basée sur la pleine conscience en groupe pour la prévention de la rechute, offrez-leur un traitement axé explicitement sur le développement de compétences liées à la prévention de la rechute et sur ce qui est nécessaire pour *maintenir une bonne santé mentale*. Ce traitement consiste généralement en huit séances sur une période de deux à trois mois, avec la possibilité de séances supplémentaires au cours des 12 mois suivants. [2022]
- 1.8.7. Dans le cadre d'*interventions psychosociales* ou d'*une psychothérapie (traitement non pharmacologique)*, les éléments de prévention de la rechute peuvent inclure :
- le passage en revue des apprentissages et des prises de conscience (« *insights* ») tirés du traitement de même que des éléments de traitement qui se sont avérés bénéfiques;
 - l'élaboration de plans concrets pour préserver les progrès réalisés après la fin du traitement, incluant des plans visant à consolider tout changement effectué pour *maintenir une bonne santé mentale* et continuer de mettre en pratique des stratégies utiles;
 - l'identification des circonstances stressantes, événements déclencheurs et signes avant-coureurs (tels que l'anxiété ou un sommeil de mauvaise qualité), ou encore des comportements qui ne sont d'aucune aide (tels que l'évitement ou la rumination) et qui ont précédé l'aggravation des symptômes et la détérioration du fonctionnement personnel ou social, ainsi que l'élaboration de *plans d'urgence* détaillés sur les mesures à prendre si l'un ou l'autre de ces facteurs se présente de nouveau;
 - l'élaboration de plans pour tout événement difficile prévu au cours des 12 prochains mois, incluant les changements de la vie et les dates marquant l'anniversaire d'un événement difficile. [2022]
- 1.8.8. Discutez avec les personnes ayant atteint la rémission à la suite d'un *traitement non pharmacologique* uniquement, mais évaluées comme présentant un risque plus élevé de rechute, de leur volonté de poursuivre leur *intervention psychosociale* ou leur *psychothérapie* pour la prévention de la rechute. Parvenez à une décision partagée sur la poursuite du traitement. [2022]
- 1.8.9. Discutez avec les personnes ayant atteint la rémission après un traitement combinant un antidépresseur et un *traitement non pharmacologique*, mais évaluées comme présentant un risque plus élevé de rechute, de leur volonté de poursuivre l'un des traitements ou les deux. Parvenez à une décision partagée sur la poursuite du traitement. [2022]
- 1.8.10. Pour les personnes souhaitant poursuivre un *traitement non pharmacologique* afin de prévenir la rechute (seul ou en association avec un antidépresseur), continuez le même traitement, adapté par l'intervenant pour la prévention de la rechute. Ceci devrait inclure au moins quatre séances supplémentaires de ce même traitement, l'accent étant alors placé sur une composante de la prévention de la rechute (voir la recommandation 1.8.7) et sur ce qui est nécessaire pour *maintenir une bonne santé mentale*. [2022]

1.8.11. Réévaluez le traitement des personnes qui continuent à prendre des antidépresseurs pour prévenir une rechute au moins tous les six mois. Lors de chaque rencontre de suivi :

- assurez-vous d'effectuer un suivi de leur humeur au moyen d'un questionnaire d'appréciation validé (voir les [recommandations sur la prestation des traitements](#));
- passez en revue tout effet indésirable;
- passez en revue tout facteur médical, personnel, social ou environnemental susceptible d'influencer le risque de rechute et encouragez les personnes à obtenir du soutien provenant d'autres ressources;
- discutez avec elles de leur volonté à poursuivre le traitement; si elles souhaitent mettre fin au traitement par antidépresseur, voir les [recommandations sur l'arrêt des antidépresseurs](#). [2022]

NOTE : Dans le cadre du PQPTM, le questionnaire d'appréciation traduit en français et utilisé pour l'appréciation des symptômes dépressifs est le PHQ-9 (Patient Health Questionnaire – 9 items).

1.8.12. Réévaluez le risque de rechute chez les personnes qui terminent un traitement non pharmacologique qu'elles avaient poursuivi dans le but de prévenir une rechute. Évaluez également la nécessité de tout suivi additionnel. [2022]

Pour une brève explication des raisons pour lesquelles le comité du NICE a formulé ces recommandations et de leur incidence possible sur la pratique, voir la [section sur la justification et les répercussions des recommandations concernant la prévention de la rechute](#).

Les renseignements complets concernant les données probantes et les discussions du comité du NICE sont présentés dans le document Evidence review C : Preventing relapse (en anglais seulement)⁴³.

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

1.9 TRAITEMENT SUBSÉQUENT

NOTE : Dans ce guide de pratique, l'expression « symptômes ou trouble dépressifs » englobe les situations où des symptômes du trouble dépressif sont présents sans que les critères diagnostiques soient remplis de même que les situations où un trouble dépressif a été confirmé (diagnostic ou évaluation du trouble mental). En effet, dans le cadre du PQPTM, il n'est pas toujours nécessaire de conclure à la présence d'un trouble mental pour que la personne ait accès aux traitements offerts. Toutefois, il est important de préciser que, pour certains types de traitements, tout particulièrement ceux recommandés pour des troubles mentaux

⁴³ NICE (2022). Depression in adults: Preventing relapse. Evidence reviews underpinning recommendations 1.8.2 to 1.8.12 and research recommendations in the NICE guideline. Consulter au : <https://www.nice.org.uk/guidance/ng222/evidence/c-preventing-relapse-pdf-11131004416>

graves, un professionnel pourra juger nécessaire de confirmer formellement la présence du trouble en question.

- 1.9.1. Si absolument aucune évolution clinique n'est observée en lien avec *les symptômes ou le trouble dépressifs* après quatre semaines d'antidépresseur à une dose thérapeutique reconnue ou après quatre à six semaines d'un *traitement non pharmacologique* seul ou en combinaison avec une pharmacothérapie, discutez avec la personne afin de clarifier
- si certains facteurs personnels, sociaux ou environnementaux ou tout autre problème de santé physique ou mentale pourraient expliquer pourquoi le traitement ne fonctionne pas;
 - s'ils ont eu des problèmes à adhérer au plan de traitement (par exemple, arrêt du médicament ou réduction de la dose en raison d'effets indésirables ou absence aux séances prévues avec leur intervenant).
- Si l'une de ces situations s'applique, parvenez à une décision partagée avec la personne sur la meilleure façon d'essayer de résoudre tout problème soulevé, incluant la manière dont d'autres organismes pourraient offrir de l'aide pour ces problèmes. Voir la [synthèse visuelle sur le traitement subséquent \(en anglais seulement\)](#). [2022]
- 1.9.2. Si aucune évolution clinique n'est observée en lien avec *les symptômes ou le trouble dépressifs* après avoir remédié à tout problème soulevé (voir la recommandation 1.9.1) et après avoir accordé suffisamment de temps pour que les changements apportés au traitement donnent des résultats, réévaluez le diagnostic et considérez la possibilité que d'autres problèmes ou comorbidités puissent limiter les effets du traitement *des symptômes ou du trouble dépressifs*. [2022]
- 1.9.3. Rassurez la personne sur le fait que, même si le traitement n'a pas fonctionné, d'autres traitements peuvent être tentés et s'avérer efficaces. [2022]
- 1.9.4. Si aucune évolution clinique n'est observée ou une évolution clinique limitée est observée en lien avec *les symptômes ou le trouble dépressifs* après que la personne a bénéficié d'un *traitement non pharmacologique* seul, et qu'aucune cause évidente ne peut être identifiée et résolue, discutez avec elle d'options de traitement additionnelles (incluant d'autres traitements qu'elle a trouvés bénéfiques dans le passé). Parvenez à une décision partagée sur la façon de procéder en fonction de ses besoins cliniques et de ses préférences. Les options incluent :
- de passer à un autre *traitement non pharmacologique* (*intervention psychosociale ou psychothérapie*);
 - d'ajouter un ISRS au *traitement non pharmacologique*;
 - de passer à un ISRS seul. [2022]
- 1.9.5. Si aucune évolution clinique n'est observée ou une évolution clinique limitée est observée en lien avec *les symptômes ou le trouble dépressifs*, après qu'une personne a bénéficié d'un traitement par antidépresseurs seul, et qu'aucune cause évidente ne peut être identifiée et résolue, discutez avec la personne d'autres options de traitement additionnelles et parvenez à une décision partagée sur la façon de procéder en fonction de ses besoins cliniques et de ses préférences. Les options incluent :
- d'ajouter un programme d'activité physique en groupe;

- de passer à une *intervention psychosociale ou une psychothérapie* (voir les suggestions concernant les [options de traitement pour les symptômes ou le trouble dépressifs moyens ou graves](#));
- de poursuivre le traitement par antidépresseurs en augmentant la dose ou en changeant de médicament, par exemple en :
 - augmentant la dose du médicament actuel (dans la gamme posologique autorisée) s'il est bien toléré; soyez conscient que des doses plus élevées d'antidépresseurs ne sont pas systématiquement plus efficaces et peuvent augmenter la fréquence et la gravité des effets indésirables et assurez-vous également d'effectuer un suivi ainsi qu'une surveillance fréquente des symptômes et des effets indésirables après une augmentation de la dose,
 - passant à un autre médicament de la même classe (par exemple, un autre ISRS),
 - passant à un médicament d'une autre classe (par exemple, un ISRS, un IRSN ou, dans le cadre des *services spécialisés* en santé mentale, un antidépresseur tricyclique ou un IMAO), mais tenez compte du fait que :
 - ◇ modifier un médicament peut signifier qu'une transition progressive (diminution graduelle de la dose du médicament actuel accompagnée d'une augmentation graduelle de la dose du nouveau médicament, aussi appelée chassé-croisé ou « *cross-tapering* ») est nécessaire,
 - ◇ le passage à un IMAO, le passage d'un IMAO à un médicament d'une autre classe, ou d'un IMAO à un autre IMAO, devra s'effectuer dans le cadre des *services spécialisés* en santé mentale ou sur l'*avis d'un professionnel possédant les compétences requises* (exemple : médecin de famille, IPS, psychiatre),
 - ◇ les antidépresseurs tricycliques sont dangereux en cas de surdose;
- de passer à une combinaison de traitements non pharmacologiques (par exemple, une *intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une TCC*, une *thérapie interpersonnelle*, ou encore une *intervention basée sur l'approche psychodynamique ou une psychothérapie psychodynamique brève*) et de médicaments.

Déterminez si certaines de ces décisions et certains de ces traitements nécessitent l'implication d'autres services (par exemple, des *services spécialisés* en santé mentale pour des conseils sur le changement d'antidépresseur). **[2022]**

NOTE : La recommandation 1.9.5. a été modifiée afin de l'adapter au contexte québécois. Selon le guide original, la lofépramine se distinguait des autres antidépresseurs tricycliques sur le plan du risque accru de surdose. Cependant, celle-ci n'était pas autorisée pour la commercialisation au Canada au moment de la publication du présent guide. D'autre part, la recommandation originale conseillait de consulter le résumé des connaissances cliniques du NICE sur le changement d'antidépresseur. Or, ce document n'est disponible qu'au Royaume-Uni. Vous pouvez toutefois consulter le protocole médical national concernant l'ajustement d'un antidépresseur de première intention pour le trouble dépressif caractérisé (majeur).

- 1.9.6. Si aucune évolution clinique n'est observée ou une évolution clinique limitée est observée en lien avec *les symptômes ou le trouble dépressifs* après que la personne a bénéficié d'un traitement combiné d'antidépresseurs et d'un *traitement non pharmacologique*, discutez avec la personne des options de traitement additionnelles

et parvenez à une décision partagée sur la façon de procéder en fonction de ses besoins cliniques et de ses préférences. Les options incluent :

- de passer à une autre *intervention psychosociale ou psychothérapie*;
- d'augmenter la dose ou de passer à un autre antidépresseur (voir la recommandation 1.9.5);
- d'ajouter un autre médicament (voir la recommandation 1.9.9). **[2022]**

1.9.7. N'envisagez la vortioxétine qu'après n'avoir obtenu aucune réponse ou une réponse limitée à au moins deux antidépresseurs précédents. Consultez le document d'orientation du NICE sur l'évaluation des technologies concernant l'utilisation de la vortioxétine (*en anglais seulement*)⁴⁴. **[2022]**

1.9.8. Si aucune évolution clinique n'est observée ou une évolution clinique limitée est observée en lien avec *les symptômes ou le trouble dépressifs* après que la personne a bénéficié d'un traitement par antidépresseurs et qu'elle ne souhaite pas essayer un *traitement non pharmacologique*, mais qu'elle souhaite plutôt essayer une combinaison de médicaments, expliquez-lui l'augmentation possible de l'impact des effets indésirables. **[2022]**

1.9.9. Si une personne qui présente *des symptômes ou un trouble dépressifs* souhaite essayer un traitement combiné et est prête à accepter l'augmentation possible de l'impact des effets indésirables (voir la recommandation 1.9.8), envisagez de la diriger vers des *services spécialisés* en santé mentale ou de consulter un professionnel possédant les compétences requises (*exemple : médecin de famille, IPS, psychiatre*). Les options de traitement incluent :

- d'ajouter un antidépresseur supplémentaire d'une autre classe (par exemple, ajout de mirtazapine ou de trazodone à un ISRS);
- de combiner un antidépresseur à un antipsychotique de deuxième génération (par exemple, aripiprazole, olanzapine, quétiapine ou rispéridone) ou à du lithium;
- de potentialiser les antidépresseurs par l'électroconvulsivothérapie (ECT) (voir les recommandations sur l'électroconvulsivothérapie pour *les symptômes ou le trouble dépressifs*), la lamotrigine ou la triiodothyronine (liothyronine).

Soyez conscient que certaines combinaisons de classes d'antidépresseurs sont potentiellement dangereuses et devraient être évitées (par exemple, l'association d'un ISRS, d'un IRSN ou d'un antidépresseur tricyclique avec un IMAO) et que lorsqu'un antipsychotique est utilisé, les effets de ce dernier sur *les symptômes ou le trouble dépressifs*, incluant la perte d'intérêt et de motivation, devraient être évalués attentivement.

En date de juin 2022, cette utilisation des antipsychotiques correspondait à une utilisation hors indication pour certains antipsychotiques, de la lamotrigine et de la

⁴⁴ NICE (2015). Vortioxetine for treating major depressive episodes (Technology appraisal guidance TA367). Consulter au : <https://www.nice.org.uk/guidance/ta367>

triiodothyronine (liothyronine). Consultez le document d'information du NICE sur la prescription de médicaments (*en anglais seulement*)⁴⁵. [2022]

NOTE : L'organisation des services en Angleterre étant différente de celle au Québec, il peut parfois être difficile d'apparier avec certitude certains des traitements recommandés par les guides du NICE au service équivalent dans le système québécois. De plus, étant donné les particularités de certains territoires, les recommandations quant aux services où devraient être offerts les traitements reconnus efficaces pourraient varier.

Au Canada, au moment de la publication du présent guide de pratique, cette indication ne figurait pas non plus dans l'autorisation de commercialisation de la lamotrigine⁴⁶ ni de la triiodothyronine⁴⁷.

Pour une brève explication des raisons pour lesquelles le comité du NICE a formulé ces recommandations et de leur incidence possible sur la pratique, voir la [section sur la justification et les répercussions des recommandations concernant le traitement subséquent](#).

Les renseignements complets concernant les données probantes et les discussions du comité du NICE sont présentés dans le document Evidence review D : Further-line treatment (*en anglais seulement*)⁴⁸.

1.10 SYMPTÔMES DÉPRESSIFS PERSISTANTS

- 1.10.1. Soyez conscient du fait que les personnes qui présentent des symptômes dépressifs persistants n'ont peut-être pas cherché à obtenir un traitement pour *des symptômes ou* un trouble dépressifs auparavant et ne savent peut-être pas qu'elles présentent *des symptômes ou* un trouble dépressifs. Des discussions initiées par un intervenant, au sujet de leur humeur et de leurs symptômes, peuvent les aider à avoir accès à un traitement et à des services. Voir la [synthèse visuelle sur le traitement des symptômes ou d'un trouble dépressif persistant](#) (*en anglais seulement*). [2022]
- 1.10.2. Pour les personnes qui présentent des symptômes dépressifs persistants entraînant une altération significative du fonctionnement personnel et social et qui n'ont jamais reçu de traitement pour *des symptômes ou* un trouble dépressifs, les options de traitement incluent :
 - *l'intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une TCC;*
ou
 - les ISRS; **ou**
 - les IRSN; **ou**

⁴⁵ NICE Making decisions using NICE guidelines: Prescribing medicines. Consulter au : <https://www.nice.org.uk/about/what-we-do/our-programmes/nice-guidance/nice-guidelines/making-decisions-using-nice-guidelines>

⁴⁶ Glaxo Smith Kline (2021). LAMICTAL (Lamotrigine) (Ed. rév.). Consulter au : <https://ca.gsk.com/media/6189/lamictal.pdf>

⁴⁷ Pfizer Canada (2017). CYTOMEL (lithyronine sodium) (Ed. rév.). Consulter au : <https://www.pfizer.ca/en/our-products/cytomel-lithyronine-sodium>

⁴⁸ NICE (2022). Depression in adults: Further-line treatment. Evidence reviews underpinning recommendations 1.9.1 to 1.9.9 and 1.13.1 to 1.13.9, and research recommendations in the NICE guideline. Consulter au : <https://www.nice.org.uk/guidance/ng222/evidence/d-furtherline-treatment-pdf-11131004417>

- les antidépresseurs tricycliques (notez que les antidépresseurs tricycliques sont dangereux en cas de surdose); **ou**
- un traitement combinant une intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une TCC à un ISRS ou à un antidépresseur tricyclique.

Discutez des différentes options avec la personne et parvenez à une décision partagée sur le choix du traitement en fonction de ses besoins cliniques et de ses préférences (voir aussi les [recommandations sur le choix du traitement](#)). [2022]

NOTE : La recommandation 1.10. 2 a été modifiée afin de l'adapter au contexte québécois. Selon le guide original, la lofépramine se distinguait des autres antidépresseurs tricycliques sur le plan du risque accru de surdose. Cependant, celle-ci n'était pas autorisée pour la commercialisation au Canada au moment de la publication du présent guide.

1.10.3. Pour les personnes qui présentent des symptômes dépressifs persistants, offrez une intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une TCC qui :

- met l'accent sur les symptômes dépressifs persistants;
- aborde les processus de maintien qui y sont liés, incluant l'évitement, la rumination et les difficultés interpersonnelles. [2022]

1.10.4. Pour les personnes ayant reçu ou qui reçoivent encore un traitement pour *des symptômes ou* un trouble dépressifs et qui présentent des symptômes dépressifs persistants, voir les [recommandations sur le traitement subséquent](#). [2022]

1.10.5. Si une personne qui présente des symptômes dépressifs persistants entraînant une altération significative du fonctionnement personnel et social ne peut tolérer un ISRS en particulier, envisagez un traitement avec un ISRS alternatif. [2022]

1.10.6. Chez les personnes qui présentent des symptômes dépressifs persistants entraînant une altération significative du fonctionnement personnel et social et qui n'ont pas répondu aux ISRS ou aux IRSN, envisagez l'utilisation d'un médicament alternatif dans le cadre d'une consultation aux *services spécialisés* en santé mentale ou auprès d'un professionnel possédant les compétences requises. Tenez compte du fait qu'une période d'élimination appropriée peut être nécessaire lors d'un changement de médicament, surtout lors du passage à un IMAO irréversible ou au moclobémide ou lors du passage d'un IMAO ou du moclobémide à un médicament d'une autre classe. Les alternatives incluent :

- les ATCs;
- le moclobémide;
- les IMAO irréversibles tels que la phénelzine;
- l'amisulpride à faible dose (dose quotidienne maximale de 50 mg, des doses plus élevées pouvant aggraver *les symptômes ou* le trouble dépressifs et avoir des effets indésirables tels que l'hyperprolactinémie et l'allongement de l'intervalle QT).

En date de juin 2022, cette utilisation correspondait à une utilisation hors indication de l'amisulpride. Consultez le document d'information du NICE sur la prescription de médicaments (*en anglais seulement*)⁴⁹. **[2022]**

*Au moment de la publication du présent guide de pratique, l'amisulpride n'était pas autorisée au Canada*⁵⁰.

1.10.7. Chez les personnes qui présentent des symptômes dépressifs persistants entraînant une altération significative du fonctionnement personnel et social et qui, selon *la démarche évaluative*, pourraient bénéficier de plus de soutien social ou d'un soutien aux études et à l'emploi additionnel, envisagez :

- des rencontres avec un pair aidant (« befriending ») en combinaison avec les antidépresseurs ou *l'intervention psychosociale ou la psychothérapie* déjà en cours; ces rencontres devraient être offertes par des bénévoles formés, généralement à une fréquence d'au moins une rencontre par semaine pour une durée de deux à six mois;
- un programme de réadaptation, si *les symptômes ou le trouble dépressifs* ont entraîné une perte d'emploi ou un retrait des activités sociales sur un plus long terme. **[2009, modifié en 2022]**

1.10.8. Pour les personnes n'ayant présenté aucune évolution ou une évolution clinique limitée suite à des traitements ou à des symptômes dépressifs persistants compromettant le fonctionnement personnel et social de manière significative, et n'ayant pas répondu à des traitements recommandés dans la section 1.9 et 1.10 de ce guide, offrez de les orienter vers des *services spécialisés* en santé mentale aux fins de consultation et de traitement additionnel. Voir aussi les [recommandations sur les soins en collaboration](#). **[2022]**

*L'annexe III du PAISM porte sur le continuum de soins et services en santé mentale. Il prévoit que « Les intervenants de l'équipe spécifique assurent [...] la continuité des soins et services en orientant la personne vers le niveau spécialisé lorsque, selon l'évolution des besoins de la personne, l'intensité des services spécifiques n'est plus adéquate. Les intervenants des équipes spécifiques jouent un rôle clé de liaison et de coordination de tout le continuum de services en santé mentale. »*⁵¹

1.10.9. Chez les personnes qui présentent des symptômes dépressifs persistants et qui n'ont pas répondu aux traitements recommandés dans la section sur le traitement subséquent ou à ceux de la section sur les symptômes dépressifs persistants, mais qui prennent des antidépresseurs depuis longtemps :

- passez en revue les bienfaits du traitement avec la personne;

⁴⁹ NICE. Making decisions using NICE guidelines: Prescribing medicines. Consulter au : <https://www.nice.org.uk/about/what-we-do/our-programmes/nice-guidance/nice-guidelines/making-decisions-using-nice-guidelines>

⁵⁰ Kye Pharmaceuticals (2021). EVAPRYDE (amisulpride). Consulter au : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/medicaments-produits-sante/medicaments/sommaire-decisions-reglementaires.html>

⁵¹ MSSS (2022). Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026 – S'unir pour un mieux-être collectif (PAISM). Consulter au : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-914-15W.pdf>

- envisagez l'arrêt du médicament (voir les [recommandations sur l'arrêt des antidépresseurs](#));
- discutez avec la personne des raisons possibles de l'absence d'évolution clinique et des autres traitements et formes de soutien (y compris de la part d'autres organismes) qui pourraient l'aider. [2022]

Pour une brève explication des raisons pour lesquelles le comité *du NICE* a formulé ces recommandations et de leur incidence possible sur la pratique, voir la [section sur la justification et les répercussions des recommandations concernant les symptômes dépressifs persistants](#).

Les renseignements complets concernant les données probantes et les discussions du comité *du NICE* sont présentés dans le document Evidence review E : Chronic depression (*en anglais seulement*)⁵².

1.11 SYMPTÔMES OU TROUBLE DÉPRESSIFS CHEZ LES PERSONNES QUI PRÉSENTENT UN TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ

- 1.11.1. Ne refusez pas un traitement pour *les symptômes ou* un trouble dépressifs en raison de la présence d'un trouble de la personnalité comorbide. Voir la [synthèse visuelle sur le traitement des symptômes ou d'un trouble dépressif en présence d'un trouble de la personnalité](#) (*en anglais seulement*). [2022]
- 1.11.2. Chez une personne qui présente *des symptômes ou* un trouble dépressifs et un trouble de la personnalité comorbide, envisagez une combinaison d'antidépresseurs et d'une *intervention psychosociale ou d'une psychothérapie* (par exemple, l'AC, *une intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une TCC*, une *thérapie interpersonnelle*, ou encore une *intervention basée sur l'approche psychodynamique ou une psychothérapie psychodynamique brève*). Pour aider la personne à choisir entre *ces traitements non pharmacologiques*, voir les informations fournies à ce sujet dans le [tableau 1](#) et le [tableau 2](#). [2022]
- 1.11.3. Lorsque vous offrez un antidépresseur en combinaison avec une *intervention psychosociale ou une psychothérapie* à une personne qui présente *des symptômes ou* un trouble dépressifs et un trouble de la personnalité :
 - donnez du soutien à la personne et encouragez-la à poursuivre le traitement;
 - offrez-lui le traitement dans un cadre structuré et multidisciplinaire;
 - utilisez *une mesure de surveillance prospective de l'humeur, ou encore un aide-mémoire* ou un tableau des symptômes afin de *mesurer l'évolution clinique* ou toute exacerbation de l'instabilité émotionnelle;
 - prolongez la durée du traitement, si nécessaire, jusqu'à un an. [2022]

NOTE : Dans le cadre du PQPTM, le questionnaire validé et traduit en français permettant d'apprécier les symptômes dépressifs et la réponse au traitement (mesure clinique en continu) est le PHQ-9 (Patient

⁵² NICE (2022). Depression in adults: Chronic depression. Evidence reviews underpinning recommendations 1.10.1 to 1.10.6 and 1.10.8 to 1.10.9, and research recommendations in the NICE guideline. Consulter au : <https://www.nice.org.uk/guidance/ng222>

Health Questionnaire 9-item). Le PQPTM ne propose aucun questionnaire particulier pour l'appréciation de l'exacerbation de l'instabilité émotionnelle.

- 1.11.4. Chez une personne qui présente *des symptômes ou* un trouble dépressifs et un trouble de la personnalité, envisagez de l'orienter vers un traitement destiné spécifiquement aux troubles de la personnalité. Consultez le guide de pratique du NICE sur le trouble de la personnalité limite (*en anglais seulement*)⁵³ pour les recommandations sur le traitement du trouble de la personnalité limite en présence *de symptômes ou* d'un trouble dépressifs comorbides. [2022]

Pour une brève explication des raisons pour lesquelles le comité *du NICE* a formulé ces recommandations et de leur incidence possible sur la pratique, voir la [section sur la justification et les répercussions des recommandations concernant les symptômes ou le trouble dépressifs chez les personnes présentant un trouble de la personnalité](#).

Les renseignements complets concernant les données probantes et les discussions du comité *du NICE* sont présentés dans le document Evidence review F : Depression with coexisting personality disorder (*en anglais seulement*)⁵⁴.

1.12 SYMPTÔMES OU TROUBLE DÉPRESSIFS AVEC CARACTÉRISTIQUES PSYCHOTIQUES

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

Les adultes qui présentent des symptômes ou un trouble dépressifs avec caractéristiques psychotiques peuvent également recevoir des soins et services du programme d'intervention pour premiers épisodes psychotiques. Pour plus d'information, consulter le [Cadre de référence – Programmes d'interventions pour premiers épisodes psychotiques](#).

En date de juin 2022, l'utilisation de certains antipsychotiques pour le traitement *des symptômes ou* du trouble dépressifs correspondait à une utilisation hors indication. Consultez le document d'information du NICE sur la prescription de médicaments (*en anglais seulement*)⁵⁵.

⁵³ NICE (2009). Borderline personality disorder: recognition and management (NICE clinical guideline CG78). Consulter au : <https://www.nice.org.uk/guidance/cg78>

⁵⁴ NICE (2022). Depression in adults: Depression with coexisting personality disorder. Evidence reviews underpinning recommendations 1.11.1 to 1.11.4 in the NICE guideline. Consulter au : <https://www.nice.org.uk/guidance/ng222/evidence/f-depression-with-coexisting-personality-disorder-pdf-11131004419>

⁵⁵ NICE. Making decisions using NICE guidelines: Prescribing medicines. Consulter au : <https://www.nice.org.uk/about/what-we-do/our-programmes/nice-guidance/nice-guidelines/making-decisions-using-nice-guidelines>

1.12.1. Offrez aux personnes qui présentent *des symptômes ou un trouble dépressifs* avec caractéristiques psychotiques de les orienter vers des *services spécialisés* en santé mentale, au sein desquels le traitement devrait comprendre :

- une évaluation des risques;
- une évaluation des besoins;
- un programme de *soins et services* multidisciplinaires coordonnés;
- l'accès à des *interventions psychosociales ou psychothérapies*, après l'amélioration des symptômes psychotiques aigus.

Discutez des options de traitement et, pour les personnes qui en ont la capacité, parvenez à une décision partagée basée sur leurs besoins cliniques et leurs préférences. Voir la [synthèse visuelle sur le traitement des symptômes ou du trouble dépressifs avec caractéristiques psychotiques](#) (en anglais seulement). [2022]

1.12.2. Envisagez un traitement combinant des antidépresseurs à des antipsychotiques chez une personne qui présente *des symptômes ou un trouble dépressifs* avec caractéristiques psychotiques. [2022]

1.12.3. Si une personne qui présente *des symptômes ou un trouble dépressifs* avec caractéristiques psychotiques ne souhaite pas prendre d'antipsychotique en plus d'un antidépresseur, traitez-la alors avec un antidépresseur seulement. [2022]

Il est à noter qu'au Canada, le guide sur la dépression du [CANMAT](#) conseille la combinaison d'un antipsychotique avec un antidépresseur et rappelle les bénéfices de cette association sur l'amélioration clinique, la rémission des symptômes et la rapidité du rétablissement.

1.12.4. Assurez-vous d'effectuer un suivi de la réponse au traitement chez les personnes qui présentent *des symptômes ou un trouble dépressifs* avec caractéristiques psychotiques (en particulier les pensées au contenu inhabituel et les hallucinations). [2022]

1.12.5. Envisagez de poursuivre un antipsychotique chez les personnes qui présentent *des symptômes ou un trouble dépressifs* avec caractéristiques psychotiques pendant un certain nombre de mois après la rémission, s'il est toléré. La décision d'arrêter un antipsychotique, et celle concernant le bon moment pour le faire, devraient être prises dans le cadre des *services spécialisés* ou en consultation avec ceux-ci. [2022]

1.12.6. Pour d'autres conseils sur la prescription et le suivi des antipsychotiques, voir les [recommandations sur l'utilisation des antipsychotiques oraux à titre d'agents de potentialisation](#) et le guide de pratique du NICE sur la psychose et la schizophrénie chez les adultes (en anglais seulement)⁵⁶. [2022]

Pour une brève explication des raisons pour lesquelles le comité *du NICE* a formulé ces recommandations et de leur incidence possible sur la pratique, voir la [section sur la justification et les répercussions des recommandations concernant les symptômes ou le trouble dépressifs avec symptômes psychotiques](#).

⁵⁶ NICE (2014). Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management (NICE clinical guideline CG178). Consulter au : <https://www.nice.org.uk/guidance/cg178>

Les renseignements complets concernant les données probantes et les discussions du comité *du NICE* sont présentés dans le document Evidence review G : Psychotic depression (*en anglais seulement*)⁵⁷.

1.13 ÉLECTROCONVULSIVOTHÉRAPIE POUR LES SYMPTÔMES OU LE TROUBLE DÉPRESSIFS

1.13.1. Envisagez l'ECT pour le traitement *des symptômes ou* d'un trouble dépressifs graves si :

- la personne choisit l'ECT de préférence à d'autres traitements en fonction de son expérience passée avec l'ECT et de ce qui a fonctionné pour elle auparavant; **ou**
- une réponse rapide est nécessaire (par exemple, si *les symptômes ou* le trouble dépressifs mettent la vie de la personne en danger parce qu'elle ne s'alimente pas ou ne boit pas); **ou**
- les autres traitements ont été inefficaces (voir les [recommandations sur le traitement subséquent](#)). **[2022]**

1.13.2. Assurez-vous que les personnes qui présentent *des symptômes ou* un trouble dépressifs et qui s'apprêtent à recevoir une ECT sont pleinement informées des risques de ce traitement, ainsi que des risques et des bienfaits qui leur sont spécifiques. Tenez compte :

- des risques liés à une anesthésie générale;
- de toute comorbidité médicale;
- des effets indésirables potentiels, en particulier des troubles cognitifs;
- de l'augmentation possible, chez les personnes plus âgées, des risques associés à un traitement d'ECT pour ce groupe d'âge;
- des risques associés au fait de ne pas recevoir l'ECT.

Notez l'information concernant l'évaluation et la discussion au dossier de la personne. **[2022]**

1.13.3. Discutez de l'utilisation de l'ECT comme option de traitement avec la personne qui présente *des symptômes ou* un trouble dépressifs et parvenez à une décision partagée sur son utilisation en fonction des besoins cliniques et des préférences de la personne, si elle est apte à donner son consentement. Tenez compte de l'aptitude de la personne et des exigences *des lois en vigueur, notamment la LSSSS en matière de participation à la prise de décision (art.10)*, et assurez-vous que :

- le consentement éclairé est donné sans pression ni contrainte liées aux circonstances ou au contexte clinique;
- la personne est consciente de son droit de changer d'avis et de retirer son consentement à tout moment;

⁵⁷ NICE (2022). Depression in adults: Psychotic depression. Evidence reviews underpinning recommendations 1.12.1 to 1.12.6 and research recommendations in the NICE guideline. Consulter au : <https://www.nice.org.uk/guidance/ng222/evidence/g-psychotic-depression-pdf-11131004420>

- les directives reconnues en matière de consentement sont rigoureusement respectées et que des représentants de la personne ou de ses intérêts (ex. : *représentant légal, assistant, pair aidant, groupe de défense de droit en santé mentale*) ou son entourage sont impliqués pour favoriser des discussions éclairées. **[2022]**

NOTE : La recommandation 1.13.3 a été modifiée afin de se conformer au cadre législatif québécois. La recommandation originale visait à tenir compte des exigences de la Loi sur la santé mentale de 2007, en application au Royaume-Uni.

- 1.13.4. Si une personne qui présente des *symptômes* ou un trouble dépressifs ne peut pas donner un consentement éclairé, référez-vous aux dispositions du Code civil du Québec afin de respecter ses droits en matière de consentement. **[2022]**

NOTE : La recommandation 1.13.4 a été modifiée. La recommandation originale préconisait de n'administrer l'ECT que si ce traitement n'entraîne pas en conflit avec une décision anticipée valide, en matière de traitement, prise précédemment par la personne. Comme mentionné en 1.1.4, les décisions anticipées en matière de santé mentale n'existent pas dans le cadre juridique québécois. Pour de plus amples informations sur les conditions spécifiques au consentement substitué en matière de soins et services dans certains contextes, consultez le Code civil du Québec (art. 11 à 16).

- 1.13.5. Pour les personnes dont *les symptômes* ou le trouble dépressifs n'ont pas bien répondu à l'ECT précédemment, n'envisagez une nouvelle tentative d'ECT qu'après avoir :

- réévalué la pertinence du processus et des modalités de prestation précédente de ce traitement;
- envisagé toutes les autres options;
- discuté des risques et des bienfaits avec la personne ou, en fonction des circonstances, les représentants de la personne ou de ses intérêts, ou encore son entourage. **[2022]**

- 1.13.6. *La recommandation 1.13.6 a été retirée. Elle portait sur la nécessité d'obtenir une accréditation par l'ECTAS pour la pratique de l'ECT. Or, au moment de la parution du présent guide, ce type d'accréditation n'existe pas au Québec.*

- 1.13.7. *La recommandation 1.13.7 a été retirée. Celle-ci préconisait de veiller au respect des normes de l'ECTAS pour la pratique de l'ECT. Or, au moment de la parution du présent guide, ce type d'accréditation n'existe pas au Québec.*

- 1.13.8. Arrêtez le traitement par ECT pour une personne qui présente *des symptômes* ou un trouble dépressifs :

- immédiatement, si les effets indésirables l'emportent sur les bienfaits potentiels; ou
- lorsqu'on observe une rémission qui se maintient dans le temps. **[2022]**

- 1.13.9. Si *les symptômes* ou le trouble dépressifs d'une personne ont répondu à un cycle d'ECT :

- amorcez (ou poursuivez) la prise d'un antidépresseur ou un *traitement non pharmacologique* afin de prévenir la rechute et d'offrir des soins et services

continus pour *les symptômes ou le trouble dépressifs* (voir les [recommandations sur la prévention de la rechute](#));

- envisagez une potentialisation de l'antidépresseur par le lithium (voir les [recommandations sur le traitement subséquent](#)). [2022]

Pour une brève explication des raisons pour lesquelles le comité *du NICE* a formulé ces recommandations et de leur incidence possible sur la pratique, voir la [section sur la justification et les répercussions des recommandations concernant le traitement subséquent](#).

Les renseignements complets concernant les données probantes et les discussions du comité *du NICE* sont présentés dans le document Evidence review D : Further-line treatment (*en anglais seulement*)⁵⁸.

1.14 STIMULATION MAGNÉTIQUE TRANSCRÂNIENNE POUR LES SYMPTÔMES OU LE TROUBLE DÉPRESSIFS

- 1.14.1 Consultez le guide du NICE sur les procédures d'intervention pour la stimulation magnétique transcrânienne répétitive pour *les symptômes ou le trouble dépressifs* (*en anglais seulement*)⁵⁹.

NOTE : Différentes organisations provinciales ou fédérales peuvent avoir mis en ligne de la documentation concernant la stimulation magnétique transcrânienne. Vous pouvez notamment consulter le guide du CANMAT sur la dépression.

1.15 STIMULATEUR DU NERF VAGUE IMPLANTÉ POUR LE TRAITEMENT DES SYMPTÔMES OU DU TROUBLE DÉPRESSIFS RÉFRACTAIRES

- 1.15.1 Consultez le guide du NICE sur les procédures d'intervention pour l'utilisation du stimulateur du nerf vague implanté pour *les symptômes ou le trouble dépressifs réfractaires au traitement* (*en anglais seulement*)⁶⁰.

NOTE : Différentes organisations provinciales ou fédérales peuvent avoir mis en ligne de la documentation concernant la stimulation du nerf vague. Vous pouvez notamment consulter le guide du CANMAT sur la dépression.

⁵⁸ NICE (2022). Depression in adults: Further-line treatment. Evidence reviews underpinning recommendations 1.9.1 to 1.9.9 and 1.13.1 to 1.13.9, and research recommendations in the NICE guideline. Consulter au : <https://www.nice.org.uk/guidance/ng222>

⁵⁹ NICE (2015). Repetitive transcranial magnetic stimulation for depression (Interventional procedures guidance IPG542). Consulter au : <https://www.nice.org.uk/guidance/ipg542>

⁶⁰ NICE (2020). Implanted vagus nerve stimulation for treatment-resistant depression (Interventional procedures guidance IPG679). Consulter au : [Overview | Implanted vagus nerve stimulation for treatment-resistant depression | Guidance | NICE](#)

1.16 ACCESSIBILITÉ, COORDINATION ET PRESTATION DES SOINS ET SERVICES

Accès aux soins et services

- 1.16.1. Les établissements publics de santé et de services sociaux de même que les fournisseurs de services de santé mentale devraient envisager l'utilisation de modèles tels que ceux [des soins par étapes](#) pour structurer la prestation des soins et services aux personnes qui présentent *des symptômes ou* un trouble dépressifs. Voir la [synthèse visuelle sur le modèle de soins](#) (en anglais seulement).

Les trajectoires de soins et services devraient :

- faciliter un accès rapide aux traitements proposés ainsi que leur utilisation;
- permettre une *démarche évaluative* rapide pour les adultes qui présentent *des symptômes ou* un trouble dépressifs, incluant l'évaluation de la gravité *des symptômes ou* du trouble et du risque;
- assurer la coordination et la continuité des soins et services à l'aide de protocoles établis pour le partage d'information;
- soutenir la prestation de services intégrée dans le cadre des services de première ligne et des *services spécifiques ou spécialisés* en santé mentale afin de s'assurer que les personnes ne tombent pas dans une brèche en ce qui concerne la prestation de services;
- établir des critères clairs pour l'accès à tous les niveaux du modèle de soins par étapes;
- avoir plusieurs portes d'entrée et moyens d'accès aux services, incluant l'autoréférence;
- établir une collecte systématique des données sur l'accès, l'utilisation et les résultats des traitements spécifiques dans la trajectoire. **[2022]**

NOTE : La recommandation 1.16.1 du guide original mentionne deux types de modèles de soins par étapes, chacun plaçant l'emphase sur des éléments quelque peu différents. Le modèle de soins par étapes présenté dans le cadre du PQPTM intègre les caractéristiques de ces deux types de modèles. Ainsi, seule l'expression « modèle de soins par étapes » a été conservée.

- 1.16.2. Les établissements publics de santé et de services sociaux de même que les fournisseurs de services de santé mentale s'adressant aux personnes qui présentent *des symptômes ou* un trouble dépressifs devraient assurer la prestation efficace des traitements. La prestation des traitements devrait s'appuyer sur les fonctions essentielles d'un service en santé mentale de proximité détenant une responsabilité populationnelle en lien avec un territoire donné, et s'effectuer dans le cadre d'une approche coordonnée des *services spécifiques et spécialisés* en santé mentale ainsi que des services dans la communauté (par exemple, les services sociaux, le secteur de l'éducation, les services d'hébergement, les services publics, les associations de bénévoles et les entreprises à vocation sociale). Ces services devraient comprendre :
- des procédures d'évaluation;
 - une prise de décision partagée;
 - une collaboration entre les intervenants;

- une prestation de traitements pharmacologiques, *non pharmacologiques* (*interventions psychosociales et psychothérapie*) et physiques (par exemple, l'activité physique et l'ECT);
- une prestation de traitements ciblant les facteurs personnels, sociaux et environnementaux (par exemple, les problèmes de logement, l'isolement et le chômage);
- une coordination des soins et services;
- l'implication des *personnes utilisatrices de services* dans la conception, le suivi et l'évaluation des services;
- le suivi et l'évaluation efficaces des services. **[2022]**

1.16.3. Les établissements publics de santé et de services sociaux de même que les fournisseurs de *services spécifiques et spécialisés* en santé mentale devraient s'assurer que du soutien est en place pour que des services intégrés puissent être offerts par :

- *des intervenants, professionnels, ou médecins en pratique individuelle* (incluant les intervenants des services de première ligne) offrant des traitements, du soutien ou de la supervision;
- des équipes de services *spécifiques* en santé mentale, dans le cadre de traitements dans les services de proximité pour la majorité des personnes qui présentent *des symptômes ou* un trouble dépressifs;
- des intervenants des services *spécialisés* en santé mentale fournissant des conseils, des consultations et du soutien aux intervenants des *services spécifiques* en santé mentale;
- des équipes de santé mentale spécialisées, pour les personnes ayant des besoins complexes et importants. **[2022]**

NOTE : L'organisation des services en Angleterre étant différente de celle au Québec, il peut parfois être difficile d'apparier avec certitude certains des traitements recommandés par les guides du NICE au service équivalent dans le système québécois. De plus, étant donné les particularités de certains territoires, les recommandations quant aux services où devraient être offerts les traitements reconnus efficaces pourraient varier.

1.16.4. Les établissements publics de santé et de services sociaux de même que les fournisseurs de services de santé mentale devraient veiller à ce que les trajectoires de services destinés aux personnes qui présentent *des symptômes ou* un trouble dépressifs comportent les éléments suivants, afin de faciliter l'accès aux services et d'accroître l'utilisation et la rétention :

- des services offerts en dehors des heures de travail habituelles;
- des services offerts dans la communauté, par exemple au domicile d'une personne, dans des centres communautaires, des centres de loisirs, des centres d'hébergement, des CLSC et des cliniques intégrées au sein des services de première ligne (en particulier pour les personnes âgées);
- des services offerts conjointement avec des organismes communautaires ou bénévoles, dans la langue de l'utilisateur ou avec le recours d'interprètes;

- des services offerts dans une langue et des modalités appropriées ou adaptées au plan culturel. [2022]

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

La télésanté (aussi appelée « soins virtuels ») s'inscrit dans une orientation ministérielle actuelle visant à favoriser la continuité et la complémentarité des services de santé. Ces orientations ont pour objectif la promotion d'une utilisation efficace et efficiente de la télésanté permettant d'encourager la modernisation de la réponse aux besoins des personnes utilisatrices de services⁶¹.

Les Orientations ministérielles concernant la pratique de l'interprétariat dans les services de santé et les services sociaux au Québec⁶² reprennent des éléments incontournables pour une utilisation de qualité de l'interprétariat dans l'intervention au sein des services de santé et des services sociaux et mettent de l'avant un modèle d'organisation permettant d'offrir une desserte optimale dans toutes les régions du Québec.

1.16.5. Lors de la promotion de l'accessibilité et de l'utilisation des services, identifiez les besoins de groupes susceptibles d'avoir de la difficulté à accéder aux soins et services ou d'être exposés à la stigmatisation ou à la discrimination lorsqu'ils utilisent certains ou l'ensemble des services en santé mentale, puis tentez de répondre à ces besoins. Les groupes concernés peuvent inclure :

- les hommes;
- les personnes âgées;
- les personnes de la diversité sexuelle et de genre;
- les personnes issues des Premières nations et Inuit;
- les personnes issues des communautés noires, asiatiques et des minorités ethniques;
- les personnes qui présentent des difficultés d'apprentissage ou un trouble neurocognitif (consultez le guide de pratique du NICE sur les problèmes de santé mentale chez les personnes présentant des difficultés d'apprentissage, *en anglais seulement*⁶³);
- les personnes qui présentent un handicap physique ou sensoriel, qui peuvent avoir besoin d'ajustements raisonnables des services, comme définis par les lois

⁶¹ MSSS (2022). Réseau québécois de la télésanté. Consulter au : <https://telesantequebec.ca/professionnel/>

⁶² MSSS (2018). Orientations ministérielles concernant la pratique de l'interprétariat dans les services de santé et les services sociaux au Québec. Consulter au : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002180/>

⁶³ NICE (2016). Mental health problems in people with learning disabilities: prevention, assessment and management. Consulter au : <https://www.nice.org.uk/guidance/ng54>

en vigueur, pour leur permettre d'y avoir accès (voir la [Charte des droits et libertés de la personne](#));

- les personnes dont l'état de santé compromet leur capacité à communiquer;
- les personnes sans domicile fixe, les réfugiés et les demandeurs d'asile. [2022]

NOTE : La recommandation 1.16.5 a été modifiée afin de se conformer au cadre législatif québécois. La recommandation originale préconisait de tenir compte de la Loi sur l'égalité de 2010, en application au Royaume-Uni. Consulter la Charte des droits et libertés de la personne pour plus d'information sur les lois en vigueur au Québec.

La LSSSS stipule qu'« afin de permettre la réalisation [des objectifs de la LSSSS, le régime de services de santé et de services sociaux] établit un mode d'organisation des ressources humaines, matérielles et financières destiné à [...] favoriser, compte tenu des ressources, l'accessibilité à des services de santé et à des services sociaux selon des modes de communication adaptés aux limitations fonctionnelles des personnes »⁶⁴.

Pour une brève explication des raisons pour lesquelles le comité *du NICE* a formulé ces recommandations et de leur incidence possible sur la pratique, voir la [section sur la justification et les répercussions des recommandations concernant l'accès aux services](#).

Les renseignements complets concernant les données probantes et les discussions du comité *du NICE* sont présentés dans le document Evidence review H : Access to services (*en anglais seulement*)⁶⁵.

Soins de collaboration

- 1.16.6. Envisagez des soins de collaboration pour les personnes qui présentent *des symptômes ou* un trouble dépressifs, en particulier les personnes âgées, les personnes qui présentent des problèmes de santé physique importants, qui vivent de l'isolement social ou celles qui présentent *des symptômes ou* un trouble dépressifs persistants, ne répondant pas aux soins et services spécialisés habituels. [2022]
- 1.16.7. Les soins de collaboration pour les personnes qui présentent *des symptômes ou* un trouble dépressifs devraient comprendre :
- une évaluation et un engagement centrés sur la *personne utilisatrice de services*;
 - la mesure et le suivi des symptômes et du fonctionnement (mesure clinique en continu);
 - la gestion de la médication (un plan pour commencer la médication, en faire le suivi et l'arrêter);
 - la planification active des *soins et services* et le suivi de la part d'un gestionnaire de cas désigné;

⁶⁴ Loi sur les services de santé et les services sociaux, RLRQ s-4.2 art. 2.6. Consulter au : <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/s-4.2>

⁶⁵ NICE (2022). Depression in adults: Access to services. Evidence reviews underpinning recommendations 1.16.1 to 1.16.6 and research recommendations in the NICE guideline. Consulter au : <https://www.nice.org.uk/guidance/ng222/evidence/h-access-to-services-pdf-11131004421>

- la prestation d'interventions psychosociales ou de psychothérapies conformément à un protocole structuré;
- des soins et services intégrés de santé physique et de santé mentale;
- la collaboration entre les intervenants des services de première ligne et des services spécifiques ou spécialisés en santé mentale;
- l'implication d'autres organismes offrant du soutien;
- le soutien clinique aux intervenants de la part d'un intervenant expérimenté en santé mentale. [2022]

Soins et services spécialisés

1.16.8. Orientez les personnes qui présentent des symptômes ou un trouble dépressifs moyens ou graves, ou encore des symptômes dépressifs persistants, vers les services spécialisés en santé mentale afin qu'elles reçoivent des soins et services multidisciplinaires coordonnés si :

- les symptômes ou le trouble dépressifs moyens ou graves, ou encore les symptômes dépressifs persistants, entraînent une altération significative du fonctionnement personnel et social; **et**
- les traitements antérieurs n'ont pas été bénéfiques pour les personnes; **et**
 - elles présentent de multiples facteurs aggravants, par exemple l'absence d'emploi, un logement insalubre ou des problèmes financiers, **ou**
 - elles présentent d'importants problèmes comorbides de santé mentale et physique. [2022]

NOTE : L'organisation des services en Angleterre étant différente de celle au Québec, il peut parfois être difficile d'apparier avec certitude certains des traitements recommandés par les guides du NICE au service équivalent dans le système québécois. De plus, étant donné les particularités de certains territoires, les recommandations quant aux services où devraient être offerts les traitements reconnus efficaces pourraient varier.

1.16.9. Offrez des soins et services dans le cadre de plans d'intervention multidisciplinaires aux personnes qui présentent des symptômes ou un trouble dépressifs moyens ou graves, ou des symptômes dépressifs persistants (lequel ou lesquels entraînent une altération significative du fonctionnement personnel et social) ainsi que de multiples facteurs aggravants ou des problèmes de santé comorbides significatifs. Ces plans :

- sont élaborés conjointement avec la personne, son médecin de famille et les autres personnes impliquées dans ses soins et services (avec le consentement de la personne qui reçoit une copie de ce plan dans un format approprié);
- définissent les rôles et les responsabilités de tous les intervenants de la santé et des services sociaux impliqués dans la prestation des soins et services;
- incluent de l'information sur les services de soutien accessibles 24/24 et sur la façon de les contacter;
- incluent un plan de gestion de crise identifiant les éléments déclencheurs potentiels des crises de même que des stratégies pour la gestion de ces déclencheurs et leurs conséquences;

- sont mis à jour en cas de tout changement significatif relativement aux besoins ou à l'état de la personne;
- sont révisés à une fréquence fixe convenue;
- incluent la gestion de la médication (un plan pour commencer la médication, en faire le suivi et l'arrêter). [2022]

Pour une brève explication des raisons pour lesquelles le comité *du NICE* a formulé ces recommandations et de leur incidence possible sur la pratique, voir la [section sur la justification et les répercussions des recommandations concernant les soins en collaboration et les soins spécialisés](#).

Les renseignements complets concernant les données probantes et les discussions du comité *du NICE* sont présentés dans le document *Evidence review A : Service delivery (en anglais seulement)*⁶⁶.

Soins et services d'intervention de crise dans le milieu, de traitement à domicile et soins et services en unité d'hospitalisation

1.16.10. Envisagez *l'intervention de crise dans le milieu* et le traitement à domicile pour une personne présentant des *symptômes* ou un trouble dépressifs moyens ou graves, et ayant un risque significatif :

- de passage à l'acte suicidaire, en particulier si la personne vit seule;
- d'automutilation et de comportements autodestructeurs;
- de danger pour autrui;
- d'autonégligence;
- de complications en réponse à son traitement, par exemple chez les personnes âgées présentant des comorbidités.

Divers services de ce type existent et constituent une alternative parfois bénéfique à l'hospitalisation. [2022]

1.16.11. Veillez à ce que les équipes fournissant de *l'intervention de crise dans le milieu* et un traitement à domicile en soutien aux personnes qui présentent des *symptômes* ou un trouble dépressifs :

- assurent le suivi et la gestion des risques, en considérant cela comme une intervention de routine hautement prioritaire;
- élaborent et mettent en œuvre un programme de traitement;
- veillent à la continuité de tout programme de traitement pendant que la personne est en contact avec l'équipe d'*intervention de crise* et de traitement à domicile, de même que lors de la fin du traitement ou d'un transfert vers d'autres services lorsque cela est nécessaire;

⁶⁶ NICE (2022). Depression in adults: Service delivery; Models and settings for delivery of services. Evidence reviews underpinning recommendations 1.16.7 to 1.16.14 in the NICE guideline. Consulter au : <https://www.nice.org.uk/guidance/ng222/evidence/a-service-delivery-pdf-11131004414>

- mettent en place un plan de gestion de crise avant que les *soins ou services* offerts par l'équipe ne prennent fin. **[2022]**

1.16.12. *Envisagez un traitement en unité d'hospitalisation pour une personne qui présente des symptômes ou un trouble dépressifs moyens ou graves, et qui ne peut pas obtenir un soutien adéquat de la part d'une équipe d'intervention de crise et de traitement à domicile.* **[2022]**

NOTE : La recommandation 1.16.12 a été modifiée. La recommandation originale invitait à consulter le guide de pratique du NICE sur les problèmes de santé mentale chez les personnes qui présentent des difficultés d'apprentissage (en anglais seulement). Cette référence a été retirée de la recommandation.

1.16.13. Rendez disponibles les *traitements non pharmacologiques* recommandés pour les *symptômes ou le trouble dépressifs* moyens ou graves, la prévention de la rechute, les symptômes dépressifs persistants et les *symptômes ou le trouble dépressifs* chez les personnes qui présentent un trouble de la personnalité, aux personnes présentant des *symptômes ou un trouble dépressifs* et recevant des *soins et services* dans le cadre des *services spécialisés* en santé mentale (incluant les services ambulatoires et les soins et services en unité d'hospitalisation). **[2022]**

1.16.14. Lorsque vous offrez une *intervention psychosociale ou une psychothérapie* en unité d'hospitalisation à une personne qui présente des *symptômes ou un trouble dépressifs* :

- augmentez l'intensité et la durée de celle-ci;
- veillez à ce qu'elle se poursuive rapidement et efficacement une fois que la personne a obtenu son congé. **[2009]**

1.16.15. Envisagez de faire appel à une équipe d'*intervention de crise* dans le milieu et de traitement à domicile pour une personne qui présente des *symptômes ou un trouble dépressifs*, qui se trouve, pour un certain temps, en unité d'hospitalisation et qui pourrait bénéficier d'un congé anticipé. **[2009]**

Pour une brève explication des raisons pour lesquelles le comité *du NICE* a formulé ces recommandations et de leur incidence possible sur la pratique, voir la [section sur la justification et les répercussions des recommandations concernant les soins et services en situation de crise, le traitement à domicile et les soins et services en unité d'hospitalisation](#).

Les renseignements complets concernant les données probantes et les discussions du comité *du NICE* sont présentés dans le document *Evidence review A : Service delivery (en anglais seulement)*⁶⁷.

⁶⁷ NICE (2022). Depression in adults: Service delivery; Models and settings for delivery of services. Evidence reviews underpinning recommendations 1.16.7 to 1.16.14 in the NICE guideline. Consulter au : <https://www.nice.org.uk/guidance/ng222/evidence/a-service-delivery-pdf-11131004414>

2. RECOMMANDATIONS DE RECHERCHE

Au moment de la publication du présent guide, en 2024, la section des recommandations pour la recherche a été traduite en français, mais n'a pas été complètement contextualisée au Québec. La partie contextualisée sera ajoutée lors de la prochaine révision du guide.

Le comité d'élaboration du guide de pratique a formulé les recommandations qui suivent relativement à la recherche.

2.1. PRINCIPALES RECOMMANDATIONS POUR LA RECHERCHE

2.1.1. Arrêt des antidépresseurs

Quelle est la fréquence et la gravité des symptômes de retrait des antidépresseurs?

Pour une brève explication des raisons pour lesquelles le comité *du NICE* a formulé la recommandation pour la recherche, voir la [section sur la justification des recommandations concernant le début et l'arrêt des antidépresseurs](#).

Pour les renseignements complets concernant les données probantes et les discussions du comité *du NICE*, consultez les documents étayant l'examen des données probantes dans le cadre de l'élaboration du guide de pratique du NICE pour la prescription sécuritaire de médicaments (*en anglais seulement*)⁶⁸; Evidence review A : Patient information and support; Evidence review B : Prescribing strategies; Evidence review C : Safe withdrawal; Evidence review D : Withdrawal interventions; Evidence review F : Monitoring).

Les renseignements complets concernant la recommandation pour la recherche ont été ajoutés au document Evidence review B : Treatment of a new episode of depression (*en anglais seulement*)⁶⁹.

2.1.2. Prévention de la rechute

Quelle est l'efficacité et la rentabilité des *traitements non pharmacologiques* (*interventions psychosociales et psychothérapie*) brefs pour la prévention de la rechute chez les personnes qui ont suivi avec succès un traitement par antidépresseur ou un *traitement non pharmacologique*, mais qui présentent toujours un risque élevé de rechute?

Pour une brève explication des raisons pour lesquelles le comité *du NICE* a formulé la recommandation pour la recherche, voir la [section sur la justification des recommandations concernant la prévention de la rechute](#).

⁶⁸ NICE (2022). Medicines associated with dependence or withdrawal symptoms: safe prescribing and withdrawal management for adults (NICE guideline NG215), Evidence. Consulter au : <https://www.nice.org.uk/guidance/ng215>

⁶⁹ NICE (2022). Depression in adults: Treatment of a new episode of depression. Evidence reviews underpinning recommendations 1.5.2 to 1.5.3, 1.6.1, 1.7.1 and research recommendations in the NICE guideline. Consulter au : <https://www.nice.org.uk/guidance/ng222/evidence/b-treatment-of-a-new-episode-of-depression-pdf-11131004415>

Les renseignements complets concernant les données probantes et les discussions du comité *du NICE* sont présentés dans le document Evidence review C : Preventing relapse (*en anglais seulement*)⁷⁰.

2.1.3. Traitement subséquent

Quels sont les avantages et les inconvénients relatifs aux *traitements non pharmacologiques*, pharmacologiques et physiques subséquents (seuls ou en association) chez les adultes qui présentent *des symptômes ou* un trouble dépressifs et ont obtenu une réponse insuffisante à un premier *traitement non pharmacologique* pour l'épisode actuel?

Pour une brève explication des raisons pour lesquelles le comité *du NICE* a formulé la recommandation pour la recherche, voir la [section sur la justification des recommandations concernant le traitement subséquent](#).

Les renseignements complets concernant les données probantes et les discussions du comité *du NICE* sont présentés dans le document Evidence review D : Further-line treatment (*en anglais seulement*)⁷¹.

2.1.4. Symptômes ou trouble dépressifs persistants

Les *traitements non pharmacologiques*, la pharmacothérapie ou les traitements combinés sont-ils efficaces et rentables chez les personnes âgées présentant des symptômes dépressifs persistants?

Pour une brève explication des raisons pour lesquelles le comité *du NICE* a formulé la recommandation pour la recherche, voir la [section sur la justification des recommandations concernant les symptômes dépressifs persistants](#).

Les renseignements complets concernant les données probantes et les discussions du comité *du NICE* sont présentés dans le document Evidence review E : Chronic depression (*en anglais seulement*)⁷².

2.1.5. Accès

Quelles sont les méthodes les plus efficaces et les plus rentables pour favoriser l'accès aux traitements et leur utilisation par les personnes qui présentent *des symptômes ou* un trouble dépressifs, qui sont sous-représentées et qui reçoivent actuellement un service déficient?

⁷⁰ NICE (2022). Depression in adults: Preventing relapse. Evidence reviews underpinning recommendations 1.8.2 to 1.8.12 and research recommendations in the NICE guideline. Consulter au : <https://www.nice.org.uk/guidance/ng222/evidence/c-preventing-relapse-pdf-11131004416>

⁷¹ NICE (2022). Depression in adults: Further-line treatment. Evidence reviews underpinning recommendations 1.9.1 to 1.9.9 and 1.13.1 to 1.13.9, and research recommendations in the NICE guideline. Consulter au : <https://www.nice.org.uk/guidance/ng222/evidence/d-furtherline-treatment-pdf-11131004417>

⁷² NICE (2022). Depression in adults: Chronic depression. Evidence reviews underpinning recommendations 1.10.1 to 1.10.6 and 1.10.8 to 1.10.9, and research recommendations in the NICE guideline. Consulter au : <https://www.nice.org.uk/guidance/ng222>

Pour une brève explication des raisons pour lesquelles le comité *du NICE* a formulé la recommandation pour la recherche, voir la [section sur la justification des recommandations concernant l'accès aux services](#).

Les renseignements complets concernant les données probantes et les discussions du comité *du NICE* sont présentés dans le document Evidence review H : Access to services (*en anglais seulement*)⁷³.

2.2. AUTRES RECOMMANDATIONS POUR LA RECHERCHE

2.2.1. Traitement de première intention des symptômes ou du trouble dépressifs légers

Le soutien d'un pair aidant est-il efficace et rentable pour améliorer les résultats obtenus chez les adultes, notamment en ce qui concerne les symptômes, le fonctionnement personnel et social et la qualité de vie, lorsque cette intervention est utilisée seule, chez les personnes qui présentent *des symptômes ou* un trouble dépressifs légers, ou en appoint aux autres traitements basés sur les données probantes chez les personnes qui présentent *des symptômes ou* un trouble dépressifs moyens ou graves?

Quels sont les modes d'action des *traitements non pharmacologiques* efficaces pour les épisodes aigus de *symptômes ou* d'un trouble dépressifs chez les adultes? (Cette question s'applique aux *symptômes ou* à un trouble dépressifs légers, *aux symptômes ou* au trouble dépressifs moyens et graves.)

Pour une brève explication des raisons pour lesquelles le comité *du NICE* a formulé ces recommandations pour la recherche, voir la [section sur la justification des recommandations concernant le traitement de symptômes ou d'un nouvel épisode de trouble dépressifs légers](#).

Les renseignements complets concernant les données probantes et les discussions du comité *du NICE* sont présentés dans le document Evidence review B : Treatment of a new episode of depression (*en anglais seulement*)⁷⁴.

2.2.2. Traitement de première intention des symptômes ou d'un trouble dépressifs moyens ou graves

Quelle est l'efficacité et la rentabilité d'un traitement d'association par l'acupuncture et un antidépresseur chez les personnes qui présentent *des symptômes ou* un trouble dépressifs moyens ou graves?

Pour une brève explication des raisons pour lesquelles le comité *du NICE* a formulé ces recommandations pour la recherche, voir la [section sur la justification des recommandations](#)

⁷³ NICE (2022). Depression in adults: Access to services. Evidence reviews underpinning recommendations 1.16.1 to 1.16.6 and research recommendations in the NICE guideline. Consulter au : <https://www.nice.org.uk/guidance/ng222/evidence/h-access-to-services-pdf-11131004421>

⁷⁴ NICE (2022). Depression in adults: Treatment of a new episode of depression. Evidence reviews underpinning recommendations 1.5.2 to 1.5.3, 1.6.1, 1.7.1 and research recommendations in the NICE guideline. Consulter au : <https://www.nice.org.uk/guidance/ng222>

concernant le traitement des symptômes ou d'un nouvel épisode de trouble dépressifs moyens ou graves.

Les renseignements complets concernant les données probantes et les discussions du comité *du NICE* sont présentés dans le document Evidence review B : Treatment of a new episode of depression (*en anglais seulement*)⁷⁵.

2.2.3. Symptômes ou trouble dépressifs persistants

Quelle est l'efficacité, l'acceptabilité et l'innocuité des inhibiteurs de la monoamine-oxydase (IMAO; par exemple, la phénelzine) comparativement aux ISRS ou aux IRSN dans le traitement des symptômes ou d'un trouble dépressifs persistants réfractaires qui s'accompagnent d'anhédonie?

Comment l'identification des déterminants sociaux des symptômes ou d'un trouble dépressifs persistants et le fait de mettre l'accent sur ces facteurs ainsi que sur les résultats qui comptent pour les personnes qui présentent des symptômes ou un trouble dépressifs peuvent-ils permettre de cibler avec plus de précision les facteurs causaux pertinents et les mécanismes qui contribuent à l'obtention d'un rétablissement durable?

Pour une brève explication des raisons pour lesquelles le comité *du NICE* a formulé ces recommandations pour la recherche, voir la [section sur la justification des recommandations concernant les symptômes dépressifs persistants](#).

Les renseignements complets concernant les données probantes et les discussions du comité *du NICE* sont présentés dans le document Evidence review E : Chronic depression (*en anglais seulement*)⁷⁶.

2.2.4. Symptômes ou trouble dépressifs avec caractéristiques psychotiques

Quelles sont les interventions les plus efficaces et les plus rentables pour le traitement et la gestion des symptômes ou d'un trouble dépressifs avec caractéristiques psychotiques (y compris les traitements pharmacologiques, les traitements non pharmacologiques ainsi que l'électroconvulsivothérapie)?

Pour une brève explication des raisons pour lesquelles le comité *du NICE* a formulé la recommandation pour la recherche, voir la [section sur la justification des recommandations concernant les symptômes ou le trouble dépressifs avec symptômes psychotiques](#).

⁷⁵ NICE (2022). Depression in adults: Treatment of a new episode of depression. Evidence reviews underpinning recommendations 1.5.2 to 1.5.3, 1.6.1, 1.7.1 and research recommendations in the NICE guideline. Consulter au : <https://www.nice.org.uk/guidance/ng222>

⁷⁶ NICE (2022). Depression in adults: Chronic depression. Evidence reviews underpinning recommendations 1.10.1 to 1.10.6 and 1.10.8 to 1.10.9, and research recommendations in the NICE guideline. Consulter au : <https://www.nice.org.uk/guidance/ng222/evidence/e-chronic-depression-pdf-11131004418>

Les renseignements complets concernant les données probantes et les discussions du comité *du NICE* sont présentés dans le document Evidence review G : Psychotic depression (*en anglais seulement*)⁷⁷.

2.2.5. Électroconvulsivothérapie

L'utilisation de l'électroconvulsivothérapie en tant que traitement d'entretien pour la prévention de la rechute est-elle efficace et sécuritaire chez les personnes qui présentent *des symptômes ou* un trouble dépressifs graves et récurrents, et qui ont déjà obtenu une rémission à la suite d'un traitement par électroconvulsivothérapie?

Pour une brève explication des raisons pour lesquelles le comité *du NICE* a formulé la recommandation pour la recherche, voir la [section sur la justification des recommandations concernant la prévention de la rechute](#).

Les renseignements complets concernant les données probantes et les discussions du comité *du NICE* sont présentés dans le document Evidence review C : Preventing relapse (*en anglais seulement*)⁷⁸.

⁷⁷ NICE (2022). Depression in adults: Psychotic depression. Evidence reviews underpinning recommendations 1.12.1 to 1.12.6 and research recommendations in the NICE guideline. Consulter au : <https://www.nice.org.uk/guidance/ng222/evidence/g-psychotic-depression-pdf-11131004420>

⁷⁸ NICE (2022). Depression in adults: Preventing relapse. Evidence reviews underpinning recommendations 1.8.2 to 1.8.12 and research recommendations in the NICE guideline. Consulter au : <https://www.nice.org.uk/guidance/ng222/evidence/c-preventing-relapse-pdf-11131004416>

3. JUSTIFICATIONS ET RÉPERCUSSIONS

Ces sections fournissent une brève explication des raisons pour lesquelles le comité *du NICE* a formulé les recommandations et de l'incidence possible de ces recommandations sur la pratique ou les services.

3.1. CHOIX DU TRAITEMENT

[Recommandations 1.3.1 à 1.3.6](#)

Raisons pour lesquelles le comité du NICE a formulé les recommandations

Les données probantes indiquent que les personnes qui présentent *des symptômes ou un trouble* dépressifs, de même que les intervenants du domaine de la santé veulent avoir le temps de s'engager dans des discussions approfondies et de nouer un lien de confiance afin que les personnes qui présentent *des symptômes ou un trouble* dépressifs puissent se sentir à l'aise avec leur intervenant et participer activement à la prise de décision concernant les options et le choix de traitement. Les données probantes démontrent également que des idées préconçues au sujet des différentes options de traitement, les symptômes du trouble dépressif et les ressources disponibles peuvent avoir une incidence sur la participation des personnes à la prise de décision concernant leur traitement.

Incidence possible des recommandations sur la pratique

Le fait d'offrir divers choix de traitements aux personnes et de discuter de leurs options quant à ces traitements peut allonger la durée des consultations, ce qui peut entraîner des répercussions sur les ressources du NHS. Cependant, fournir de l'information sur les choix possibles est susceptible d'améliorer l'adhésion au traitement ainsi que les résultats obtenus chez les personnes qui présentent *des symptômes ou un trouble* dépressifs, ce qui compense les coûts associés aux consultations plus longues.

[Revenir aux recommandations](#)

3.2. DÉBUT ET ARRÊT DES ANTIDÉPRESSEURS

[Recommandations 1.4.10 à 1.4.23](#)

Raisons pour lesquelles le comité du NICE a formulé les recommandations

Le comité *du NICE* a passé en revue les données probantes sur les antidépresseurs répertoriées dans le cadre de l'élaboration du guide de pratique du NICE sur la prescription sécuritaire de médicaments (*en anglais seulement*)⁷⁹ et s'est appuyé sur celles-ci, de même que sur les connaissances et l'expérience des membres du comité *du NICE*, pour formuler les recommandations.

De rares données probantes indiquent que les personnes qui présentent *des symptômes ou un trouble* dépressifs veulent obtenir de l'information sur la manière dont s'effectuera le suivi et le moment où il aura lieu lorsqu'un antidépresseur leur est prescrit. De plus, ces données montrent

⁷⁹ NICE (2022). Medicines associated with dependence or withdrawal symptoms: safe prescribing and withdrawal management for adults (NICE guideline NG215). Consulter au : <https://www.nice.org.uk/guidance/ng215>

qu'elles apprécient le fait d'être en mesure d'assurer elles-mêmes la surveillance de leurs symptômes, car cela renforce leur sentiment d'autonomie. De rares données probantes montrent également que, lors de la planification de l'arrêt d'un antidépresseur, la diminution graduelle de la dose peut atténuer les symptômes de retrait. Le comité *du NICE* a fait appel aux connaissances de ses membres pour ajouter des détails aux recommandations concernant les techniques d'arrêt graduel, les médicaments susceptibles d'être associés à des symptômes de retrait plus importants et ceux dont l'arrêt graduel peut s'effectuer plus rapidement, comme la fluoxétine.

Des données probantes sur les différents effets indésirables survenant lors de l'arrêt des antidépresseurs étaient disponibles, mais le comité *du NICE* a convenu qu'il serait utile de disposer de renseignements plus étoffés sur la fréquence et la gravité de ces effets relativement à des interventions particulières afin que les personnes utilisatrices de services puissent faire des choix éclairés; c'est pourquoi il a formulé une [recommandation pour la recherche au sujet de l'arrêt des antidépresseurs](#). Des données probantes sur les besoins des personnes qui présentent *des symptômes ou* un trouble dépressifs en matière d'information et de soutien indiquent que celles-ci aimeraient recevoir de l'information réaliste sur les bienfaits possibles et les risques des antidépresseurs, le temps nécessaire pour en ressentir les effets, la durée du traitement et le processus d'arrêt du traitement. Les données probantes montrent également qu'elles apprécient le soutien des intervenants lors de l'arrêt du médicament, y compris la reconnaissance de leurs craintes et de leurs préoccupations concernant le processus d'arrêt du traitement.

Incidence possible des recommandations sur la pratique

Les recommandations reflètent les pratiques actuelles, mais pourraient réduire la variabilité de celles-ci à l'échelle du NHS.

[Revenir aux recommandations](#)

3.3. UTILISATION DU LITHIUM À TITRE D'AGENT DE POTENTIALISATION

[Recommandations 1.4.28 à 1.4.31, 1.4.33 et 1.4.34](#)

Raisons pour lesquelles le comité du NICE a formulé les recommandations

Le comité *du NICE* a formulé les recommandations sur l'utilisation du lithium sur la base d'un consensus informel, en se fondant sur les connaissances et l'expérience de ses membres et dans le respect des exigences en matière de suivi énoncées dans le *British National Formulary* (BNF).

Incidence possible des recommandations sur la pratique

Les recommandations reflètent les pratiques actuelles, mais pourraient réduire la variabilité de celles-ci à l'échelle du NHS.

[Revenir aux recommandations](#)

3.4. UTILISATION DES ANTIPSYCHOTIQUES PAR VOIE ORALE À TITRE D'AGENTS DE POTENTIALISATION

[Recommandations 1.4.35 à 1.4.39](#)

Raisons pour lesquelles le comité du NICE a formulé les recommandations

Le comité *du NICE* a formulé les recommandations sur l'utilisation des antipsychotiques sur la base d'un consensus informel, en se fondant sur les connaissances et l'expérience de ses membres et dans le respect des exigences en matière de suivi du traitement par antipsychotique énoncées dans le BNF et le guide de pratique du NICE sur les troubles psychotiques et la schizophrénie (*en anglais seulement*)⁸⁰.

Incidence possible des recommandations sur la pratique

Les recommandations reflètent les pratiques actuelles, mais pourraient réduire la variabilité de celles-ci à l'échelle du NHS.

[Revenir aux recommandations](#)

3.5. ACTIVITÉS VISANT À FAVORISER LE BIEN-ÊTRE

[Recommandations 1.4.42 et 1.4.43](#)

Raisons pour lesquelles le comité du NICE a formulé les recommandations

Les membres du comité *du NICE* étaient conscients, sur la base de leurs connaissances et de leur expérience, que la pratique informelle d'activité physique, en particulier les activités en plein air, ainsi que l'adoption de saines habitudes de vie peuvent améliorer la sensation de bien-être. Cet avis était corroboré par les commentaires des parties prenantes.

Incidence possible des recommandations sur la pratique

Les recommandations peuvent favoriser la discussion au sujet de la valeur de la pratique informelle d'activité physique et de l'adoption de saines habitudes de vie, mais comme les changements relatifs à ces aspects s'effectueront à l'initiative de la personne concernée, ces recommandations n'ont aucune incidence sur les ressources du NHS.

[Revenir aux recommandations](#)

3.6. TRAITEMENT DE SYMPTÔMES OU D'UN NOUVEL ÉPISODE DE TROUBLE DÉPRESSIFS LÉGERS

[Recommandations 1.5.2 et 1.5.3](#)

Raisons pour lesquelles le comité du NICE a formulé les recommandations

Des données probantes de bonne qualité appuyaient l'efficacité de *l'intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou TCC* en groupe et de l'activation comportementale en groupe, traitements qui se sont également avérés susceptibles d'être les plus rentables, en moyenne, pour les adultes qui présentent des *symptômes ou* un trouble dépressifs légers. Des données probantes de bonne qualité appuyaient aussi l'efficacité de l'activation comportementale individuelle et de *l'intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou la TCC* individuelle, et certaines données probantes appuyaient l'efficacité des autosoins dirigés; ces

⁸⁰ NICE (2014). Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management (NICE clinical guideline CG178). Consulter au : <https://www.nice.org.uk/guidance/cg178>

interventions étaient également susceptibles d'être rentables. Le comité *du NICE* a donc proposé ces options comme choix possibles pour les personnes qui ne souhaitent pas participer à une intervention en groupe. Les membres du comité *du NICE* ont discuté du fait que, dans le cadre de la pratique, il était logique d'offrir les traitements les moins intrusifs et les moins exigeants sur le plan des ressources en premier, puis de passer à d'autres traitements, s'il y a lieu. C'est pourquoi le comité *du NICE* a convenu que les autosoins dirigés devraient être envisagés en premier pour la plupart des personnes qui présentent les *symptômes* ou un trouble dépressifs légers.

Certaines données probantes appuyaient l'efficacité d'une *intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales* ou une *TCC basée sur la pleine conscience* en groupe, d'un programme d'activité physique en groupe, d'une thérapie interpersonnelle et des antidépresseurs, traitements qui s'avéraient également rentables; le comité *du NICE* a donc recommandé ces traitements comme choix possibles pour les personnes qui ne souhaitent pas recevoir une *intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales* ou une *TCC* ou une activation comportementale (en groupe, individuelle ou sous forme d'autosoins). Le comité *du NICE* a estimé que les inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine (ISRS) seraient les antidépresseurs à privilégier chez les personnes qui présentent *des symptômes* ou un trouble dépressifs légers en raison de leur innocuité et de leur tolérance. Le comité *du NICE* a discuté du fait que, comme les données probantes indiquaient que certains *traitements non pharmacologiques* (*interventions psychosociales* ou *psychothérapie*) sont plus efficaces que les antidépresseurs et en raison du risque d'effets indésirables, les médicaments ne devraient pas être utilisés d'emblée chez les personnes qui présentent *des symptômes* ou un trouble dépressifs légers, à moins qu'une personne préfère utiliser un antidépresseur plutôt qu'entreprendre un *traitement non pharmacologique*.

Certaines données probantes indiquaient que le counseling et l'*intervention basée sur l'approche psychodynamique* ou la *psychothérapie psychodynamique brève* pouvaient être efficaces, mais ces traitements semblaient moins rentables, en moyenne, dans le soulagement *des symptômes* ou du trouble dépressifs légers. Le comité *du NICE* a toutefois reconnu que ces traitements pouvaient s'avérer bénéfiques pour certaines personnes et les a inclus parmi les options de traitement recommandées.

Le comité *du NICE* a fourni les détails concernant les traitements dans un tableau afin de favoriser la discussion entre les intervenants et les personnes qui présentent *des symptômes* ou un trouble dépressifs au sujet des options de traitement. À l'exception de la recommandation d'utiliser d'abord les autosoins dirigés pour des raisons pragmatiques, les options sont présentées dans un ordre ayant fait l'objet d'un consensus de la part du comité *du NICE*, en fonction de leur efficacité moyenne et de leur rentabilité chez les adultes qui présentent *des symptômes* ou un trouble dépressifs légers, les traitements les plus efficaces et les plus rentables figurant en haut du tableau; l'ordre de présentation des options de traitement tient également compte des facteurs susceptibles d'en favoriser la mise en œuvre, comme l'utilisation des traitements les moins intrusifs en premier. Toutefois, le comité *du NICE* a convenu que le choix d'un traitement devrait être une décision personnalisée et que certaines personnes peuvent préférer un traitement figurant plus bas dans le tableau, ce qui constitue un choix valable.

Étant donné le manque de données probantes concernant l'efficacité du soutien d'un pair aidant, le comité *du NICE* a formulé une [recommandation pour la recherche sur le soutien d'un pair aidant](#). Compte tenu des doutes importants que soulevaient les données sur l'efficacité et la rentabilité des *traitements non pharmacologiques* (*interventions psychosociales* ou *psychothérapie*), le comité *du NICE* a formulé une [recommandation supplémentaire pour la recherche afin de](#)

[déterminer si le fait de définir le mode d'action des traitements non pharmacologiques pouvait permettre de mieux faire la distinction entre les divers traitements et d'aider les personnes utilisatrices de services à faire un choix.](#)

Incidence possible des recommandations sur la pratique

Les recommandations reflètent les pratiques actuelles, mais pourraient réduire la variabilité des pratiques à l'échelle du NHS. Les établissements publics de santé et de services sociaux et les services devront s'assurer d'offrir l'accès à un choix pertinent parmi l'ensemble des traitements recommandés par le NHS, ce qui, selon les options actuellement disponibles, peut entraîner une augmentation de l'utilisation des ressources. Les consultations et les évaluations initiales peuvent demander plus de temps en raison des discussions détaillées visant à appuyer la prise d'une décision éclairée, mais le fait de faire un bon choix peut favoriser l'adhésion au traitement et l'obtention de meilleurs résultats.

[Revenir aux recommandations](#)

3.7. TRAITEMENT DES SYMPTÔMES OU D'UN NOUVEL ÉPISODE DE TROUBLE DÉPRESSIFS MOYENS OU GRAVES

[Recommandation 1.6.1](#)

Raisons pour lesquelles le comité du NICE a formulé la recommandation

Des données probantes de bonne qualité appuyaient l'efficacité de *l'intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou de la TCC* en combinaison avec un antidépresseur, de *l'intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou de la TCC* et de *l'intervention utilisant des techniques comportementales ou de la TCC* individuelle et de traitements qui semblaient également rentables, en moyenne, pour les adultes qui présentent des *symptômes ou* un trouble dépressifs moyens ou graves. Des données probantes de bonne qualité appuyaient l'efficacité et la rentabilité du traitement par antidépresseur (ISRS, IRSN, antidépresseurs tricycliques et mirtazapine). Les membres du comité du NICE se sont entendus sur le fait que les ISRS et les IRSN devraient être recommandés en tant que traitements de première intention en raison de leur tolérance, mais que le traitement par antidépresseur tricyclique pouvait être privilégié chez les personnes dont les symptômes ont bien répondu à ce traitement par le passé et qui ne présentent aucune contre-indication. Le comité du NICE a convenu que la mirtazapine ne devrait pas être incluse dans les options de traitement de première intention, mais que son utilisation devrait être réservée au traitement subséquent.

Certaines données probantes appuyaient l'efficacité du counseling et de la résolution de problèmes, deux traitements qui semblaient également rentables.

Certaines données probantes appuyaient l'efficacité de la *thérapie interpersonnelle* et de *l'intervention basée sur l'approche psychodynamique ou psychothérapie psychodynamique brève*, mais ces traitements semblaient moins rentables, en moyenne, dans le soulagement des *symptômes ou* du trouble dépressifs. Le comité du NICE a toutefois reconnu que ces traitements pouvaient s'avérer bénéfiques pour certaines personnes et les a inclus parmi les options de traitement recommandées.

Certaines données probantes appuyaient l'efficacité et la rentabilité d'un traitement combiné de l'acupuncture et un antidépresseur, mais le comité du NICE était conscient du fait que ces données portaient sur l'acupuncture chinoise, qui est différente de l'acupuncture occidentale. Il

est donc possible que ces résultats ne soient pas valables pour la population du Royaume-Uni, et c'est pourquoi le comité *du NICE* a formulé une [recommandation pour la recherche sur le traitement d'association par l'acupuncture et un antidépresseur](#).

Les autosoins dirigés et le programme d'activité physique en groupe se sont avérés efficaces, en moyenne, et semblaient rentables. Le fait que, dans le cadre de la pratique clinique, ces interventions puissent être offertes à des personnes qui présentent *des symptômes ou* un trouble dépressifs moyens ou graves et qui sont susceptibles de bénéficier d'interactions régulières avec un intervenant suscitait toutefois des craintes au sein du comité *du NICE*. C'est pourquoi le comité *du NICE* a précisé que les avantages possibles d'options de traitement comportant de plus nombreuses interactions avec un intervenant devraient être soigneusement envisagés d'abord.

En plus des données probantes qui ont été passées en revue, le comité *du NICE* connaissait l'existence d'essais pragmatiques de grande envergure qui ont été écartés de la méta-analyse en réseau parce qu'ils portaient sur des populations de *personnes utilisatrices de services* ne répondant pas à des critères de recherche précis. De façon générale, les résultats de ces études concordaient toutefois avec les données probantes passées en revue et appuyaient les recommandations.

Le comité *du NICE* a fourni les détails concernant les traitements dans un tableau afin de favoriser la discussion entre les intervenants et les personnes qui présentent *des symptômes ou* un trouble dépressifs au sujet des options de traitement. Les options sont présentées dans un ordre ayant fait l'objet d'un consensus de la part du comité *du NICE*, en fonction de leur efficacité moyenne et de leur rentabilité (ainsi que des facteurs associés à leur mise en œuvre), les traitements les plus efficaces et les plus rentables figurant en haut du tableau. Toutefois, le comité *du NICE* a convenu que le choix d'un traitement devrait être une décision personnalisée et que certaines personnes peuvent préférer un traitement figurant plus bas dans le tableau, ce qui constitue un choix valable.

Incidence possible de la recommandation sur la pratique

La recommandation reflète les pratiques actuelles, mais pourrait réduire la variabilité des pratiques à l'échelle du NHS. Les établissements publics de santé et de services sociaux et les services devront s'assurer d'offrir l'accès à un choix pertinent parmi l'ensemble des traitements recommandés, ce qui, selon les options actuellement disponibles, peut entraîner une augmentation de l'utilisation des ressources. Les consultations et les évaluations initiales peuvent exiger plus de temps en raison des discussions détaillées visant à appuyer la prise d'une décision éclairée, mais le fait de faire un bon choix peut favoriser l'adhésion au traitement et l'obtention de meilleurs résultats.

[Revenir à la recommandation](#)

3.8. THÉRAPIE DE COUPLE COMPORTEMENTALE

[Recommandation 1.7.1](#)

Raisons pour lesquelles le comité du NICE a formulé la recommandation

Les données probantes appuyant l'efficacité de la *thérapie de couple comportementale* chez les personnes qui présentent *des symptômes ou* un trouble dépressifs et qui ont des problèmes dans leur relation de couple étaient très rares, mais les membres du comité *du NICE* ont convenu que ce traitement faisait partie des services offerts dans le cadre du programme *Improving Access to*

Psychological Therapy (IAPT) et qu'il devait être inclus parmi les options de traitement dans le présent guide de pratique.

Incidence possible de la recommandation sur la pratique

La recommandation reflète les pratiques actuelles, mais pourrait réduire la variabilité de celles-ci à l'échelle du NHS.

[Revenir à la recommandation](#)

3.9. PRÉVENTION DE LA RECHUTE

[Recommandations 1.8.1 à 1.8.12](#)

Raisons pour lesquelles le comité du NICE a formulé les recommandations

Sur la base de leur connaissance de la littérature médicale en général et de leur expérience, les membres du comité *du NICE* ont relevé certains facteurs susceptibles d'augmenter le risque de rechute. Le comité *du NICE* a convenu que la poursuite du traitement devrait être envisagée chez les personnes présentant un risque élevé de rechute, mais reconnaissait que certaines personnes ne souhaiteraient pas recevoir de traitement pour la prévention de la rechute. Le comité *du NICE* a également convenu que les personnes qui souhaitaient poursuivre le traitement par antidépresseur devraient être informées des effets possibles à long terme.

Des données probantes de bonne qualité appuyaient l'efficacité des ISRS, des IRSN, des antidépresseurs tricycliques, de *l'intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou TCC* en groupe, de même que de *l'intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou de la TCC basée sur la pleine conscience* dans le cadre de la prévention de la rechute, interventions qui s'avéraient également rentables, en moyenne, dans le traitement des personnes présentant un risque élevé de rechute; les données portaient sur un traitement dont la durée allait jusqu'à deux ans. Le comité *du NICE* a donc formulé une recommandation concernant la poursuite du traitement par antidépresseur, de *l'intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou TCC* en groupe ou de *l'intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou de la TCC basée sur la pleine conscience*, selon le traitement que recevait déjà la personne. Le comité *du NICE* a convenu que les *traitements non pharmacologiques* utilisés pour la prévention de la rechute devraient être clairement axés sur l'acquisition de compétences associées à la prévention de la rechute.

Le comité *du NICE* a fait appel aux connaissances et à l'expérience de ses membres afin de recommander des modalités de suivi visant à faire en sorte que le traitement pour la prévention de la rechute ne se poursuive pas indéfiniment.

Comme les données probantes au sujet des psychothérapies brèves ou de l'utilisation de l'électroconvulsivothérapie à titre de traitement d'entretien pour la prévention de la rechute étaient rares, le comité *du NICE* a formulé une [recommandation pour la recherche au sujet de l'efficacité et de la rentabilité des traitements non pharmacologiques brefs](#) et une [recommandation pour la recherche concernant l'utilisation de l'électroconvulsivothérapie à titre de traitement d'entretien](#).

Incidence possible des recommandations sur la pratique

Les recommandations reflètent les pratiques actuelles, mais pourraient réduire la variabilité de celles-ci à l'échelle du NHS. Les établissements publics de santé et de services sociaux et les

services devront fournir des traitements comportant des éléments clairement axés sur la prévention de la rechute.

[Revenir aux recommandations](#)

3.10. TRAITEMENT SUBSÉQUENT

[Recommandations 1.9.1 à 1.9.9](#) et [1.13.1 à 1.13.9](#)

Raisons pour lesquelles le comité du NICE a formulé les recommandations

Le comité *du NICE* a formulé les recommandations en tenant compte du fait que, selon les connaissances et l'expérience de ses membres, il est possible que les symptômes ne répondent pas au traitement *des symptômes ou* d'un trouble dépressifs pour différentes raisons; ces raisons devraient être considérées et corrigées avant d'envisager un traitement subséquent.

Aucune donnée probante n'a été répertoriée au sujet des personnes chez qui *les symptômes ou* le trouble dépressifs n'ont pas répondu à l'utilisation d'un *traitement non pharmacologique (interventions psychosociales ou psychothérapie)* à titre de traitement de première intention. Toutefois, le comité *du NICE* a fait appel à l'expérience de ses membres afin de recommander des options de traitement subséquentes pour les personnes qui présentent *des symptômes ou* un trouble dépressifs et qui ont d'abord reçu un *traitement non pharmacologique*. Comme il ne disposait d'aucune donnée concernant les personnes dont les symptômes n'ont pas répondu à un *traitement non pharmacologique* initial, le comité *du NICE* a formulé une [recommandation pour la recherche sur le traitement subséquent](#).

En ce qui concerne les personnes chez qui *les symptômes ou* le trouble dépressifs n'ont pas répondu à un antidépresseur, certaines données probantes appuyaient l'efficacité de l'ajout d'un programme d'activité physique en groupe au traitement par antidépresseur. De très rares données probantes indiquaient également que le remplacement de l'antidépresseur par un autre ou l'augmentation de la dose de l'antidépresseur pouvaient être efficaces. Certaines données probantes appuyaient l'efficacité de l'utilisation d'un *traitement non pharmacologique* en combinaison avec un antidépresseur, et c'est pourquoi le comité *du NICE* a également recommandé l'utilisation de traitements combinés. D'après les données probantes passées en revue au sujet du traitement de première intention *des symptômes ou* d'un trouble dépressifs moyens ou graves, le comité *du NICE* a convenu que les *traitements non pharmacologiques* qui s'étaient avérés efficaces et rentables à titre de traitements de première intention *des symptômes ou* d'un trouble dépressifs moyens ou graves pourraient être utilisés pour les personnes chez qui les symptômes n'ont pas répondu à un antidépresseur et qui souhaitent plutôt faire l'essai d'un *traitement non pharmacologique*.

Des données probantes appuyaient l'efficacité d'une combinaison d'antidépresseurs ou de la combinaison d'un antidépresseur avec d'autres traitements (électroconvulsivothérapie, antipsychotiques, lithium, lamotrigine et triiodothyronine), mais le comité *du NICE* a convenu que ces traitements combinés devaient être administrés en consultation avec un intervenant spécialisé.

De rares données probantes portaient sur l'utilisation de l'électroconvulsivothérapie, seule ou en combinaison avec de l'activité physique, à titre de traitement subséquent, et c'est pourquoi le comité *du NICE* a convenu que l'électroconvulsivothérapie devrait demeurer parmi les options de traitement subséquentes *des symptômes ou* du trouble dépressifs, à utiliser dans des situations particulières, lorsque d'autres traitements n'ont pas permis d'obtenir une réponse adéquate ou

n'ont procuré aucune réponse. Sur la base de leur savoir, de leur expérience et de leur connaissance d'un plus vaste ensemble de données probantes au sujet de l'électroconvulsivothérapie, les membres du comité *du NICE* étaient conscients que les effets de l'électroconvulsivothérapie se manifestent rapidement. Le comité *du NICE* a donc précisé que l'électroconvulsivothérapie devrait être envisagée dans d'autres circonstances (et non uniquement en tant que traitement subséquent), lorsqu'une réponse rapide est nécessaire, et a fourni des exemples de situations où l'électroconvulsivothérapie pouvait s'avérer appropriée. Le comité *du NICE* était également conscient du fait que certaines personnes qui présentent *des symptômes ou* un trouble dépressifs pouvaient avoir reçu un traitement d'électroconvulsivothérapie par le passé, en connaître l'efficacité et exprimer une préférence pour ce traitement. D'après les connaissances et l'expérience de ses membres et afin d'améliorer l'expérience vécue par les *personnes utilisatrices de services*, le comité *du NICE* a mis l'accent sur les recommandations concernant le fait de tenir compte des préférences de la *personne utilisatrice de service* lorsque l'électroconvulsivothérapie est envisagée à titre d'option de traitement, ce qui cadre avec les recommandations du comité *du NICE* concernant les autres options de traitement.

Les membres du comité *du NICE* ont discuté des recommandations existantes sur l'administration de l'électroconvulsivothérapie et ont convenu qu'elles étaient toujours correctes. Ces dernières ont donc été conservées, mais le comité *du NICE* a convenu que des normes actualisées et reconnues avaient depuis été produites par le *Royal College of Psychiatrists* afin d'encadrer la pratique sécuritaire et efficace de l'électroconvulsivothérapie, et a reconnu l'ECTAS comme organisme d'accréditation. Le comité *du NICE* a donc formulé une recommandation selon laquelle l'électroconvulsivothérapie devrait être pratiquée dans un établissement agréé qui respecte ces normes.

Incidence possible des recommandations sur la pratique

Les recommandations concernant le traitement subséquent reflètent les pratiques actuelles, mais pourraient réduire la variabilité des pratiques à l'échelle du NHS. Les recommandations concernant l'électroconvulsivothérapie devraient faire en sorte que ce traitement soit accessible pour les personnes chez qui elle représente une option de traitement appropriée, bien qu'elle doive être réservée à des circonstances particulières.

[Revenir aux recommandations 1.9.1 à 1.9.9 et 1.13.1 à 1.13.9](#)

3.11. SYMPTÔMES DÉPRESSIFS PERSISTANTS

[Recommandations 1.10.1 à 1.10.6, 1.10.8 et 1.10.9](#)

Raisons pour lesquelles le comité du NICE a formulé les recommandations

Certaines données probantes appuyaient l'utilisation de *l'intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou TCC*, des ISRS, des IRSN et des antidépresseurs tricycliques dans le traitement des symptômes dépressifs persistants. De très rares données indiquaient également que les *traitements non pharmacologiques* et les antidépresseurs pouvaient être plus efficaces, en moyenne, dans le cadre d'un traitement combiné que seuls. Compte tenu de l'insuffisance de données probantes, en particulier au sujet des personnes âgées, qui peuvent être plus vulnérables *aux symptômes ou* au trouble dépressifs persistants, ainsi que des personnes chez qui *les symptômes ou* le trouble dépressifs persistants peuvent être attribuables à des déterminants sociaux, le comité *du NICE* a formulé une [recommandation pour la recherche](#)

[sur l'efficacité et la rentabilité des traitements non pharmacologiques, de la pharmacothérapie ou des traitements d'association.](#)

Certaines données probantes appuyaient l'efficacité d'autres médicaments, notamment les antidépresseurs tricycliques, la phénelzine, l'amisulpride et le moclobémide, chez les personnes qui présentent *des symptômes ou* un trouble dépressifs persistants. C'est pourquoi le comité *du NICE* a considéré que ceux-ci pouvaient constituer d'autres choix possibles, à utiliser en consultation avec un intervenant spécialisé, lorsque les symptômes n'ont pas répondu aux ISRS ou aux IRSN. Cette interprétation représentait toutefois une extrapolation des données probantes sur le traitement de première intention *des symptômes ou* du trouble dépressifs persistants (et non du traitement subséquent). Comme il ne disposait d'aucune donnée concernant l'utilisation des IMAO à titre de traitements subséquents chez les personnes qui présentent *des symptômes ou* un trouble dépressifs persistants, le comité *du NICE* a formulé une [recommandation pour la recherche sur l'efficacité, l'acceptabilité et l'innocuité des IMAO](#).

Incidence possible des recommandations sur la pratique

Les recommandations reflètent les pratiques actuelles, mais pourraient réduire la variabilité de celles-ci à l'échelle du NHS.

[Revenir aux recommandations](#)

3.12. SYMPTÔMES OU TROUBLE DÉPRESSIFS CHEZ LES PERSONNES QUI PRÉSENTENT UN TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ

[Recommandations 1.11.1 à 1.11.4](#)

Raisons pour lesquelles le comité du NICE a formulé les recommandations

De rares données probantes appuyaient l'efficacité des *traitements non pharmacologiques* en combinaison avec les antidépresseurs pour le traitement *des symptômes ou* du trouble dépressifs chez les personnes qui présentent un trouble de la personnalité. Le comité *du NICE* était conscient du fait que prolonger le traitement et obtenir le soutien d'une équipe multidisciplinaire pouvaient favoriser l'utilisation des traitements ainsi que l'adhésion à ceux-ci. L'ensemble des données probantes était toutefois très mince et se composait de petites études de faible ou de très faible qualité. Par conséquent, le comité *du NICE* n'a pas été en mesure de recommander un antidépresseur ou un *traitement non pharmacologique* en particulier, mais a convenu que le choix devrait être dicté par les préférences de la personne. Le comité *du NICE* s'est également heurté aux lacunes des données probantes lors de l'élaboration des recommandations concernant les différents types de troubles de la personnalité, car les données disponibles portaient sur des troubles de la personnalité mixtes ou non spécifiés.

Sur la base du savoir et de l'expérience de ses membres, et d'après les guides de pratique du NICE existants, le comité *du NICE* était conscient que chez les personnes qui présentent *des symptômes ou* un trouble dépressifs et un trouble de la personnalité, le traitement du trouble de la personnalité dans le cadre des *services spécialisés* pouvait entraîner l'atténuation du trouble dépressif.

Incidence possible des recommandations sur la pratique

Les recommandations peuvent réduire la variabilité en ce qui concerne les traitements offerts aux personnes qui présentent *des symptômes ou* un trouble dépressifs et un trouble de la

personnalité, et auront pour effet de consolider les pratiques actuelles consistant à traiter les personnes présentant un trouble de la personnalité dans le cadre de programmes spécialisés.

[Revenir aux recommandations](#)

3.13. SYMPTÔMES OU TROUBLE DÉPRESSIFS AVEC CARACTÉRISTIQUES PSYCHOTIQUES

[Recommandations 1.12.1 à 1.12.6](#)

Raisons pour lesquelles le comité du NICE a formulé les recommandations

De rares données probantes indiquaient que le traitement combiné d'un antidépresseur et d'un antipsychotique pouvait comporter certains avantages dans le traitement *des symptômes ou* du trouble dépressifs avec caractéristiques psychotiques. Certaines données probantes portaient sur l'olanzapine et la quétiapine, et le comité *du NICE* était informé du fait que la quétiapine possède des effets antidépresseurs ainsi que des effets antipsychotiques, ce qui en fait un agent souvent utilisé dans le traitement *des symptômes ou* du trouble dépressifs avec caractéristiques psychotiques. Les membres du comité *du NICE* ont discuté du fait que le traitement combiné ne serait généralement pas amorcé dans le cadre des services de proximité et que les personnes qui souhaitent entreprendre un traitement par antipsychotique devraient donc être orientées vers des *services spécialisés* en santé mentale. Sur la base de leur expérience, les membres du comité *du NICE* ont convenu que l'efficacité du traitement d'association devait faire l'objet d'un suivi régulier, que le traitement combiné ne devrait pas se prolonger au-delà de la durée nécessaire, et qu'il fallait obtenir l'avis d'un intervenant spécialisé afin de déterminer le moment approprié pour mettre fin au traitement par antipsychotique. Compte tenu de la rareté des données probantes, le comité *du NICE* a formulé une [recommandation pour la recherche sur les interventions les plus efficaces et les plus rentables pour le traitement et la gestion du trouble dépressif avec symptômes psychotiques](#).

Incidence possible des recommandations sur la pratique

Les recommandations reflètent les pratiques actuelles, mais pourraient réduire la variabilité de celles-ci à l'échelle du NHS.

[Revenir aux recommandations](#)

3.14. ACCÈS AUX SOINS ET SERVICES

[Recommandations 1.16.1 à 1.16.6](#)

Raisons pour lesquelles le comité du NICE a formulé les recommandations

En ce qui concerne les recommandations sur l'accès aux *soins et services* pour l'ensemble des personnes qui présentent *des symptômes ou* un trouble dépressifs, le comité *du NICE* a fait appel aux connaissances et à l'expérience de ses membres afin de déterminer comment l'adoption d'une approche de soins par étapes ou de soins adaptés, l'intégration harmonieuse des services de proximité et des *services spécifiques* en santé mentale, la diffusion d'information au sujet des soins et services ainsi que le recours à un éventail de méthodes dans la prestation des soins et services pouvaient permettre d'améliorer l'accès aux services.

Certaines données probantes indiquaient que la modification du mode de prestation des traitements *des symptômes ou* du trouble dépressifs, notamment le regroupement des services de santé physique et des services en santé mentale, l'utilisation du téléphone ou des appels vidéo, les soins de collaboration, ainsi que des services adaptés sur le plan culturel, favorisait l'utilisation des soins et services et l'adhésion à ceux-ci pour les personnes qui présentent *des symptômes ou* un trouble dépressifs persistants, en plus d'appartenir à certains groupes de la population (ex. : les hommes, les personnes âgées et les personnes issues des communautés noires, asiatiques et des minorités ethniques). Compte tenu de la rareté des données probantes, le comité *du NICE* a formulé une [recommandation pour la recherche sur les méthodes les plus efficaces et les plus rentables pour favoriser l'accès aux traitements et leur utilisation par les personnes qui présentent des symptômes ou un trouble dépressifs, qui reçoivent des services déficients et qui sont sous-représentées.](#)

Incidence possible des recommandations sur la pratique

Le fait de modifier le mode de prestation des traitements afin de favoriser l'accès pour certains groupes de personnes peut aussi nécessiter des modifications aux services en soi et avoir des répercussions sur les ressources. Traiter rapidement et efficacement *les symptômes ou* le trouble dépressifs peut toutefois diminuer les coûts liés à l'utilisation des services sociaux et des soins de santé à long terme.

[Revenir aux recommandations](#)

3.15. SOINS DE COLLABORATION ET SERVICES SPÉCIALISÉS

[Recommandations 1.16.7 à 1.16.10](#)

Raisons pour lesquelles le comité du NICE a formulé les recommandations

Des données probantes de bonne qualité indiquaient que des *soins de* collaboration étaient associés à une amélioration des résultats chez les personnes qui présentent *des symptômes ou* un trouble dépressifs et que, dans l'ensemble, il s'agissait d'une mesure rentable chez ces personnes, y compris les personnes âgées.

Selon certaines données probantes, certains éléments des soins de collaboration avaient des effets bénéfiques, ce que les membres du comité *du NICE* étaient en mesure de corroborer d'après leurs connaissances.

Le comité *du NICE* n'a pas passé en revue les données probantes portant précisément sur l'utilisation des *services spécialisés* auprès de personnes qui présentent *des symptômes ou* un trouble dépressifs graves et de multiples facteurs de complication ou des troubles comorbides importants. Toutefois, d'après leur connaissance approfondie de l'ensemble des données probantes, les membres du comité *du NICE* étaient informés d'études indiquant des bienfaits pour ce groupe de personnes; sur la base de ce fait ainsi que du savoir et de l'expérience de ses membres, le comité *du NICE* a formulé les recommandations sur les *services spécialisés*.

Incidence possible des recommandations sur la pratique

Les recommandations sur les soins de collaboration peuvent entraîner une augmentation de l'utilisation des ressources, mais des données probantes indiquent qu'il s'agit d'une mesure rentable. Le recours aux soins spécialisés provoquera vraisemblablement une augmentation de l'utilisation des ressources, mais ne s'avèrera nécessaire que pour un petit nombre de personnes,

et cette augmentation peut être compensée par la réduction des coûts associés aux soins et services et aux traitements de longue durée.

[Revenir aux recommandations](#)

3.16. SOINS ET SERVICES EN SITUATION DE CRISE, TRAITEMENT À DOMICILE ET SOINS ET SERVICES EN UNITÉ D'HOSPITALISATION

[Recommandations 1.16.11 à 1.16.14](#)

Raisons pour lesquelles le comité du NICE a formulé les recommandations

Certaines données probantes indiquaient que le fait de faire appel à une équipe d'*intervention de crise* et de traitement à domicile était associé à une atténuation des symptômes chez les personnes présentant *des symptômes ou* un trouble mental grave sans symptômes psychotiques, et qu'il s'agissait d'une mesure rentable comparativement aux soins et services standards en unité d'hospitalisation. Compte tenu de l'expérience de ses membres, le comité *du NICE* a toutefois reconnu que les personnes qui présentent *des symptômes ou* un trouble dépressifs moyens ou graves pouvaient avoir besoin de soins et services en unité d'hospitalisation.

Sur la base de leurs connaissances et de leur expérience, les membres du comité *du NICE* ont convenu que les *traitements non pharmacologiques* (interventions psychosociales ou psychothérapie) devaient être disponibles dans le cadre des soins et services en unité d'hospitalisation pour les personnes qui présentent *des symptômes ou* un trouble dépressifs.

Incidence possible des recommandations sur la pratique

Les recommandations peuvent être associées à une certaine réduction des coûts, étant donné que les services d'équipes d'*intervention de crise* et de traitement à domicile sont plus économiques que les soins et services en unité d'hospitalisation et peuvent permettre d'éviter de longs et coûteux séjours hospitaliers. Lorsqu'ils sont utilisés de manière efficace, ces services peuvent également contribuer à éviter que des personnes soient hospitalisées de nouveau après un séjour.

[Revenir aux recommandations](#)

4. NOTES SUR LE PRÉSENT GUIDE

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

Des renseignements supplémentaires sur la conception du guide de pratique clinique du NICE, le détail des articles scientifiques consultés, les discussions du comité *du NICE* du développement du guide de pratique ainsi que le guide de pratique clinique complet, sont disponibles sur le site Web du NICE⁸¹. *Notez que cette section, de même que tous les documents qui y sont mentionnés, n'a pas été traduite en français ni contextualisée au Québec. Ils sont toutefois disponibles sur le site du [NICE](#).*

4.1. GUIDE DE PRATIQUE COMPLET

Le guide de pratique complet⁸² 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.*

4.2. INFORMATION À L'INTENTION DU PUBLIC

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

4.3. GUIDES SCHÉMATISÉS DES RECOMMANDATIONS DES GUIDES DE PRATIQUE DU NICE

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

4.4. DOCUMENTS D'ORIENTATION CONNEXES DU NICE

Des renseignements supplémentaires sont disponibles sur le site Web du NICE. Pour consulter les documents d'orientation du NICE sur des sujets connexes, y compris ceux dont l'élaboration

⁸¹ NICE (2022). Depression in adults: treatment and management (NICE guideline NG222). Consulter au : <https://www.nice.org.uk/guidance/ng222>

⁸² Ibid.

est en cours, voir la page consacrée au trouble dépressif sur le site Web du NICE. Notez que cette section n'a pas été traduite en français ni contextualisée au Québec.

Publications d'ordre général

- [Patient experience in adult NHS services](#). CG138 (2012). Guide de pratique clinique du NICE sur l'expérience des personnes utilisatrices de services relativement aux services offerts aux adultes par le NHS.
- [Service user experience in adult mental health](#). CG136 (2011). Guide de pratique clinique du NICE sur l'expérience des personnes utilisant les services de santé mentale pour les adultes.
- [Common mental health disorders](#). CG123 (2011). *Guide de pratique clinique du NICE sur les troubles mentaux fréquents, document contextualisé au Québec : [Troubles mentaux fréquents : repérage et trajectoires de services](#)*.
- [Medicines adherence](#). CG76 (2011). Guide de pratique clinique du NICE sur l'adhésion à la pharmacothérapie.

Publications portant sur des troubles particuliers

- [Autism in adults](#). CG142 (2012). Guide de pratique clinique du NICE sur le trouble du spectre de l'autisme chez les adultes.
- [Autism diagnosis in children and young people](#). CG128 (2011). Guide de pratique clinique du NICE sur le diagnostic du trouble du spectre de l'autisme chez les enfants et les adolescents.
- [Autism: management of autism in children and young people](#). CG170 (2013). *Guide de pratique clinique du NICE sur la gestion du trouble du spectre de l'autisme chez les enfants et les adolescents*.
- [Alcohol dependence and harmful alcohol use](#). CG115 (2011). *Guide de pratique clinique du NICE sur la dépendance à l'alcool et l'utilisation nocive d'alcool*.
- [Generalised anxiety disorder and panic disorder \(with or without agoraphobia\) in adults](#). CG113 (2011). *Guide de pratique clinique du NICE sur l'anxiété généralisée et le trouble panique (avec ou sans agoraphobie) chez les adultes, document contextualisé au Québec : [Trouble d'anxiété généralisée et trouble panique chez l'adulte : repérage, orientation et traitement](#)*.
- [Looked-after children and young people](#). PH28 (2010). Document d'orientation en matière de santé publique du NICE sur les enfants et les adolescents pris en charge.
- [Depression](#). CG90 (2009). *Guide de pratique clinique du NICE sur le trouble dépressif*.
- [Social and emotional wellbeing in secondary education](#). PH20 (2009). Document d'orientation en matière de santé publique du NICE sur le bien-être social et émotionnel au cours des études secondaires.
- [Social and emotional wellbeing in primary education](#). PH12 (2008). Document d'orientation en matière de santé publique du NICE sur le bien-être social et émotionnel au cours des études primaires.
- [Attention deficit hyperactivity disorder](#). CG72 (2008). *Guide de pratique clinique du NICE sur le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité*.
- [Drug misuse](#). CG51 (2007). *Guide de pratique clinique du NICE sur le trouble de l'usage de substances*.

- [Obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder](#). CG31 (2005). *Guide de pratique clinique du NICE sur le trouble obsessionnel compulsif et l'obsession d'une dysmorphie corporelle*.
- [Depression in children and young people: identification and management](#). NG134 (2019). *Guide de pratique clinique du NICE sur le trouble dépressif chez les enfants et les adolescents*, document contextualisé au Québec : [Trouble dépressif chez les enfants et les adolescents : repérage, orientation et traitement](#).
- [Post-traumatic stress disorder](#). NG116 (2018). *Guide de pratique clinique du NICE sur le trouble de stress post-traumatique*, document contextualisé au Québec : [Trouble de stress post-traumatique](#).

4.5. INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES ET RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE COMITÉ DU NICE

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

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

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; les renseignements obtenus à la fin 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.

Information sur la mise à jour

Juin 2022 : Le présent guide de pratique constitue une mise à jour du guide de pratique CG90 du NICE (publié en octobre 2009) et remplace ce dernier.

Nous avons passé en revue les données probantes concernant l'accès aux *soins et services*, la prestation des *soins et services*, le traitement de *symptômes* ou de nouveaux épisodes de trouble dépressif, la prévention de la rechute, le traitement subséquent, *les symptômes* ou le trouble dépressifs persistants, *les symptômes* ou le trouble dépressifs en présence d'un trouble de la personnalité, *les symptômes* ou le trouble dépressifs avec caractéristiques psychotiques et le choix des *personnes utilisatrices de services*.

Les recommandations portent la mention **[2022]** lorsque les données probantes ont été passées en revue.

Recommandations supprimées et recommandations modifiées sans examen des données probantes

Certaines recommandations du guide de pratique de 2009 ont été supprimées. L'[annexe 1](#) fournit la liste des recommandations éliminées ainsi que des précisions sur les recommandations qui les ont remplacées ou les raisons de la suppression, lorsqu'une recommandation n'est pas remplacée par une autre.

Les recommandations portant la mention **[2009, modifié en 2022]** ont été modifiées, mais les données probantes pertinentes n'ont pas été passées en revue. Les raisons pour lesquelles les recommandations ont été modifiées sont indiquées dans l'[annexe 2](#).

En ce qui concerne les recommandations portant la mention **[2009]**, les données probantes n'ont pas été passées en revue. Dans certains cas, des modifications mineures ont été faites afin d'actualiser la formulation et le style, sans toutefois changer le sens des recommandations.

Voir aussi la version antérieure du guide de pratique du NICE et les documents connexes (*en anglais seulement*)⁸³.

Modifications mineures depuis la publication

⁸³ NICE (2022). Depression in adults: treatment and management (NICE guideline NG222), Evidence. Consulter au : <https://www.nice.org.uk/guidance/ng222>

Mai 2024 : Nous avons simplifié ce guide en retirant des recommandations portant sur des principes généraux concernant les soins et les services qui sont abordés dans d'autres guides du NICE (par exemple, le [*Guide de pratique clinique du NICE sur l'expérience des personnes utilisatrices de services relativement aux services offerts aux adultes par le NHS*](#)⁸⁴, en anglais seulement.

Ce changement n'est qu'un changement dans la façon de présenter les recommandations; aucun changement quant à la pratique n'est envisagé.

ISBN : 978-1-4731-4622-8

⁸⁴ NICE (2011). Service user experience in adult mental health: improving the experience of care for people using adult NHS mental health services. Consulter au : [Service user experience in adult mental health: improving the experience of care for people using adult NHS mental health services](#)

ANNEXE 1 : TERMES UTILISÉS

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

Appréciation

Dans le cadre du PQPTM, réfère à une « Activité qui se définit par une prise en considération des indicateurs (symptômes, manifestations cliniques, difficultés ou autres) obtenus à l'aide d'observations cliniques, de tests ou d'instruments⁸⁵ », par exemple, des questionnaires d'appréciation. L'appréciation des symptômes et du fonctionnement est la première activité possible de la démarche évaluative.

Évitement

Une forme de comportement d'adaptation, ayant généralement un effet négatif sur la condition de la personne, selon laquelle la personne modifie son comportement pour éviter de penser à des choses difficiles, de les ressentir ou de les réaliser. L'évitement inclut le fait de remettre l'exécution de tâches à plus tard, de réduire ses activités, de ne pas faire face à ses problèmes, de ne pas s'exprimer, de chercher à se distraire et de consommer de l'alcool ou des substances pour engourdir certaines émotions.

Fonctionnement personnel et social

Le fonctionnement personnel représente la capacité d'une personne à accomplir efficacement les activités normales de la vie quotidienne et à réagir aux expériences vécues. Le fonctionnement social est la capacité d'interagir avec d'autres personnes, de nouer des relations, de tirer profit de ces interactions et de les approfondir.

Gestion de la médication

La gestion de la médication consiste à prodiguer des conseils à une personne sur les mesures favorisant le respect d'un schéma thérapeutique (par exemple, comment, quand et à quelle fréquence prendre un médicament). Ces programmes concernent uniquement la gestion des médicaments; ils ne portent sur aucun autre aspect du trouble dépressif.

Manuels de traitement

Les manuels de traitement sont basés sur les manuels ayant été utilisés lors des essais cliniques ayant procuré les données probantes sur l'efficacité des traitements recommandés dans ce guide de pratique.

⁸⁵ Office des professions (2021). Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines : Guide explicatif. Montréal (Qc), 130 p. Consulter au : <https://www.opq.gouv.qc.ca/actualites/detail/article/guide-explicatif-loi-modifiant-le-code-des-professions-et-dautres-dispositions-legislatives-dans-le-domaine-de-la-sante-mentale-et-des-relations-humaines>

Mesure clinique en continu

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

Modèle de soins (par étapes ou adaptés)

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

Voir la [synthèse visuelle sur le modèle de soins](#).

Repérage

Dans le cadre du PQPTM, le repérage réfère au processus de reconnaissance des personnes présentant des indices d'un trouble, d'un problème ou d'une maladie afin de les orienter vers les services pertinents. Le repérage consiste, en fait, à relever des indices de trouble non encore identifiés ou de facteurs de risques; il ne repose pas sur un processus systématisé, mais s'appuie plutôt sur la sensibilité des intervenants auxdits indices. Dans le cadre du PQPTM, le repérage est effectué avant la démarche évaluative proprement dite.

Rémission

Une rémission est traditionnellement définie comme une atténuation ou une diminution momentanée des symptômes d'une maladie. Bien que dans certains guides du NICE certains critères soient davantage précisés, tel n'est pas le cas dans le présent guide. Ainsi, dans le cadre du guide de pratique portant sur le trouble dépressif chez les adultes, le terme « rémission » doit ainsi être compris comme reflétant notamment une amélioration notable du fonctionnement et de la symptomatologie de la personne utilisatrice de services, amélioration globalement satisfaisante pour celle-ci malgré la persistance possible de certains symptômes.

Rumination

Pensées négatives répétitives et tenaces sur divers thèmes tels que des sentiments et des symptômes, des problèmes ou des événements pénibles de la vie, ainsi qu'au sujet de leurs causes, de leurs conséquences, de leur signification et de leurs répercussions (par exemple, « Pourquoi cela m'est-il arrivé? », « Pourquoi ne puis-je pas aller mieux? »).

Soins de collaboration

« Les soins de collaboration sont dispensés par des intervenants de spécialités, de disciplines, de secteurs (public, communautaire et privé) ou de réseaux différents, qui travaillent ensemble à

offrir des services complémentaires. Les pratiques collaboratives impliquent la mise en place d'objectifs communs, d'un processus décisionnel bien défini et équitable ainsi que d'une communication ouverte et régulière. Les soins de collaboration sont fondés sur des pratiques efficaces qui évoluent avec les besoins changeants de la personne utilisatrice de services, de son entourage et des ressources disponibles. Il n'y a pas de modèle unique : les soins de collaboration regroupent l'ensemble des activités permettant un travail en partenariat efficace et l'amélioration des soins et des services. »⁸⁶

Symptômes dépressifs persistants

Les personnes présentant des symptômes dépressifs persistants incluent celles qui répondent aux critères de diagnostic d'un épisode de trouble dépressif caractérisé pendant au moins deux ans de manière continue, celles qui présentent certains symptômes (*critères diagnostiques non remplis*) persistants pendant au moins deux ans ou encore, celles qui présentent une humeur triste persistante avec ou sans épisodes concomitants de trouble dépressif caractérisé pendant au moins deux ans. Les personnes présentant des symptômes du trouble dépressif peuvent également rencontrer des difficultés sociales et personnelles qui contribuent à la persistance des symptômes dépressifs persistants.

Trouble neurocognitif

Les troubles neurocognitifs sont des troubles neurologiques ayant une incidence sur les capacités cognitives (par exemple, l'apprentissage, la mémoire, la communication et la résolution de problèmes). Les troubles acquis peuvent être attribuables à des troubles médicaux qui perturbent le fonctionnement mental (par exemple, la démence, la maladie de Parkinson ou une lésion cérébrale traumatique).

Trouble dépressif

Selon la CIM-11, le trouble dépressif se caractérise par la présence d'une humeur dépressive ou une diminution de l'intérêt pour les activités se produisant la majeure partie de la journée, presque tous les jours pendant au moins deux semaines, ce qui s'accompagne d'autres symptômes, notamment les suivants :

- diminution de la capacité à se concentrer et à maintenir son attention ou indécision marquée;
- dévalorisation ou culpabilité excessive ou inappropriée;
- désespoir à propos de l'avenir;
- pensées récurrentes de mort ou de suicide, ou tentative de suicide avérée;
- perturbations importantes du sommeil ou sommeil excessif;
- modifications importantes de l'appétit ou du poids;
- agitation ou retard psychomoteurs;
- baisse d'énergie ou fatigue.

⁸⁶ MSSS (2015). Plan d'action en santé mentale 2015-2020 : faire ensemble et autrement. Consulter au : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001319/>

Selon le DSM-5, le trouble dépressif se caractérise par la présence, pendant une même période de deux semaines, d'au moins cinq symptômes figurant dans une liste de huit symptômes, dont au moins un des symptômes est une humeur dépressive ou une perte d'intérêt ou de plaisir. Les huit symptômes sont les suivants :

- humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours;
- diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités, pratiquement toute la journée, presque tous les jours;
- perte de poids importante en l'absence de régime, gain de poids, ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours;
- ralentissement psychomoteur (observable par les autres, et non seulement une impression subjective d'agitation ou de ralentissement);
- fatigue ou manque d'énergie presque tous les jours;
- sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée presque tous les jours;
- diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours;
- pensées de mort récurrentes, idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

Dans le guide de pratique du NICE, l'expression « people with depression » désigne les personnes ayant reçu un diagnostic clinique de trouble dépressif ainsi que celles qui ont l'impression de présenter un trouble dépressif ou des symptômes du trouble dépressif. Cette expression tient donc compte du fait que les personnes vivent l'expérience, décrivent et qualifient leur expérience de dépression de manière très personnelle. Dans le cadre du PQPTM, c'est l'expression « *symptômes ou trouble dépressifs* » qui est utilisée afin de refléter cette réalité.

Symptômes ou trouble dépressifs légers

Les *symptômes ou le trouble dépressifs légers* comprennent la présence de certains symptômes de dépression (critères diagnostiques non remplis) et le trouble dépressif léger correspondant, dans ce guide, à un score inférieur à 16 au le Questionnaire sur la Santé du Patient-9 (PHQ-9, Patient Health Questionnaire 9-item).

Symptômes ou trouble dépressifs moyens ou graves

Les *symptômes ou le trouble dépressifs moyens ou graves* comprennent la *présence de symptômes* ou d'un trouble dépressifs moyens ou graves, ce qui, dans ce guide, correspond à un score de 16 ou plus sur le PHQ-9.

ANNEXE 2 : FORCE DES RECOMMANDATIONS

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

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

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

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

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

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

Les soins et les services auxquels on peut avoir recours

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

Formulation des recommandations adaptées provenant d'autres guides de pratique

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

Droits d'auteur

© National Institute for Health and Care Excellence 2013. Tous droits réservés. Les documents dont les droits d'auteur appartiennent au NICE peuvent être téléchargés pour une utilisation dans le cadre de recherches personnelles et d'études, et peuvent être reproduits à des fins éducatives et non commerciales. Aucune reproduction ne peut être effectuée par une organisation commerciale, ou pour le compte de celle-ci, sans l'autorisation écrite du NICE.

Pour communiquer avec le NICE :

National Institute for Health and Care Excellence
Level 1A, City Tower, Piccadilly Plaza, Manchester M1 4BT

www.nice.org.uk

nice@nice.org.uk

0845 033 7780

ISBN: 978-1-4731-0128-9

