



TROUBLE DÉPRESSIF CHEZ LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS : REPÉRAGE, ORIENTATION ET TRAITEMENT

GUIDE DE PRATIQUE CLINIQUE

Publié par le NICE en 2005, dernière mise à jour du NICE en 2019.
Dernière mise à jour du MSSS en novembre 2021.

Le guide de pratique clinique *Trouble dépressif chez les enfants et les adolescents : repérage, orientation et traitement* est tiré du guide Depression in Children and Young people : identification and management © NICE, disponible au <https://www.nice.org.uk/guidance/ng134/>. Tous droits réservés. Les guides de pratique du NICE sont préparés pour le National Health Service de l'Angleterre. Ils sont régulièrement révisés et mis à jour et peuvent être retirés du site Web (nice.org.uk) à la discrétion du NICE. Le NICE n'accepte aucune responsabilité pour l'utilisation du contenu de cette publication.

ÉDITION

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

Le présent document s'adresse spécifiquement aux intervenants du réseau québécois de la santé et des services sociaux 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, 2021
ISBN : 978-2-550-90632-2 (PDF)

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

© Gouvernement du Québec, 2021

LISTE DES COLLABORATEURS

Direction

Docteur Pierre Bleau, directeur national des services en santé mentale, en dépendance et en itinérance

Madame Stéphanie Morin, directrice générale adjointe des services en santé mentale, en dépendance et en itinérance

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

Cheffe de projet du PQPTM

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

Pilote clinico-organisationnel du PQPTM

Madame Martine Lafleur, infirmière, Direction générale adjointe des services de santé mentale et de psychiatrie légale

Rédaction

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

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

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

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

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

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

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

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

Madame Karine Desharnais, pharmacienne, conseillère pharmaceutique

Madame Alexandra Dion, psychoéducatrice, conseillère à la contextualisation

Madame Isabelle Gaudet, ergothérapeute, conseillère à la contextualisation

Madame Karine Gaudreault, travailleuse sociale, conseillère à la contextualisation

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

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

Madame Ghitza Thermidor, psychoéducatrice, conseillère à la contextualisation

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

Monsieur Karl Turcotte, travailleur social, conseiller au déploiement et à la contextualisation

Autres membres du sous-comité clinico-organisationnel du PQPTM

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

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

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

Membres des comités scientifique et directeur du PQPTM

Représentants des ordres professionnels

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Représentants du réseau de la santé et des services sociaux et d'autres organismes

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

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

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

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

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

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

Madame Amina Khilaji, usagère partenaire

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

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

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

Traduction et révision linguistique

Madame Isabelle Simard, traductrice agréée

Conseillères scientifiques

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

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

AVIS AUX LECTEURS

Ce guide de pratique découle du guide de pratique clinique du National Institute for Health and Care Excellence (NICE), guide pour lesquels 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 est adapté, par la Direction générale adjointe des services de santé mentale, dépendance et itinérance en collaboration avec différentes parties prenantes, 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 les 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, classification la plus utilisée au Québec au moment de l'adaptation.

De plus, 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 lesquels sont basés les interventions recommandées utilisent les termes «thérapie» et «psychothérapie» sans préciser si ces termes réfèrent à de la psychothérapie tel que défini à l'article 187.1 du [Code des professions](#). Ainsi, les recommandations indiquées en italiques et soulignées indiquent que celles-ci nécessitent le jugement clinique de l'intervenant afin que celui-ci détermine si l'intervention qu'il s'apprête à réaliser constitue ou non de la psychothérapie au sens de cette Loi. Cette analyse effectuée par l'intervenant devrait être réalisée à l'aide des divers documents interordres concernant l'exercice de la psychothérapie et des interventions qui s'y apparentent, disponible sur le site de la collaboration interprofessionnelle.¹

Le guide de pratique clinique est une des composantes du PQPTM, lequel repose sur un modèle de soins par étapes basé sur les données probantes. Pour plus d'informations concernant le PQPTM dans son intégralité, se référer au [Document d'information à l'intention des établissements - soins et services en santé mentale des jeunes - Programme québécois pour les troubles mentaux : Des autosoins à la psychothérapie \(PQPTM\)](#).²

L'équipe de contextualisation

¹ Collaboration interprofessionnelle. Consulter au : <https://collaborationinterprofessionnelle.ca/publications-2/>

² Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS). (2020). Document d'information à l'intention des établissements - Programme québécois pour les troubles mentaux : des autosoins à la psychothérapie (PQPTM). Québec, QC: Gouvernement du Québec. 43 p.

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, et le guide de pratique ne l'emporte pas sur la responsabilité de prendre les décisions appropriées en fonction de la situation d'une personne, et ce, en consultation avec cette dernière de même *qu'avec la famille et l'entourage, le cas échéant*.

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

Les établissements publics de santé et des services sociaux et les fournisseurs sont responsables de favoriser l'adoption de pratiques respectueuses de l'environnement dans le cadre du régime de services de santé et de services sociaux et devraient privilégier l'intégration volontaire du développement durable dans la mise en œuvre des recommandations de ce guide de pratique *conformément aux plans d'action de développement durable du MSSS³⁴*.

³ Ministère de la Santé et des Services sociaux (2017). Plan d'action de développement durable 2016-2020 du ministère de la Santé et des Services sociaux. Consulté en ligne à: https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001819/?&txt=durable&msss_valpub&date=DESC

⁴ Ministère de la Santé et des Services sociaux (2021). Plan d'action transitoire 2021-2022 - Stratégie gouvernementale de développement durable. Consulté en ligne à: <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003081/>

TABLE DES MATIÈRES

Avis aux lecteurs	III
Vos responsabilités	IV
Aperçu	VII
Introduction	VIII
1. Recommandations	1
1.1. Soins et services pour les enfants et les adolescents présentant des symptômes d'un trouble dépressif ou ayant été confirmé	1
1.2. Le modèle de soins par étapes	8
1.4. Étape 2 : appréciation et démarche évaluative	15
1.6. Étapes 4 et 5 : traitement des troubles dépressifs moyens ou graves	19
1.7. Transition vers les soins et services aux adultes	29
2. Recommandations pour la recherche	31
3. Explication et répercussions	33
4. Contexte..	39
5. Information supplémentaire sur le présent guide	41
Annexe 1 : Termes utilisés	43
Annexe 2 : Force des recommandations	51

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Le modèle de soins par étapes : Interventions recommandées pour le trouble dépressif chez les enfants et les adolescents	9
--	---

LISTE DES SIGLES

Sigle	Définition
BPI	Brief psychosocial intervention
CAPA	Child and Adolescent Psychiatric Assessment
CANMAT	Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments
CIM	Classification internationale des maladies
DIE	Une fois par jour
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ECT	Électroconvulsivothérapie
FB-IPT	Family-based interpersonal psychotherapy
FFT-CD	Family-focused treatment for child depression
GASMJ	Guichet d'accès Santé Mentales jeunesse
GMF	Groupe de médecine de famille
HoNOSCA	Health of the Nation Outcome Scale for Children and Adolescents
IAPT	Improving Access to Psychological Therapies
IFAST	Integrative Family and System Treatment
INESSS	Institut national d'excellence en santé et services sociaux
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
IPT	interpersonal psychotherapy
IPT-A	Interpersonal therapy for adolescent
ISRS	Inhibiteur sélectif du recaptage de la sérotonine
K-SADS	Kiddie-Sads
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MFQ	Mood and Feelings Questionnaire
MSRP	Médecin spécialiste répondant en psychiatrie
MSSS	Ministère de la Santé et Services sociaux
NDST	Non-directive supportive therapy
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
PASM	Plan d'action en santé mentale
PQPTM	Programme québécois pour les troubles mentaux : des autosoins à la psychothérapie
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RSSS	Réseau de la santé et des services sociaux
RCADS	Revised Child Anxiety and Depression Scale
SDQ	Strengths and Difficulties Questionnaire
TCC	Thérapie cognitivo-comportementale (psychothérapie)
TIC	Technologies de l'information et des communications
WSAS-Y	Work and Social Adjustment Scale for Youth

APERÇU

Le présent guide de pratique traite de l'ensemble de la trajectoire de services, du repérage, de l'orientation et du traitement du trouble dépressif chez les enfants et les adolescents âgés de 5 à 18 ans. Reposant sur un modèle de soins par étapes, ce guide de pratique a pour but d'améliorer le repérage, l'appréciation et l'identification du trouble dépressif ainsi que de favoriser la mise en œuvre de traitements efficaces pour le trouble dépressif léger, moyen ou grave chez les enfants ou les adolescents.

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 susceptibles d'intervenir ou de recevoir dans leurs services des enfants et des adolescents âgés de 5 à 18 ans qui présentent des symptômes d'un trouble dépressif ou ayant été confirmé.*
- *Aux établissements publics de santé et des services sociaux et aux fournisseurs.*
- *Aux enfants et aux adolescents qui présentent des symptômes relatifs à un trouble dépressif ou ayant été confirmé, de même qu'à la famille et à l'entourage. Au besoin, de l'information à l'intention du public vulgarisant les recommandations contenues dans ce guide est disponible et peut être consulté.*

INTRODUCTION

Le trouble dépressif est la première cause d'invalidité dans le monde et sa fréquence est en hausse depuis les dernières années⁵. Au Québec, le nombre d'enfants et de jeunes hospitalisés en raison de troubles mentaux a augmenté de 49 % entre 2008 et 2019 alors qu'il a diminué de 24 %, pour d'autres affections dans l'ensemble du Canada⁶. Les 15 à 17 ans présentent les taux les plus élevés de visites aux urgences et d'hospitalisations pour troubles mentaux chez les enfants et les adolescents.

Les données actuelles indiquent qu'un Canadien sur cinq sera personnellement touché par la maladie mentale au cours de sa vie, incluant les jeunes⁷, et que tous les Canadiens seront indirectement touchés par la maladie mentale, que ce soit par un enfant, un membre de la famille, un proche ou encore un collègue⁸. Dans la majorité des cas (70 %), le trouble mental se manifestera avant l'âge de 25 ans et la moitié (50 %) d'entre eux, avant 14 ans. Lorsqu'ils ne sont pas traités, les problèmes⁹ et les troubles mentaux ont tendance à devenir de plus en plus sévères, récurrents et chroniques¹⁰. Le risque de développer un autre trouble mental ou encore un trouble physique augmente également, ce qui ajoute aux coûts sociaux et économiques occasionnés par ceux-ci¹¹.

Le trouble dépressif est la première cause d'invalidité dans le monde et sa fréquence est en hausse dans les dernières années¹². La prévalence du trouble dépressif chez les enfants se situerait entre 0,6 % et 3,0 % et serait de 3,1 % à 7,2 % à l'adolescence¹³. L'apparition précoce du trouble dépressif chez l'enfant et l'adolescent influence la trajectoire développementale normale, accentue les risques de développement de problèmes d'adaptation ou peut causer l'apparition de troubles de santé mentale tels que ; l'anxiété, les abus de substance et le suicide^{14,15}. Également, les enfants souffrant d'anxiété, notamment l'anxiété généralisée, présenteraient davantage d'épisodes dépressifs¹⁶. Une étude menée en Angleterre dans les services de santé mentale de jeunes âgés de 25 et moins révèle, entre autres, que 50 % d'entre eux consultent pour des symptômes ou des troubles dépressifs¹⁷. Une enquête québécoise sur la santé des adolescents du secondaire rapportait en 2017 que 29.3% de ceux-ci avaient un niveau élevé de détresse psychologique et que 5,9 %, un trouble dépressif confirmé, ce qui représente une hausse significative de la détresse

⁵Organisation mondiale de la santé (2017). *Dépression : parlons-en*. Communiqué de presse. <https://www.who.int/fr/news/item/30-03-2017--depression-let-s-talk-says-who-as-depression-tops-list-of-causes-of-ill-health>

⁶Institut canadien d'information sur la santé. (2020). *Les soins aux enfants et aux jeunes atteints de troubles mentaux — tableaux de données*. Ottawa, ON : ICIS.

⁷Comeau J, Georgiades K, Duncan, L, et al. (2019). Changes in the prevalence of child and youth mental disorders and perceived need for professional help between 1983 and 2014: Evidence from the Ontario Child Health Study. *Canadian Journal of Psychiatry*. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6463358/pdf/10.1177_0706743719830035.pdf

⁸Association canadienne pour la santé mentale (2020). *Faits saillants sur la maladie mentale*. <https://cmha.ca/fr/faits-saillants-sur-la-maladie-mentale>.

⁹Selon L'INESSS (2017) «Par problèmes de santé mentale, on entend généralement la présence de difficultés de détresse psychologiques qui ne répondent pas aux critères diagnostiques d'un trouble mental ou qui n'ont pas fait l'objet d'une telle évaluation.

¹⁰Lapalme, M., B. Moreault, A. K. Fansi et C. Jehanno (2017). « Accès équitable aux services de psychothérapie au Québec - État des connaissances ». Québec, Québec : Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS). 97 p.

¹¹Idem

¹²Organisation mondiale de la santé. (2017). *Dépression : parlons-en*. Communiqué de presse, mars 2017 Consulté au : <https://www.who.int/fr/news/item/30-03-2017--depression-let-s-talk-says-who-as-depression-tops-list-of-causes-of-ill-health>

¹³Costello, E. J., Copeland, W. et Angold, A. (2011). Trends in psychopathology across the adolescent years: What changes when children become adolescents, and when adolescents become adults? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(10), 1015-1025.

¹⁴Ministère de la santé et des services sociaux. (2015). *Plan d'action en santé mentale 2015-2020 – Faire ensemble et autrement*, Québec, Gouvernement du Québec, 79 p. Accessible au : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-914-04VV.pdf>

¹⁵Kathryn Wiens, Jeanne V.A. Williams, Dina H. Lavorato, Anne Duffy, Tamara M. Pringsheim, Tolulope T. Sajobi, Scott B. Patten. (2017). Is the prevalence of major depression increasing in the Canadian adolescent population? Assessing trends from 2000 to 2014, *Journal of Affective Disorders*, Volume 210, P. 22-26, ISSN 0165-0327. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.11.018>.

¹⁶Cournoyer-G., M., Bergeron, L., Piché, G. & Berthiaume, C. (2013). Comorbidité entre les troubles anxieux et la dépression chez les enfants âgés de 6 à 11 ans. *Revue de psychoéducation*, 42(1), 49–66. <https://doi.org/10.7202/1061723ar>

¹⁷Wolpert, M., Jacob, J., Napoleone, E., Whale, A., Calderon, A., & Edbrooke-Childs, J. (2016). *Child- and Parent-reported Outcomes and Experience from Child and Young People's Mental Health Services 2011–2015*. London: CAMHS Press.

chez cette population qui, en 2010 rapportait un taux de 20,8 % et 4,9 % respectivement. Cette même enquête révèle que le trouble dépressif augmente entre le secondaire 1 et le secondaire 5, passant de 3,9 % à 6,8 %.

Malgré cette prévalence, le trouble dépressif chez les enfants et les adolescents est très peu repéré¹⁸. Pourtant, l'importance de le faire rapidement, lorsque nécessaire, et d'intervenir spécifiquement auprès des enfants et adolescents qui présentent des symptômes d'un trouble dépressif ou ayant été confirmé est soutenue par les données récentes. Actuellement, seulement un tiers de la population d'enfant et adolescent reçoit les soins et services nécessaires lorsqu'il y a présence d'une condition dépressive¹⁹. De plus, pour ceux et celles qui ont présenté un trouble de dépression majeure à l'adolescence, 43 % vont présenter un épisode de réémergence de symptômes lors de la transition vers l'âge adulte²⁰. Il est donc essentiel que ces enfants et adolescents soient repérés rapidement et efficacement et qu'ils reçoivent de l'aide appropriée en temps opportun.

¹⁸ Lesage, A. et Émond, É. (2012). « Surveillance des troubles mentaux au Québec : prévalence, mortalité et profil d'utilisation des services. » *Surveillance des maladies chroniques*. Québec, QC: Institut national de santé publique du Québec. (6) : 16 p.

¹⁹ Eisenberg, D., Hunt, J., Speer, N., Zivin, K. (2011). Mental Health Service Utilization Among College Students in the United States, *The Journal of Nervous and Mental Disease*: 199(5):301-8. DOI:10.1097/NMD.0b013e3182175123

²⁰ Marcotte et Chicoine. (2020). Nos jeunes sont-ils plus déprimés qu'il y a 20 ans ? Portrait de la dépression chez les adolescents et les jeunes adultes. Les cahiers du savoir, Ordre des psychologues du Québec, No1. 2020.

1. RECOMMANDATIONS

La personne utilisatrice de services a le droit de participer à toute décision concernant son état de santé ou de bien-être²¹. Ces soins et services doivent tenir compte des préférences et des besoins de chaque personne. Ainsi, *les enfants, les adolescents, la famille et l'entourage, le cas échéant*, ont le droit de participer aux discussions concernant leurs soins et services et de prendre des décisions libres et éclairées à ce sujet.

Les usagers et les établissements publics de santé et de services sociaux ont des droits et des responsabilités, lesquels sont définis dans la [LSSSS](#), et 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 respecter les lois en vigueur notamment celles concernant l'obligation d'obtenir un consentement libre et éclairé conformément aux dispositions prévues dans la [LSSSS](#) et au [Code civil du Québec](#) ainsi que celle concernant le droit pour la personne utilisatrice de service de participer à toute décision concernant son état de santé ou de bien-être²². Ainsi, la prise de décision partagée entre la personne utilisatrice de services et les intervenants de la santé et des services sociaux qui les accompagnent devrait être favorisée. Ils doivent également se conformer à la [Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui](#) et à la [Loi sur la protection de la jeunesse](#) et ses divers règlements.

Les professionnels doivent également se conformer au [Code des professions](#) et ses divers règlements ainsi qu'à leurs obligations professionnelles, incluant leur code de déontologie et des normes et standards de pratiques.

Les recommandations

Les recommandations qui suivent ont été élaborées selon les 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*

1.1. SOINS ET SERVICES POUR LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS PRÉSENTANT DES SYMPTÔMES D'UN TROUBLE DÉPRESSIF OU AYANT ÉTÉ CONFIRMÉ

1.1.1. Les enfants, les adolescents, leur famille et leur entourage ont besoin d'obtenir de l'information précise dans le cadre d'une relation de collaboration et de soutien avec les intervenants, et doivent être en mesure de donner un consentement libre et éclairé. [2005]

1.1.2. Tout intervenant *qui effectue un repérage, une appréciation, une évaluation* ou un traitement auprès d'un enfant ou d'un adolescent présentant des symptômes d'un trouble dépressif ou ayant été confirmé devrait s'assurer de fournir au jeune ainsi qu'à la famille et à l'entourage, l'information en temps opportun.

L'information devrait être adaptée à l'âge de la personne et porter sur la nature, l'évolution et les traitements du trouble dépressif, incluant les effets secondaires possibles du médicament offert, s'il y a lieu. [2005]

²¹ Loi sur les services de santé et les services sociaux, RLRQ c S-4.2, art.10. <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showDoc/cs/S-4.2?&digest>

²² Idem

*Considérant que le niveau de littératie est un important prédicteur de l'état de santé, les stratégies de communication doivent être adaptées lors des échanges avec l'enfant ou l'adolescent, leur famille et leur entourage*²³.

- 1.1.3. Les intervenants prenant part au traitement d'enfants ou d'adolescents présentant des symptômes d'un trouble dépressif ou ayant été confirmé devraient prendre le temps d'établir une relation *thérapeutique* basée sur le soutien et la collaboration avec l'enfant ou l'adolescent ainsi qu'avec la famille et l'entourage. [2005]
- 1.1.4. Les intervenants devraient déployer tous les efforts nécessaires pour amener l'enfant ou l'adolescent, de même que la famille et l'entourage, à participer à la prise de décisions concernant le traitement, et tenir pleinement compte de leurs attentes afin qu'ils soient en mesure de donner un consentement libre et éclairé avant le début du traitement. [2005]
- 1.1.5. La famille et l'entourage devraient obtenir de l'information sur les groupes d'autosoins, d'entraide ou de soutien et être encouragés à participer à de tels programmes, si cela s'avère approprié. [2005]

LANGUE ET COMMUNAUTÉS ETHNOCULTURELLES

- 1.1.6. Lorsque possible, tous les services devraient comprendre de l'information écrite ou du matériel audiovisuel produit dans la langue que parle l'enfant, l'adolescent, *la famille et l'entourage*. Les services d'interprètes professionnels devraient être proposés si leur langue privilégiée n'est *ni le français* ni l'anglais. [2005]
- 1.1.7. Il devrait être envisagé d'offrir les *soins et services* et l'information sur les médicaments dans la langue que parlent l'enfant, l'adolescent, *la famille et l'entourage* lorsque leur langue maternelle n'est *ni le français* ni l'anglais. Si ce n'est pas possible, les services d'un interprète devraient être proposés. [2005]
- 1.1.8. Les intervenants du *réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) et ses partenaires, qu'ils soient du secteur public, privé ou communautaire* devraient avoir reçu une formation qui leur a permis de développer les compétences culturelles qui leurs seront nécessaires lors du repérage, *de l'appréciation, de la démarche évaluative (incluant l'évaluation du trouble mental)* et du traitement du trouble dépressif réalisé auprès des enfants et des adolescents *issus de différentes communautés ethnoculturelles*. Cette formation devrait tenir compte de l'impact de l'identité ethnoculturelle de la personne utilisatrice de services et de l'intervenant sur les symptômes du trouble dépressif ou ayant été confirmé de l'enfant ou de l'adolescent²⁴. [2005]
- 1.1.9. Les intervenants travaillant avec des interprètes devraient obtenir de la formation conjointement avec ces derniers afin que tous comprennent les exigences particulières liées à l'interprétation dans le contexte des soins et services en santé mentale. [2005]
- 1.1.10. L'élaboration et la révision de *l'offre de soins et des services* pour les enfants et les adolescents présentant *des symptômes d'un trouble dépressif ou ayant été* confirmé devraient s'effectuer en collaboration avec l'ensemble des acteurs impliqués dans cette

²³ Ministère de la Santé et des Services sociaux (2018). *Cadre de référence de l'approche de partenariat entre les usagers, leurs proches et les acteurs en santé et en services sociaux*. Accessible au : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002061/>

²⁴ La dépression : Les soins aux enfants néo-canadiens. (2018). Accessible au : <https://enfantsneocanadiens.ca/mental-health/depression#la-pr%C3%A9sentation-de-la-d%C3%A9pression>

offre, incluant des personnes utilisatrices de services, la famille et l'entourage, ainsi que des membres de *communautés culturelles*. [2005]

DÉMARCHE ÉVALUATIVE ET COORDINATION DES SOINS ET SERVICES

1.1.11. Lors du *repérage, d'une appréciation ou d'une* évaluation réalisée auprès d'un enfant ou d'un adolescent qui *présente des symptômes* d'un trouble dépressif *ou ayant été confirmé*, l'intervenant devraient systématiquement prendre en considération et noter au dossier les éléments suivants :

- les comorbidités possibles;
- la situation sociale, scolaire et familiale du jeune, de sa famille et de son entourage, y compris la qualité des relations interpersonnelles qu'entretient l'enfant ou l'adolescent avec sa famille et son entourage. [2005]

1.1.12. Lors du *repérage, d'une appréciation ou d'une* évaluation réalisé auprès d'un enfant ou d'un adolescent qui *présente des symptômes d'un* trouble dépressif *ou ayant été confirmé*, l'intervenant devrait toujours interroger directement l'enfant, de même que sa famille et son entourage, au sujet de :

- la consommation d'alcool ou de drogues par l'enfant ou l'adolescent;
- toute expérience au cours de laquelle il aurait pu être victime d'intimidation ou d'abus;
- la présence d'automutilation, de comportements autodestructeurs ou d'idées suicidaires.

Toutefois, un adolescent devrait se voir offrir la possibilité de discuter de ces questions dans le cadre d'une entrevue individuelle dans un premier temps. [2005]

1.1.13. Si un enfant ou un adolescent présente *des symptômes d'un* trouble dépressif *ou ayant été confirmé* ainsi qu'un épisode aigu *d'automutilation, de comportements autodestructeurs ou d'idées suicidaires*, gérez la problématique immédiate en premier lieu et intervenez conformément aux bonnes pratiques en lien avec l'épisode aigu identifié en portant une attention particulière au consentement et à l'aptitude à consentir. Les mesures ultérieures devraient suivre les recommandations du présent guide. [2005]

1.1.14. Lors du *repérage, d'une appréciation ou d'une* évaluation réalisé auprès d'un enfant ou d'un adolescent *qui présente des symptômes* d'un trouble dépressif *ou ayant été confirmé*, les intervenants devraient toujours interroger le jeune, et être prêt à lui donner de l'information, concernant le matériel d'autosoins ou autres méthodes utilisées ou qui pourraient être utile pour lui ou pour sa famille et son entourage. Elle peut comprendre des documents d'information, des lignes d'écoute téléphonique, des outils d'autoévaluation, des groupes d'entraide ou des groupes de soutien. [2005]

1.1.15. Les intervenants devraient uniquement recommander l'utilisation de matériel ou de stratégies d'autosoins lorsque ceux-ci sont intégrés dans un plan d'intervention plus global comprenant d'autres interventions. [2005]

1.1.16. Les antécédents familiaux de tout enfant ou de tout adolescent chez qui la présence d'un trouble de l'humeur est présumée devraient être vérifiés afin de déterminer la

présence d'antécédents de trouble dépressif ou de trouble bipolaire chez les parents et les grands-parents. [2005]

- 1.1.17. Lors du *repérage, d'une appréciation ou d'une évaluation* réalisé auprès d'un enfant ou d'un adolescent *qui présente des symptômes* d'un trouble dépressif ou *ayant été confirmé*, la possibilité de la présence d'un trouble dépressif, d'un trouble de l'usage de substances chez les parents, ou la présence d'autres troubles mentaux et de difficultés connexes devraient être envisagées. Ces facteurs souvent associés au trouble dépressif chez l'enfant ou l'adolescent pourraient également avoir un impact négatif sur le succès du traitement offert à l'enfant ou à l'adolescent si ceux-ci ne sont pas traités. [2005]

- 1.1.18. Lors du suivi de l'évolution clinique d'un enfant ou d'un adolescent qui présente un trouble dépressif par les services *spécifiques et les services spécialisés en santé mentale jeunesse*, l'utilisation d'un questionnaire autoadministré (mesure clinique en continu) devrait être envisagée pour appuyer le jugement clinique. [2005]

NOTE : La recommandation 1.1.18. du guide clinique original suggère l'utilisation du Mood and Feelings Questionnaire (MFQ)²⁵. La suggestion a été retirée, car le questionnaire n'a pas de version validée en langue française.

Dans le cadre du PQPTM, le questionnaire traduit en français identifiés pour l'appréciation des symptômes d'un trouble dépressif est le questionnaire *Revised Children's Anxiety and Depression Scale (RCADS)*^{26,27,28}.

- 1.1.19. Lors du *repérage, d'une appréciation ou d'une évaluation* réalisé auprès d'un enfant ou d'un adolescent *qui présente des symptômes* d'un trouble dépressif ou *ayant été confirmé*, une attention particulière devrait être portée au respect des lois et règlements en vigueur au Québec concernant les éléments liés : (voir encadrée [Recommandations 1](#)) :

- à la confidentialité;
- au consentement de l'adolescent de 14 ans et plus;
- au consentement des parents ou du tuteur;
- à l'application de la Loi sur la protection de la jeunesse;
- à l'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui;
- aux droits de la jeunesse. [2005]

- 1.1.20. Les méthodes utilisées lors du *repérage, d'une appréciation ou d'une évaluation* devrait tenir compte des différences liées à la culture et à l'origine ethnique, notamment en ce

²⁵ Angold, A., Costello, E. J., Messer, S. C., et Pickles, A. (1995). « Development of a short questionnaire for use in epidemiological studies of depression in children and adolescents. » *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 5 (4): p. 237–249.

²⁶ Chorpita, B. F., Yim, L., Moffitt, C., Umemoto, L. A., et Francis, S. E. (2000). « Assessment of symptoms of DSM-IV anxiety and depression in children: a revised child anxiety and depression scale. » *Behaviour research and therapy*, 38 (8): p. 835–855. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(99\)00130-8](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00130-8)

²⁷ Ebesutani, C., Reise, S. P., Chorpita, B. F., Ale, C., Regan, J., Young, J., Higa-McMillan, C., et Weisz, J. R. (2012). « The Revised Child Anxiety and Depression Scale-Short Version: scale reduction via exploratory bifactor modeling of the broad anxiety factor. » *Psychological assessment*, 24 (4): p. 833–845. <https://doi.org/10.1037/a0027283>

²⁸ Krause, K. R., Chung, S., Adewuya, A. O., Albano, A. M., Babins-Wagner, R., Birkinshaw, L., Brann, P., Creswell, C., Delaney, K., Falissard, B., Forrest, C. B., Hudson, J. L., Ishikawa, S. I., Khatwani, M., Kielsing, C., Krause, J., Malik, K., Martínez, V., Mughal, F., Ollendick, T. H., et Wolpert, M. (2021). « International consensus on a standard set of outcome measures for child and youth anxiety, depression, obsessive-compulsive disorder, and post-traumatic stress disorder. » *The lancet. Psychiatry*, 8(1), p. 76–86. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30356-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30356-4)

qui a trait à la façon de communiquer, aux valeurs familiales ainsi qu'à la place qu'occupe l'enfant ou l'adolescent au sein de sa famille. [2005]

ORGANISATION ET PLANIFICATION DES SOINS ET SERVICES

1.1.21. Les intervenants spécialisés dans le traitement du trouble dépressif chez les enfants et les adolescents devraient collaborer avec les *services spécifiques en santé mentale* afin de les soutenir dans le développement de leurs compétences au sujet du trouble dépressif. Cette collaboration devrait inclure de la formation et du soutien dans la mise en œuvre de ce guide de pratique. [2005]

1.1.22. Les établissements du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) devraient envisager d'introduire un intervenant des services spécifiques en santé mentale jeunesse (*si après services spécifiques*) ou (un agent de liaison de ces services) dans chaque école secondaire et dans chaque école offrant des *services de scolarisation régionaux ou suprarégionaux*²⁹ afin que les enfants et les adolescents puissent recevoir les soins et services requis au sein de leur établissement scolaire. [2005]

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

1.1.23. Les intervenants des services spécifiques (ou un agent de liaison de ces services) devraient mettre en place des mécanismes de communication claire entre les services spécifiques et ceux qui offrent des *services de première ligne*, ou dans les milieux scolaires, ou autres milieux qu'ils soient du secteur public, privé ou communautaire susceptibles de recevoir ou qui reçoivent dans leurs services des enfants ou des adolescents présentant des symptômes d'un trouble dépressif ou ayant été confirmé. Ces plans de communications devraient couvrir les aspects suivants :

- Le nom et les coordonnées des personnes-ressources à joindre pour chaque palier de soins et services ou services *précis*;
- Les processus permettant la planification concertée de l'offre de *soins et services qui seront offerts dans la communauté*. [2005]

1.1.24. Le *ministère de la Santé et des Services sociaux* devrait effectuer une surveillance systématique du nombre de cas d'enfants et d'adolescents de tous les groupes ethnoculturels ayant fait l'objet d'un repérage, d'une *appréciation*, d'une orientation ou d'un traitement pour un trouble mental, y compris le trouble dépressif, dans les écoles et dans les services de première ligne.

Ces renseignements devraient servir à la planification de l'offre de soins et services et à la comparaison de la situation de différents territoires à l'échelle locale, régionale et nationale. [2005]

²⁹ Ministère de la santé et des services sociaux (2019). Services régionaux ou suprarégionaux de scolarisation (SRSS) : balise de gestion. Accessible au : <http://www.education.gouv.qc.ca/references/tx-solrtyperecherchepublicationtx-solrpublicationnouveaute/resultats-de-la-recherche/detail/article/balises-de-gestion-pour-les-services-regionaux-ou-supraregionaux-de-scolarisation-srss/>

- 1.1.25. Tous les intervenants devraient systématiquement effectuer et noter au dossier, les résultats obtenus via la mesure clinique en continu réalisé lors du repérage, de *l'appréciation*, de l'évaluation et du traitement d'un enfant qui présente des symptômes d'un trouble dépressif ou ayant été confirmé. Par exemple, les questionnaires peuvent apprécier le fonctionnement et l'état de santé général, tel que le *Health of the Nation Outcome Scale for Children and Adolescents* (HoNOSCA), ou la santé émotionnelle, tel que le *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ).

Dans le cadre du PQPTM, le questionnaire traduit en français identifiés pour l'appréciation des symptômes d'un trouble dépressif est le questionnaire Revised Children's Anxiety and Depression Scale (RCADS)^{30,31,32} et le questionnaire pour l'appréciation du fonctionnement est le Work and Social Adjustment Scale for Youth (WSAS-Y)^{33,34}.

Ces renseignements devraient servir à la planification des services et à la comparaison de la situation de différents territoires à l'échelle locale, régionale et nationale. [2005]

CONSIDÉRATIONS RELATIVES AU TRAITEMENT DANS TOUS LES CONTEXTES

- 1.1.26. La plupart des enfants et des adolescents présentant *des symptômes* d'un trouble dépressif ou ayant été confirmé devraient être suivis dans le cadre des services ambulatoires ou dans la communauté. [2005]
- 1.1.27. Avant de débiter tout traitement, les intervenants devraient, avec la collaboration de l'enfant ou de l'adolescent, procéder à *l'appréciation ou à l'évaluation* de son réseau social. Cette appréciation ou évaluation devrait être consignée au dossier et comprendre :
- l'identification de facteurs ayant contribué au déclenchement ou au maintien de la présence de symptômes ou au trouble dépressifs;
 - les facteurs pouvant avoir une influence positive ou négative sur l'efficacité du traitement;
 - les moyens envisagés par les intervenants pour travailler en collaboration avec les personnes faisant partie du réseau social ou professionnel de l'enfant ou de l'adolescent, le tout en respect des lois et règlements en vigueur au Québec et en conformité avec leur code de déontologie. [2005]

³⁰ Chorpita, B. F., Yim, L., Moffitt, C., Umemoto, L. A., et Francis, S. E. (2000). « Assessment of symptoms of DSM-IV anxiety and depression in children: a revised child anxiety and depression scale. » *Behaviour research and therapy*, 38 (8): p. 835–855. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(99\)00130-8](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00130-8)

³¹ Ebesutani, C., Reise, S. P., Chorpita, B. F., Ale, C., Regan, J., Young, J., Higa-McMillan, C., et Weisz, J. R. (2012). « The Revised Child Anxiety and Depression Scale-Short Version: scale reduction via exploratory bifactor modeling of the broad anxiety factor. » *Psychological assessment*, 24 (4): p. 833–845. <https://doi.org/10.1037/a0027283>

³² Krause, K. R., Chung, S., Adewuya, A. O., Albano, A. M., Babins-Wagner, R., Birkinshaw, L., Brann, P., Creswell, C., Delaney, K., Falissard, B., Forrest, C. B., Hudson, J. L., Ishikawa, S. I., Khatwani, M., Kieling, C., Krause, J., Malik, K., Martínez, V., Mughal, F., Ollendick, T. H., et Wolpert, M. (2021). « International consensus on a standard set of outcome measures for child and youth anxiety, depression, obsessive-compulsive disorder, and post-traumatic stress disorder. » *The lancet. Psychiatry*, 8(1), p. 76–86. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30356-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30356-4)

³³ Los Reyes, A., Makol, B. A., Racz, S. J., Youngstrom, E. A., Lerner, M. D., et Keeley, L. M. (2019). « The Work and Social Adjustment Scale for Youth: A Measure for Assessing Youth Psychosocial Impairment Regardless of Mental Health Status ». *Journal of child and family studies*, 28(1): p. 1–16. <https://doi.org/10.1007/s10826-018-1238-6>

³⁴ Jassi, A., Lenhard, F., Krebs, G., Gumpert, M., Jolstedt, M., Andrén, P., Nord, M., Aspvall, K., Wahlund, T., Volz, C., et Mataix-Cols, D. (2020). « The Work and Social Adjustment Scale, Youth and Parent Versions: Psychometric Evaluation of a Brief Measure of Functional Impairment in Young People ». *Child psychiatry and human development*, 51(3): p. 453–460. <https://doi.org/10.1007/s10578-020-00956-z>

Au Québec, certaines évaluations dites «réservées» ne peuvent être réalisées que par des professionnels membre de leur ordre professionnel dans la finalité de leur champ d'exercice.

Il est de la responsabilité de l'intervenant ou du professionnel de s'assurer du respect de ces activités réservées, en respect du [Code des professions](#) et autres lois et règlements qui les encadrent.

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.³⁵

- 1.1.28. Si l'intimidation est considérée comme un facteur contributif du trouble dépressif chez un enfant ou un adolescent, les intervenants des services de santé mentale jeunesse et ceux du secteur de l'éducation devraient travailler en collaboration afin de prévenir l'intimidation et d'établir une stratégie efficace pour contrer l'intimidation *envers l'enfant ou l'adolescent en respect de la [Loi sur l'instruction publique](#) et la [Loi sur l'enseignement privé](#) et au [Plan d'action concerté pour prévenir et contrer l'intimidation et la cyberintimidation 2020-2025 « S'engager collectivement pour une société sans intimidation »](#) [2005]*
- 1.1.29. Les traitements utilisés auprès des enfants et des adolescents présentant des symptômes de trouble dépressif ou ayant été confirmé devraient être offerts par des intervenants qui sont également formés en santé mentale auprès des enfants et des adolescents.
- 1.1.30. Les traitements utilisés auprès des enfants et des adolescents *présentant des symptômes d'un trouble dépressif ou ayant été confirmé* devraient être offerts par des intervenants formés et suffisamment compétents dans le type de traitement offert. [2005]
- 1.1.31. Les intervenants devraient établir une relation thérapeutique avec la famille. Si cela s'avère difficile, un changement d'intervenant devrait être proposé à la famille. [2005]
- 1.1.32. Les comorbidités ainsi que les problèmes liés au développement, à la vie sociale et à l'éducation devraient faire l'objet d'une *appréciation ou d'une évaluation* et être traités de façon séquentielle ou en parallèle au traitement des symptômes d'un trouble dépressif ou ayant été confirmé.

Lorsque cela s'avère approprié, ces mesures devraient être mises en œuvre en consultation et en collaboration entre les intervenants impliqués, qu'ils soient du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) et à ses partenaires, qu'ils soient du secteur public, privé ou communautaire. [2005]

- 1.1.33. Une attention devrait être portée à la nécessité de traiter les troubles mentaux des parents (en particulier le trouble dépressif) en parallèle si ces traitements permettent une amélioration de l'état mental de l'enfant ou de l'adolescent. Si ce besoin est identifié, des démarches devraient être effectuées afin d'obtenir le traitement approprié. [2005]

Selon les recommandations émises par la Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse, les parents aux prises avec des problématiques complexes dont celles en santé mentale devraient avoir un accès prioritaire aux soins et services en raison des impacts potentiels que pourraient avoir l'absence de services

³⁵ Idem

sur leurs enfants. En cohérence avec cette recommandation, la référence vers les services de santé mentale doit être facilitée et des critères de priorisation devront être établis³⁶.

NOTE : La recommandation 1.1.33. a été modifiée afin de l'adapter au contexte québécois. Selon le guide original le traitement approprié aux parents qui souffrent d'un trouble mental devrait se faire en tenant compte de la disponibilité des soins et des services de santé mentale à l'intention des adultes.

La recommandation modifiée vise à faciliter l'accès aux soins et services en santé mentale pour les parents de ces enfants ou adolescents conformément aux recommandations émises dans le rapport de la Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse: [Instaurer une société bienveillante pour nos enfants et nos jeunes](#).

- 1.1.34. Un enfant ou un adolescent qui présente *des symptômes relatifs* à un trouble dépressif *ou ayant été confirmé*, devrait recevoir des conseils sur les bienfaits liés à la pratique régulière d'activités physiques³⁷³⁸ et être incité à envisager de suivre un programme d'exercice structuré et supervisé comprenant généralement jusqu'à trois séances hebdomadaires d'activité physique d'une durée moyenne (de 45 minutes à 1 heure) pendant 10 à 12 semaines. [2005]
- 1.1.35. Un enfant ou un adolescent qui présente *des symptômes relatifs* à un trouble dépressif *ou ayant été confirmé* devrait recevoir des conseils sur l'hygiène du sommeil et la gestion de l'anxiété. [2005]
- 1.1.36. Un enfant ou un adolescent qui présente un *des symptômes relatifs* à un trouble dépressif *ou ayant été confirmé* devrait recevoir des conseils sur l'alimentation et les bienfaits d'un régime alimentaire équilibré. [2005]

1.2. LE MODÈLE DE SOINS PAR ÉTAPES

Le modèle de soins par étapes (voir le tableau 1) présente les différents besoins des enfants et des adolescents présentant des symptômes d'un trouble dépressif ou ayant été confirmé selon les caractéristiques de leur condition clinique de même que leur situation personnelle et sociale ainsi que sur les soins et services requis.

Il fournit un cadre qui permet d'organiser l'offre de soins et services de façon à soutenir tant les enfants ou les adolescents qui présentent des symptômes relatifs au trouble dépressif, ou ayant été confirmé, la famille et l'entourage ainsi que les intervenants à choisir les traitements les plus efficaces et les mieux adaptés à la situation.

Ce guide suit les cinq étapes présentées plus bas. Chacune comporte l'ajout de soins et services supplémentaires; les soins et services prévus aux premières étapes sont implicitement inclus dans les étapes suivantes. [2005]

³⁶Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse (2021). *Instaurer une société bienveillante pour nos enfants et nos jeunes*. <https://www.csdepi.gouv.qc.ca/accueil/>

³⁷ INSPQ (2015). Bouger pour être en bonne santé... mentale! https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/2037_bouger_sante_mentale.pdf

³⁸ About Kids Health (2020). Activité physique : bienfaits pour la santé et le bien-être. <https://www.aboutkidshealth.ca/fr/Article?contentid=641&language=French>

Tableau 1. Le modèle de soins par étapes : Interventions recommandées pour le trouble dépressif chez les enfants et les adolescents

Étapes du modèle de soins	Traitements
Étape 1-2	
Tous les cas confirmés ou avec suspicion d'un trouble dépressif.	- Repérage; - Appréciation du profil de risque; - Appréciation des symptômes dépressifs; - Éducation psychologique; - Surveillance active; - Évaluation du trouble mental au besoin; - Orientation aux fins d'évaluation ou de traitement au besoin.
Étape 3	
- Trouble dépressif léger; - Trouble dépressif persistant.	- Surveillance active; - <u>Programme utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une TCC assistées par les technologies de l'information et des communications (TIC);</u> - <u>Intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales en groupe ou TCC en groupe;</u> - <u>Soutien non-directif (NDST) en groupe;</u> - <u>Thérapie interpersonnelle (IPT) en groupe;</u> - <u>Intervention ou psychothérapie familiale basée sur l'attachement^(a);</u> - <u>Intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une TCC individuelle^(a);</u>
Étape 4	
Trouble dépressif moyen ou grave chez les enfants (5-11 ans)	- <u>Thérapie interpersonnelle appliquée à la famille (FB-IPT);</u> - <u>Thérapie familiale (traitement de la dépression chez l'enfant basé sur l'approche familiale (FFT-CD) et traitement global de la famille et des systèmes;</u> - <u>Intervention utilisant des techniques ou psychothérapie psychodynamique;</u> - <u>Intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou TCC en individuelle.</u> Avec ou sans fluoxétine^(b).
Trouble dépressif moyen ou grave chez les adolescents (12- 18 ans)	- <u>Intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou TCC en individuelle;</u> Avec ou sans fluoxétine^(b). - <u>IPT pour adolescent (IPT-A) ^(c);</u> - <u>Thérapie familiale (basée sur l'attachement ou systémique) ^(c);</u> - <u>Intervention psychosociale brève^(c);</u> - <u>Intervention utilisant des techniques ou psychothérapie psychodynamique^(c);</u> Avec ou sans fluoxétine^(b).

Tableau 1. Le modèle de soins par étapes : Interventions recommandées pour le trouble dépressif chez les enfants et les adolescents (suite)

Étapes du modèle de soins	Traitements
Étape 5	
- Trouble dépressif réfractaire au traitement combiné; - Trouble dépressif récurrent; - Dépression psychotique.	- <u>Interventions ou psychothérapie intensives selon recommandations pertinentes à la condition clinique;</u> - Avec ou sans fluoxétine, sertraline, citalopram, potentialisation avec antipsychotique.
** Dans le cadre du PQPTM, l'abréviation TCC (thérapie cognitivo-comportementale) réfère à l'exercice de la psychothérapie cognitivo-comportementale. <i>(a) Si les traitements précédents ne répondent pas aux besoins cliniques de l'enfant ou à sa situation, incluant le niveau de maturité et développement (voir recommandation 1.5.6.).</i> <i>(b) En conformité avec les recommandations du présent guide à cet effet.</i> <i>(c) Si le traitement précédent ne répond pas aux besoins cliniques de l'adolescent ou à sa situation, incluant le niveau de maturité et développement (voir recommandation 1.6.6.).</i> NOTE : La colonne concernant la recommandation de l'endroit où les soins et services devraient être offerts dans le guide clinique original du NICE, a été supprimée pour les raisons suivantes : - La note émise en bas de page par le comité de révision de 2019 du NICE indique qu'elles sont en révisions et seront corrigées lors de la prochaine révision du guide; - L'organisation des soins et services au Québec différente de celle en Angleterre. Ainsi, le tableau présente l'ensemble des interventions recommandées en fonction du trouble de l'enfant et de l'adolescent et non en fonction du programme-service ou du milieu où elles sont offertes.	

1.3. ÉTAPE 1 : REPÉRAGE, PROFIL DE RISQUE, ÉVALUATIONS ET ORIENTATION

REPÉRAGE ET APPRÉCIATION DU PROFIL DE RISQUE

Le repérage, l'appréciation du profil de risque et l'appréciation des symptômes dépressifs ne sont pas des démarches systématiques. Elles peuvent être réalisées via les différentes portes d'entrées du système de santé et des services sociaux. Ainsi, un intervenant des services de première ligne tels que les services sociaux généraux, les partenaires du réseau qu'il soit du secteur public, privé ou communautaire (GMF, scolaires, carcéral, etc.) ainsi que ceux des services spécifiques et des services spécialisés en santé mentale, qui reconnaît, chez un enfant ou un adolescent, la présence de symptômes pouvant être associés à un trouble dépressif ou qui se trouve dans une situation susceptible de les faire émerger (facteurs prédisposants, précipitants, comorbidités, etc.) peut décider d'entreprendre ces démarches.

Consultez également les recommandations concernant les problèmes psychosociaux chez les enfants et les adolescents atteints de diabète de type 1 ou de type 2 dans le guide de pratique clinique du NICE à cet effet³⁹ (en anglais seulement).

- 1.3.1. Les intervenants œuvrant dans les services de première ligne, en milieu scolaire, ou autres milieux qu'ils soient du secteur public, privé ou communautaire susceptibles de recevoir ou qui reçoivent dans leurs services des enfants ou des adolescents devraient avoir reçu une formation leur permettant de repérer les symptômes du trouble dépressif

³⁹ NICE (2020). Diabetes (type 1 and type 2) in children and young people: diagnosis and management (NICE guideline NG18) <https://www.nice.org.uk/guidance/ng18/chapter/Recommendations>

et de procéder à l'appréciation du risque de présenter un trouble dépressif chez les enfants et les adolescents.

La formation devrait comprendre :

- l'appréciation des facteurs de risque psychosociaux récents ou antérieurs tels que l'âge, le sexe, la présence de conflits familiaux, l'intimidation, les situations où la sécurité ou le développement est compromis⁴⁰ *telles que les mauvais traitements psychologiques, les abus physiques ou sexuels*;
- les comorbidités et problèmes connexes (y compris la consommation d'alcool et de drogues);
- les antécédents familiaux de trouble dépressif;
- le processus naturel associé à une perte;
- l'importance de facteurs de risque multiples;
- les facteurs liés à l'origine ethnique et à la culture;
- les facteurs connus qui sont associés à un risque élevé de trouble dépressif et d'autres problèmes liés à la santé, tels que l'itinérance, le statut de réfugié et la vie en milieu institutionnel. [2005]

- 1.3.2. Les intervenants œuvrant dans les services de première ligne, en milieu scolaire, ou autres milieux qu'ils soient du secteur public, privé ou communautaire susceptibles de recevoir ou qui reçoivent dans leurs services des enfants ou des adolescents devraient avoir reçu une formation leur ayant permis d'acquérir des habiletés de communication, telles que l'écoute active et les techniques d'entrevue en relation d'aide, afin d'intervenir adéquatement face aux manifestations de tristesse et de détresse aiguës (dysphorie situationnelle) susceptibles de se présenter chez les enfants et les adolescents à la suite d'événements malheureux récents. [2005]
- 1.3.3. Les intervenants œuvrant dans les services de première ligne devraient avoir des connaissances sur le repérage *ou l'appréciation* des troubles de l'humeur. Sur une base régulière, ils devraient avoir accès à du soutien clinique et à la consultation d'un spécialiste. [2005]
- 1.3.4. Les intervenants œuvrant dans les services de première ligne, en milieu scolaire, ou autres milieux *qu'ils soient du secteur public, privé ou communautaire susceptibles de recevoir ou qui reçoivent dans leurs services des enfants ou des adolescents* qui présentent une dysphorie situationnelle devraient prendre en considération les facteurs sociaux et environnementaux si la dysphorie persiste. [2005]
- 1.3.5. Les intervenants des services spécifiques ou spécialisés *de santé mentale jeunesse* devraient collaborer avec les intervenants œuvrant dans les services de première ligne, en milieu scolaire, *ou autres milieux qu'ils soient du secteur public, privé ou communautaire susceptibles de recevoir ou qui reçoivent dans leurs services des enfants ou des adolescents* afin d'offrir de la formation et de développer des processus sensibles aux particularités liées à l'origine ethnique et à la culture pour le repérage, *l'appréciation* ou lors de toutes démarches évaluative de même que le soutien et l'orientation des enfants et des adolescents présentant des symptômes d'un trouble

⁴⁰ Loi sur la protection de la jeunesse, art.38 (L.R.Q., c. P-34.). Accessible au : <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/P-34.1>

dépressif ou ayant été confirmé ou à risque important de développer un trouble dépressif. [2005]

NOTE : La recommandation 1.3.5. a été modifiée afin de l'adapter au contexte québécois. Le système professionnel québécois vient réserver des activités, dont des évaluations précises, à certains professionnels qui ne sont pas réservées ailleurs dans le monde. Ainsi, le guide de pratique clinique du NICE et les recherches sur lesquels sont basés les traitements recommandés utilisent le terme « évaluer » ou « évaluer la dépression » sans apporter de précision quant à la nature de cette « évaluation ». Sur la base de cette information, il n'est pas possible d'établir avec certitude si la recommandation réfère à une appréciation des symptômes, à une évaluation du trouble mental ou autre évaluation professionnelle, tel que défini dans le [Code des professions](#) et autres lois et règlements à ce sujet.

Ainsi, dans le cadre du PQPTM, le terme « évaluation » utilisé seul et le terme « démarche évaluative » réfère aux évaluations réservées pouvant être réalisées par les divers professionnels dans le cadre de leur champ d'exercice mais comprend également l'évaluation du trouble mental. Les évaluations réservées ne peuvent être réalisées que par des professionnels membre de leur ordre. De plus, seuls certains professionnels sont habilités à évaluer les troubles mentaux. Il est de la responsabilité de l'intervenant ou du professionnel de s'assurer du respect de ces activités réservées, en respect du Code des professions et autres lois et règlements qui les encadrent.

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 explicatif⁴¹.

- 1.3.6. Les intervenants qui offrent de la formation aux services de première ligne, aux établissements scolaires ou aux organismes communautaires devraient accorder la priorité aux *animateurs de vie spirituelle et d'engagement communautaire* (en particulier dans les écoles secondaires), ainsi qu'aux médecins de famille et aux pédiatres. [2005]

Au Québec, le personnel qui offrent des services complémentaires en vertu de la [Loi sur l'instruction publique](#), principalement ceux travaillant à la promotion et la prévention qui visent à donner à l'élève un environnement favorable au développement de saines habitudes de vie et de compétences qui influencent de manière positive sa santé et son bien-être⁴², et qui interviennent en première ligne après des enfants et des adolescents, tel que les techniciens en éducation spécialisée par exemple devraient également être considérés dans l'établissement des priorités de formation.

- 1.3.7. Lorsqu'un enfant ou un adolescent a été récemment exposé à un événement malheureux, comme un deuil, le divorce ou la séparation des parents, ou encore une grande déception, les intervenants œuvrant dans les services de première ligne, en milieu scolaire, ou autres milieux qu'ils soient du secteur public, privé ou communautaire susceptibles de recevoir ou qui reçoivent dans leurs services des enfants ou des adolescents devraient entreprendre une appréciation du risque de trouble dépressif associé à cet événement et communiquer avec *la famille et l'entourage* afin d'intégrer les réponses de ces derniers à celles des intervenants. La *divulgence d'information ou communication avec un tiers doit être faite en respect de la*

⁴¹ 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. Consulté en ligne au : <https://www.opq.gouv.qc.ca/santementalerelationshumaines/domaine-de-la-sante-mentale-et-des-relations-humaines-projet-de-loi-21/guide-explicatif>

⁴² Régime pédagogique de l'éducation préscolaire, de l'enseignement primaire et de l'enseignement secondaire. R.R.Q., c. I-13.3, r. 8, art. 4.) : <http://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cr/I-13.3.%20r.%208>

Charte des droits et libertés de la personne et du Code des professions, notamment, particulièrement chez les jeunes de 14 ans et plus. Le profil de risque devrait être noté dans le dossier de l'enfant ou de l'adolescent. [2005]

- 1.3.8. Lorsqu'un enfant ou un adolescent a été récemment exposé à un événement malheureux, comme un deuil, le divorce ou la séparation des parents, ou encore une grande déception, mais qu'il ne présente aucun autre facteur de risque de trouble dépressif, les intervenants œuvrant dans les services de première ligne, en milieu scolaire, ou autres milieux *qu'ils soient du secteur public, privé ou communautaire susceptibles de recevoir ou qui reçoivent dans leurs services* des enfants ou des adolescents devraient lui offrir du soutien et lui fournir l'occasion de discuter de l'événement. [2005]
- 1.3.9. À la suite d'un événement malheureux, un enfant ou un adolescent ne devrait généralement pas faire l'objet d'une orientation aux fins d'évaluation ou de traitements supplémentaires, car il est peu probable qu'un seul événement puisse entraîner un trouble dépressif. [2005]
- 1.3.10. Lorsqu'un enfant ou un adolescent a été récemment exposé à un événement malheureux, comme un deuil, le divorce ou la séparation des parents, ou encore une grande déception, et qu'il présente un risque élevé de trouble dépressif (présence d'au moins deux autres facteurs de risque), il devrait avoir l'occasion de discuter avec un intervenant qui œuvre dans la communauté de l'expérience difficile qu'il a vécue récemment et une *appréciation ou une évaluation plus poussée devrait être effectuée un professionnel habilité à l'évaluation requise en fonction de la condition du jeune*. Une orientation rapide devrait être considérée en présence de signes d'un trouble dépressif, *d'automutilation, de comportements autodestructeurs ou d'idées suicidaires*. [2005]
- 1.3.11. Lorsqu'un enfant ou un adolescent est exposé à un événement malheureux, comme un deuil, le divorce ou la séparation des parents, ou encore une grande déception, et que les antécédents familiaux font état de la présence de multiples facteurs de risque de trouble dépressif chez au moins un membre de sa famille (parents, fratrie), il devrait avoir l'occasion de discuter avec un intervenant des services de première ligne de l'expérience difficile qu'il a vécue récemment et une *appréciation ou une évaluation plus poussée devrait être effectuée un professionnel habilité à l'évaluation requise en fonction de de la condition du jeune*. Une orientation rapide devrait être considérée en présence de signes d'un trouble dépressif, *d'automutilation, de comportements autodestructeurs ou d'idées suicidaires*. [2005]
- 1.3.12. Lorsqu'un enfant ou un adolescent qui s'est précédemment remis d'un trouble dépressif moyen ou grave commence à présenter des signes de rechute, les intervenants œuvrant dans les services de première ligne, en milieu scolaire, ou autres milieux qu'ils soient du secteur public, privé ou communautaire susceptibles de recevoir ou qui reçoivent dans leurs services des enfants ou des adolescents devraient orienter le jeune *vers le professionnel habilité à l'évaluation requise en fonction de la condition du jeune (ex : le médecin qui a traité le trouble dépressif)* ou vers les services spécifiques ou spécialisés en santé mentale jeunesse afin que ce dernier soit rapidement évalué. [2005]

CRITÈRES D'ORIENTATION

- 1.3.13. Les facteurs suivants devraient être utilisés par les intervenants comme des indicateurs leurs permettant de déterminer si la situation peut être gérée dans la communauté (médecin de famille inclus).
- Exposition à un seul événement malheureux et absence d'autres facteurs de risque de trouble dépressif;
 - Exposition récente à un événement malheureux et présence d'au moins deux autres facteurs de risque et absence de signes d'un trouble dépressif, d'automutilation, de comportements autodestructeurs ou d'idées suicidaires;
 - Exposition récente à un événement malheureux et présence dans les antécédents familiaux de multiples facteurs de risque de trouble dépressif chez au moins un membre de la famille (parents, fratrie) et absence de signes d'un trouble dépressif, d'automutilation, de comportements autodestructeurs ou d'idées suicidaires;
 - Trouble dépressif léger sans comorbidité. [2005]
- 1.3.14. Les facteurs suivants devraient être utilisés par les intervenants comme critères d'orientation vers des soins et *services de première ligne, les partenaires du réseau qu'il soit du secteur publique, privé ou communautaire ainsi que ceux des services spécifiques ou spécialisés en santé mentale en fonction de la condition et des besoins de l'enfant ou de l'adolescent* :
- Trouble dépressif associé à au moins deux autres facteurs de risque de trouble dépressif;
 - Trouble dépressif et présence dans les antécédents familiaux de multiples facteurs de risque de trouble dépressif chez au moins un membre de la famille (parents, fratrie);
 - Trouble dépressif léger n'ayant pas répondu aux traitements reçus aux premières étapes après deux à trois mois;
 - Trouble dépressif moyen ou grave (y compris avec caractéristiques psychotiques);
 - Signes de rechute d'un trouble dépressif chez un enfant ou un adolescent s'étant précédemment rétabli d'un trouble dépressif moyen ou grave;
 - Autonégligence inexplicquée pendant au moins un mois, qui pourrait nuire à la santé physique de l'enfant ou de l'adolescent;
 - Présence d'idées ou de plans suicidaires;
 - Demande d'orientation de la part d'un adolescent, *de la famille ou de l'entourage*. [2005]
- 1.3.15. Les facteurs suivants devraient être utilisés par les intervenants comme critères d'orientation vers les services spécialisés :
- Risque élevé de récurrence d'actes d'automutilation, de comportements autodestructeurs ou d'idées suicidaires;

- Autonégligence importante et persistante (par exemple, mauvaise hygiène personnelle ou diminution importante de la consommation alimentaire qui pourrait nuire à la santé physique);
- Intensité des soins et services requis, concernant les évaluations, traitements ou niveau de supervision supérieur à ce qui peut être offert par les services de *première ligne, les partenaires du réseau qu'il soit du secteur publique, privé ou communautaire (ex : GMF) ainsi que ceux des services spécifiques en santé mentale.*

1.4. ÉTAPE 2 : APPRÉCIATION ET DÉMARCHE ÉVALUATIVE

- 1.4.1. Les enfants et les adolescents de 11 ans et plus qui sont orientés vers les services de santé mentale jeunesse sans que la présence d'un trouble dépressif *n'ait été confirmée* devraient systématiquement remplir un questionnaire autoadministré permettant d'apprécier les symptômes dépressifs dans le cadre d'une démarche d'analyse des besoins. [2005] *Il n'est pas nécessaire d'avoir reçu une conclusion clinique relative à la présence d'un trouble dépressif pour être orienté vers les mécanismes d'accès (ex : GASM-J).*

Dans le cadre du PQPTM, le questionnaire traduit en français identifiés pour l'appréciation des symptômes d'un trouble dépressif est le questionnaire Revised Children's Anxiety and Depression Scale (RCADS)^{43,44,45}.

- 1.4.2. Des possibilités de formation devrait être rendues disponibles afin d'améliorer la précision de l'appréciation ou de l'évaluation du trouble dépressif dans les services de santé mentale jeunesse. Certaines méthodes d'entrevue semi-structurée (par exemple, *Kiddie-Sads [K-SADS], Child and Adolescent Psychiatric Assessment [CAPA]* pourraient être utilisées à cette fin, mais nécessiteraient des modifications afin qu'elles puissent être utilisées régulièrement dans le contexte des services de santé mentale jeunesse [2005]

Dans le cadre du PQPTM, l'utilisation de la version à 47 items du questionnaire Revised Children's Anxiety and Depression Scale (RCADS-47) peut venir appuyer l'appréciation et l'évaluation du trouble dépressif^{46,47}. Le mode de passation autoadministré de ce questionnaire peut faciliter son utilisation régulièrement dans le contexte des services de santé mentale jeunesse.

- 1.4.3. Les professionnels spécialisés dans le traitement des troubles dépressifs chez les enfants et les adolescents devraient avoir reçu de la formation sur des méthodes d'entrevue semi-structurée (par exemple, *Kiddie-Sads [K-SADS], Child and Adolescent*

⁴³ Chorpita, B. F., Yim, L., Moffitt, C., Umemoto, L. A., et Francis, S. E. (2000). « Assessment of symptoms of DSM-IV anxiety and depression in children: a revised child anxiety and depression scale. » *Behaviour research and therapy*, 38 (8): p. 835–855. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(99\)00130-8](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00130-8)

⁴⁴ Ebesutani, C., Reise, S. P., Chorpita, B. F., Ale, C., Regan, J., Young, J., Higa-McMillan, C., et Weisz, J. R. (2012). « The Revised Child Anxiety and Depression Scale-Short Version: scale reduction via exploratory bifactor modeling of the broad anxiety factor. » *Psychological assessment*, 24 (4): p. 833–845. <https://doi.org/10.1037/a0027283>

⁴⁵ Krause, K. R., Chung, S., Adewuya, A. O., Albano, A. M., Babins-Wagner, R., Birkinshaw, L., Brann, P., Creswell, C., Delaney, K., Falissard, B., Forrest, C. B., Hudson, J. L., Ishikawa, S. I., Khatwani, M., Kieling, C., Krause, J., Malik, K., Martínez, V., Mughal, F., Ollendick, T. H., et Wolpert, M. (2021). « International consensus on a standard set of outcome measures for child and youth anxiety, depression, obsessive-compulsive disorder, and post-traumatic stress disorder. » *The lancet. Psychiatry*, 8(1), p. 76–86. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30356-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30356-4)

⁴⁶ Chorpita, B. F., Yim, L., Moffitt, C., Umemoto, L. A., et Francis, S. E. (2000). « Assessment of symptoms of DSM-IV anxiety and depression in children: a revised child anxiety and depression scale. » *Behaviour research and therapy*, 38 (8): p. 835–855. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(99\)00130-8](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00130-8)

⁴⁷ Krause, K. R., Chung, S., Adewuya, A. O., Albano, A. M., Babins-Wagner, R., Birkinshaw, L., Brann, P., Creswell, C., Delaney, K., Falissard, B., Forrest, C. B., Hudson, J. L., Ishikawa, S. I., Khatwani, M., Kieling, C., Krause, J., Malik, K., Martínez, V., Mughal, F.,

Psychiatric Assessment [CAPA]) et posséder les compétences pour *apprécier ou évaluer* les indices non verbaux de l'humeur chez les plus jeunes enfants. [2005]

1.5. ÉTAPE 3 : TRAITEMENT DU TROUBLE DÉPRESSIF LÉGER

SURVEILLANCE ACTIVE

- 1.5.1. Pour les enfants et les adolescents chez qui un trouble dépressif léger a été confirmé et qui refusent un traitement ou qui, selon l'avis de l'intervenant, peuvent se rétablir sans traitement, *une appréciation* ou évaluation devrait être prévue, généralement dans un délai de deux semaines (surveillance active). [2005]
- 1.5.2. Les intervenants devraient contacter les enfants et les adolescents présentant un trouble dépressif qui manquent un rendez-vous de suivi. [2005] La *divulgaration d'information ou communication avec un tiers doit être fait en respect de la [Charte des droits et libertés de la personne](#) et du [Code des professions](#), notamment chez les jeunes de 14 ans et plus.*

TRAITEMENT DU TROUBLE DÉPRESSIF LÉGER

Les psychothérapies utilisées dans le traitement des enfants et des adolescents présentant un trouble dépressif 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 recommandations indiquées en italiques et soulignées indiquent que celles-ci nécessitent le jugement clinique de l'intervenant afin que celui-ci détermine 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](#).

De plus, le mot « thérapie » est considéré comme synonyme du mot traitement et a un sens générique qui désigne un ensemble de mesures destinées à guérir, soulager ou prévenir un trouble, incluant la pharmacothérapie, la psychothérapie et les autres types d'interventions. Il ne permet pas distinguer la psychothérapie des interventions qui s'y apparentent⁴⁸.

L'analyse effectuée par l'intervenant devrait être réalisée à l'aide des divers documents interordres concernant l'exercice de la psychothérapie et des interventions qui s'y apparentent, disponible sur le site de la collaboration interprofessionnelle⁴⁹.

*Dans le cadre du PQPTM, l'abréviation **TCC** (thérapie cognitivo-comportementale) réfère à l'exercice de la psychothérapie cognitivo-comportementale⁵⁰.*

Consultez également les recommandations concernant les traitements psychosociaux chez les enfants et les adolescents qui présentent des difficultés d'apprentissage, des symptômes d'un

⁴⁸ Collège des médecins du Québec, Ordre des conseillers et conseillères d'orientation du Québec/Ordre des ergothérapeutes du Québec, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec, Ordre des psychologues du Québec, Ordre professionnel des criminologues du Québec, Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec et Ordre professionnel des sexologues du Québec. (2018). L'exercice de la psychothérapie et des interventions qui s'y apparentent – Trouver la frontière entre les interventions de différents professionnels et la psychothérapie. Consulté le 1 septembre 2020 : « L'exercice de la psychothérapie et des interventions qui s'y apparentent – Trouver la frontière entre les interventions de différents professionnels et la psychothérapie. » Consulté au : https://www.orientation.qc.ca/files/OPQ_TravauxInterordres_Complet_FINAL_Web.pdf

⁴⁹ Collaboration interprofessionnelle. Consulter au : <https://collaborationinterprofessionnelle.ca/publications-2/>

⁵⁰ Idem

trouble neurodéveloppemental⁵¹ ou ayant été confirmé dans le guide de pratique clinique du NICE à cet effet⁵² (en anglais seulement).

- 1.5.3. Les antidépresseurs ne devraient pas être utilisés pour le traitement initial des enfants et des adolescents qui présentent un trouble dépressif léger. [2005]
- 1.5.4. Discutez des différents *traitements* possibles avec les enfants et les adolescents qui présentent un trouble dépressif léger ainsi qu'à *la famille et à l'entourage* (le cas échéant). Expliquez :
 - En quoi consistent les différentes options;
 - Les données probantes concernant chaque groupe d'âge (y compris le fait que peu de données sont disponibles au sujet des enfants de 5 à 11 ans);
 - De quelle façon ces options sont susceptibles de répondre aux besoins, aux préférences et aux valeurs de *l'enfant ou de l'adolescent*. [2019]
- 1.5.5. Le choix du traitement doit être basé sur :
 - une évaluation complète des besoins, incluant :
 - La situation de l'enfant ou de l'adolescent ainsi que celle de la famille et de l'entourage;
 - Leurs antécédents personnels et sociaux de même que le tableau clinique;
 - Leur maturité et leur niveau de développement;
 - Le contexte dans lequel le traitement sera apporté;
 - Les comorbidités, les troubles neurodéveloppementaux, les besoins en matière de communication (langue, déficience sensorielle) ou difficultés d'apprentissage.
 - les préférences et les valeurs de l'enfant ou de l'adolescent, de leur famille et de leur entourage (le cas échéant). [2019]
- 1.5.6. Pour les enfants de 5 à 11 ans chez qui le trouble dépressif léger persiste après deux semaines de surveillance active, mais qui ne présentent pas de comorbidités importantes ni d'idées ou de plans suicidaires, envisagez les *traitements* suivants en veillant à ce qu'elles soient adaptées au niveau de développement de l'enfant, si besoin :
 - Programme utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une TCC assistées par les technologies de l'information et des communications (TIC);
 - Intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales en groupe ou psychothérapie cognitivo-comportementale (TCC) en groupe;
 - Soutien non-directif (NDST) en groupe;
 - Thérapie interpersonnelle (IPT) en groupe.

Actuellement, les programmes assistés par les technologies de l'information et des communications (TIC) utilisant des techniques d'intervention cognitivo-comportementales ne sont

⁵¹ American Psychiatric Association (APA) (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5) (5e Éd.). Washington, D.C., É.-U.: American Psychiatric Association Publishing. 991 pages.

⁵² NICE (2016). Mental health problems in people with learning disabilities: prevention, assessment and management (NICE guideline NG54) <https://www.nice.org.uk/guidance/ng54>

pas disponibles au Québec pour les enfants de 5 à 11 ans. Compte tenu des résultats prometteurs des études répertoriées par le NICE, il est probable de voir émerger ce type d'outil pour cette clientèle.

Si ces options ne répondent pas aux besoins cliniques de l'enfant ou ne conviennent pas à sa situation, envisagez les traitements suivants en veillant à ce qu'ils soient adaptés au niveau de développement *de l'enfant, si besoin*:

- *Intervention ou psychothérapie familiale basée sur l'attachement;*
- *Intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une TCC individuelle. [2019]*

1.5.7. Pour les adolescents de 12 à 18 ans chez qui le trouble dépressif léger persiste après deux semaines de surveillance active qui ne présentent pas de comorbidités, d'idées ou de plans suicidaires, offrez le choix de traitement d'une durée limitée (environ deux à trois mois) parmi les suivantes :

- *Programme utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une TCC assistées par les TIC;*
- *Intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou TCC en groupe;*
- *NDST en groupe;*
- *IPT en groupe. [2019]*

1.5.8. Si les options proposées à la recommandation [1.5.7](#) ne répondent pas aux besoins cliniques de l'adolescent de 12 à 18 ans qui présente un trouble dépressif léger ou ne conviennent pas à sa situation, envisagez une :

- *Intervention ou psychothérapie familiale basée sur l'attachement;*
- *Intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une TCC en individuelle. [2019]*

1.5.9. Offrez les traitements dans différents contextes, comme les milieux scolaires, les services de première ligne, les services sociaux généraux ou organismes communautaires. [2019]

1.5.10. Si un enfant ou un adolescent qui présente un trouble dépressif léger n'a pas répondu aux traitements après deux à trois mois (recommandations [1.5.6](#) à [1.5.8](#) et Tableau 1), orientez l'enfant ou l'adolescent vers des services de santé mentale pour les enfants et les adolescents pour une revue de sa situation. [2019]

1.5.11. Suivez les recommandations concernant le traitement du trouble dépressif moyen ou grave pour les enfants et les adolescents chez qui le trouble dépressif persiste après un traitement de deux à trois mois (voir la section [1.6](#) concernant le trouble dépressif moyen ou grave). [2019]

Pour en savoir plus sur les raisons qui ont justifié les recommandations de 2019 en ce qui concerne le traitement du trouble dépressif léger par le comité du NICE et comment elles peuvent influencer la pratique, voir section 3. Explications et répercussions
--

1.6. ÉTAPES 4 ET 5 : TRAITEMENT DES TROUBLES DÉPRESSIFS MOYENS OU GRAVES

TRAITEMENT DU TROUBLE DÉPRESSIF MOYEN OU GRAVE

Consultez également les recommandations concernant les traitements psychosociaux chez les enfants et les adolescents qui présentent des difficultés d'apprentissage, des symptômes d'un trouble neurodéveloppemental⁵³ ou ayant été confirmé dans le guide de pratique clinique du NICE à cet effet⁵⁴ (en anglais seulement).

- 1.6.1. Une revue de la situation devrait être effectuée par une équipe des services de santé mentale jeunesse pour les enfants et les adolescents qui présentent un trouble dépressif moyen ou grave. [2019]
- 1.6.2. Discutez des différents traitements possibles avec les enfants et les adolescents qui présentent un trouble dépressif moyen ou grave ainsi qu'avec la famille et l'entourage (le cas échéant). Expliquez :
 - En quoi consistent les différents *traitements*;
 - Les données probantes concernant chaque groupe d'âge (y compris le fait qu'on dispose de peu de données au sujet des enfants de 5 à 11 ans);
 - Comment certains traitements sont susceptibles de correspondre aux besoins, aux préférences et aux valeurs *de l'enfant ou de l'adolescent*. [2019]
- 1.6.3. Le choix du traitement doit être basé sur :
 - une évaluation complète des besoins, incluant :
 - La situation de l'enfant ou de l'adolescent ainsi que celle de la famille et de l'entourage;
 - Leurs antécédents personnels et sociaux de même que le tableau clinique;
 - Leur maturité et leur niveau de développement;
 - Le contexte dans lequel le traitement sera apporté;
 - Les comorbidités, les troubles neurodéveloppementaux, les besoins en matière de communication (langue, déficience sensorielle) ou difficultés d'apprentissage.
 - les préférences et les valeurs de l'enfant ou de l'adolescent et de la famille et de l'entourage (le cas échéant). [2019]
- 1.6.4. Pour les enfants de 5 à 11 ans qui présentent un trouble dépressif moyen ou grave, envisagez les traitements suivants en veillant à ce qu'ils soient adaptés au niveau de développement de l'enfant, si besoin :
 - Thérapie interpersonnelle appliquée à la famille (FB-IPT);
 - Thérapie familiale (traitement de la dépression chez l'enfant basé sur l'approche familiale (FFT-CD) et traitement global de la famille et des systèmes (IFAST));
 - Intervention utilisant des techniques ou psychothérapie psychodynamique;

⁵³ American Psychiatric Association (APA) (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5) (5e Éd.). Washington, D.C., É.-U.: American Psychiatric Association Publishing. 991 pages.

⁵⁴ NICE (2016). Mental health problems in people with learning disabilities: prevention, assessment and management (NICE guideline NG54) <https://www.nice.org.uk/guidance/ng54>

- Intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou TCC en individuelle. [2019]
- 1.6.5. Pour les adolescents de 12 à 18 ans qui présentent un trouble dépressif moyen ou grave, offrez une intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une TCC en individuelle d'au moins trois mois. [2019]
- 1.6.6. Si l'intervention individuelle utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou la TCC en individuelle ne répond pas aux besoins cliniques de l'adolescent de 12 à 18 ans qui présente un trouble dépressif moyen ou grave ou que ce traitement ne convient pas à sa situation, envisagez les traitements parmi les suivants :
- IPT pour adolescent (IPT-A);
 - Thérapie familiale (basée sur l'attachement ou systémique);
 - Intervention psychosociale brève;
 - Intervention utilisant des techniques ou psychothérapie psychodynamique. [2019]

Pour en savoir plus sur les raisons qui ont justifié les recommandations de 2019 en ce qui concerne le traitement du trouble dépressif léger par le du comité du NICE et comment elles peuvent influencer la pratique, voir section 3. [EXPLICATION ET RÉPERCUSSIONS](#)

TRAITEMENT COMBINÉ DU TROUBLE DÉPRESSIF MOYEN OU GRAVE

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

- 1.6.7. Envisagez un traitement combiné fluoxétine et recommandations [1.6.5](#) et [1.6.6](#) comme traitement initial du trouble dépressif moyen ou grave chez les adolescents (de 12 à 18 ans) plutôt que l'un des traitements énumérés aux recommandations [1.6.5](#) et [1.6.6](#) suivie d'un traitement combiné, ou aux recommandations formulées aux alinéas [1.6.8](#) à [1.6.10](#). [2015]

Bien que les inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine (ISRS) aient été démontrés comme étant efficace dans le traitement du trouble dépressif chez les enfants et les adolescents⁵⁵, au moment de la publication du présent guide de pratique, (novembre 2021) aucun ne possède l'indication officielle du traitement pour le trouble dépressif pour les moins de 18 ans au Canada. Cependant, parmi les ISRS, c'est la fluoxétine qui possèderaient le plus de données soutenant son utilisation dans le traitement du trouble dépressif chez les enfants et les adolescents en faisant ainsi le premier traitement pharmacologique à envisager^{56,57}.

⁵⁵ Société Canadienne de pédiatrie (2018). L'utilisation des inhibiteurs spécifiques du recaptage de la sérotonine pour le traitement des maladies mentales pendant l'enfance et l'adolescence. Document de principes. *Paediatr Child Health* 2013;18(9):492-9 : <https://cps.ca/fr/documents/position/utilisation-ISRS-traitement-maladies-mentales-pendant-enfance-adolescence>

⁵⁶ Idem

⁵⁷ Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) (2016). Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder: Section 6. Special Populations: Youth, Women, and the Elderly. *The Canadian Journal of Psychiatry*. Vol. 61(9) 588-603 : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4994788/>

Lorsqu'il opte pour un traitement par antidépresseur, le professionnel autorisé à prescrire se doit de suivre les recommandations professionnelles pertinentes et d'assumer l'entière responsabilité du médicament non indiquée ou homologuée qu'il prescrit ou recommande.

- 1.6.8. Si après quatre à six séances, un enfant ou un adolescent qui présente un trouble dépressif moyen ou grave ne répond pas *au traitement* (recommandation [1.6.4](#) à [1.6.6](#)) une revue de la situation en équipe multidisciplinaire devrait être effectuée. [2005]

Dans ce guide, l'équipe multidisciplinaire pourrait faire appel à la participation d'autres intervenants en plus des membres de l'équipe traitante dans le cadre d'un partenariat entre les différents paliers de services.

- 1.6.9. Suite à la revue de la situation en équipe multidisciplinaire, si l'enfant ou l'adolescent qui présente un trouble dépressif moyen ou grave ne répond pas au traitement déjà reçu en raison de facteurs concomitants tels que des comorbidités, des facteurs de risque psychosociaux persistants (par exemple, un conflit familial) ou la présence d'un trouble mental chez un parent, *un autre traitement* (recommandation [1.6.4](#) à [1.6.6](#)) ou un traitement supplémentaire pour la famille et l'entourage, ou un traitement différent pour l'enfant ou l'adolescent devrait être considéré. [2005]
- 1.6.10. Suite à la revue de la situation en équipe multidisciplinaire, offrez de la fluoxétine à l'adolescent (12-18 ans) qui présente un trouble dépressif moyen ou grave qui ne répond pas, après 4 à 6 séances à un des traitements énumérés aux recommandations [1.6.5](#) et [1.6.6](#) [2015]
- 1.6.11. Suite à la revue de la situation en équipe multidisciplinaire, envisagez avec précaution un traitement par la fluoxétine chez un enfant (5-11 ans), qui présentent un trouble dépressif moyen ou grave⁵⁸ qui ne répond pas après quatre à six séances à un des traitements énumérés à la recommandation [1.6.4](#), bien que l'efficacité dans ce groupe d'âge n'ait pas été établie. [2015]

TROUBLE DÉPRESSIF RÉFRACTAIRE AU TRAITEMENT COMBINÉ

- 1.6.12. Si le trouble dépressif moyen ou grave chez un enfant ou un adolescent est réfractaire au traitement combiné par la fluoxétine et à un des *traitements énumérés aux recommandations* [1.6.4](#) à [1.6.6](#) après six séances supplémentaires, ou si le jeune, et/ou la famille ou l'entourage (*le cas échéant*) ont refusé le traitement par la fluoxétine, l'équipe multidisciplinaire devrait procéder à l'analyse complète des besoins et des risques.

Cette analyse devrait comprendre :

- Une révision *de la conclusion relative à la présence d'un trouble mental*;
- La présence possible de comorbidités;
- Une *réévaluation* des possibles causes du trouble dépressif sur le plan individuel, familial et social;
- La vérification que le traitement a été suivi de façon optimale;

⁵⁸ Société Canadienne de pédiatrie (2018). L'utilisation des inhibiteurs spécifiques du recaptage de la sérotonine pour le traitement des maladies mentales pendant l'enfance et l'adolescence. Document de principes. *Paediatr Child Health* 2013;18(9):492-9 : <https://cps.ca/fr/documents/position/utilisation-ISRS-traitement-maladies-mentales-pendant-enfance-adolescence>

- la pertinence d'offrir un *traitement* supplémentaire pour l'enfant ou l'adolescent et/ou de l'aide supplémentaire pour *la famille et l'entourage*. [2005]
- 1.6.13. Suite à la revue de la situation en équipe multidisciplinaire, les possibilités suivantes devraient être considérées :
- Un traitement qui n'a pas été tentée précédemment (*intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une TCC individuelle, IPT, d'une durée d'au moins trois mois, ou*
 - *Une thérapie familiale systémique (au moins 15 séances bimensuelles), ou*
 - *Une intervention utilisant des techniques ou psychothérapie psychodynamique;* (environ 30 séances offert 1 fois par semaine pour 30 semaines). [2005]

UTILISATION DES ANTIDÉPRESSEURS CHEZ LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS

- 1.6.14. N'offrez pas d'antidépresseur à un enfant ou à un adolescent qui présente un trouble dépressif moyen ou grave, à moins qu'il ne soit combiné avec l'un *des traitements* énumérés aux recommandations [1.6.4](#) à [1.6.6](#).

Des dispositions particulières devraient être prises pour assurer une surveillance étroite des effets indésirables du médicament, de même que pour évaluer l'état mental de l'enfant ou de l'adolescent et l'évolution de la situation clinique (par exemple, communications hebdomadaires avec l'enfant ou l'adolescent ou sa famille et *la famille et l'entourage*, pendant les quatre premières semaines de traitement). La fréquence précise de cette surveillance devra être déterminée en fonction de *la condition clinique* de l'enfant ou de l'adolescent et être notée au dossier.

Un médicament peut être prescrit malgré le refus de recevoir un des traitements recommandés aux points [1.6.4](#) à [1.6.6](#). Cependant, comme la condition de l'enfant ou l'adolescent ne sera pas revue lors de ces interventions, une surveillance étroite de l'évolution de l'état de l'enfant ou de l'adolescent devra être effectuée sur une base régulière, par le prescripteur, avec une attention particulière concernant l'apparition d'effets indésirables du médicament. [2015]

- 1.6.15. Dans la mesure du possible, un antidépresseur ne devrait être prescrit qu'après l'évaluation par un pédopsychiatre. [2005]

Il existe au Québec des médecins qui ont développé une expertise en santé mentale auprès des enfants et des adolescents. Bien que ces médecins puissent se trouver tout au long de la trajectoire de soins et services, ceux-ci offrent dans les faits des services spécifiques en santé mentale et les orientations émises par le PQPTM doivent en tenir compte.

De plus, le Québec s'est doté de la fonction de médecin spécialiste répondant en psychiatrie (MSRP). Cette fonction qui vise à soutenir les services de première ligne en santé mentale s'applique également pour les enfants et les adolescents.

- 1.6.16. Lorsqu'un antidépresseur est prescrit à un enfant ou à un adolescent qui présente un trouble dépressif moyen ou grave, ce devrait être la fluoxétine^{59,60}, car il s'agit du seul

⁵⁹ Société Canadienne de pédiatrie (2018). L'utilisation des inhibiteurs spécifiques du recaptage de la sérotonine pour le traitement des maladies mentales pendant l'enfance et l'adolescence. Document de principes. *Paediatr Child Health* 2013;18(9):492-9 : <https://cps.ca/fr/documents/position/utilisation-ISRS-traitement-maladies-mentales-pendant-enfance-adolescence>

⁶⁰ Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) (2016). Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder: Section 6. Special Populations: Youth, Women, and the Elderly. The Canadian Journal of Psychiatry. Vol. 61(9) 588-603 : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4994788/>

antidépresseur pour lequel des données provenant d'essais cliniques indiquent que les avantages l'emportent sur les risques. [2005]

1.6.17. Lorsqu'un enfant ou un adolescent commence à prendre un antidépresseur, il devrait être informé (ainsi que la famille et l'entourage, le cas échéant) des éléments suivants :

- raisons pour lesquelles le médicament est prescrit,
- du temps nécessaire pour que le médicament agisse,
- de la durée prévue du traitement,
- des effets secondaires possibles, et
- de l'importance de prendre le médicament conformément aux instructions.

La discussion concernant ces éléments devrait être soutenue par de l'information écrite adaptée à l'enfant ou à l'adolescent, ainsi qu'à la famille et à l'entourage, y compris les renseignements les plus récents destinés aux personnes utilisatrices émanant de l'organisme de réglementation pertinent, *tel que Santé Canada*. [2005]

1.6.18. L'enfant ou l'adolescent à qui un antidépresseur est prescrit devrait faire l'objet d'une surveillance étroite visant à déceler l'apparition de comportements et d'idées suicidaires, d'automutilation, *de comportements autodestructeurs* ou d'agressivité. Cette surveillance étroite devrait avoir lieu surtout au début du traitement, de la part *du* prescripteur ainsi que par *les intervenants impliqués* dans le suivi *en fonction de la condition clinique* de l'enfant ou de l'adolescent, *tel que* l'intervenant qui offre l'intervention ou la psychothérapie.

À moins que le *professionnel autorisé* à prescrire estime qu'il est nécessaire de débiter le traitement immédiatement, les symptômes qui pourraient être interprétés comme des effets secondaires devraient être surveillés pendant sept jours avant le début du traitement.

L'enfant ou l'adolescent, de même qu'à *la famille et à l'entourage* devraient être informés de communiquer d'urgence avec le prescripteur si de tels signes ou de nouveaux symptômes de cet ordre surviennent après le début du traitement. [2005]

1.6.19. Lorsque la fluoxétine est prescrite à un enfant ou à un adolescent qui présente un trouble dépressif, la posologie initiale devrait être de 10 mg DIE. La dose peut être augmentée à 20 mg DIE après une semaine si cela s'avère nécessaire sur le plan clinique; il convient toutefois d'envisager des doses plus faibles pour les enfants de petit poids. Peu de données sont disponibles concernant l'efficacité des doses quotidiennes supérieures à 20 mg. Des doses plus fortes pourraient toutefois être envisagées chez des enfants plus âgés dont le poids corporel est plus élevé ou, dans les cas graves, si l'obtention d'une réponse clinique rapide est considérée comme une priorité. [2005]

1.6.20. Lorsqu'un antidépresseur est prescrit pour le traitement d'un enfant ou d'un adolescent qui présente un trouble dépressif et qu'une échelle d'évaluation autoadministrée est utilisée en complément au jugement clinique, il faudrait utiliser une échelle reconnue, tel que le *Mood and Feelings Questionnaire (MFQ)*. [2005]

Dans le cadre du PQPTM, le questionnaire traduit en français identifiés pour le l'appréciation des symptômes d'un trouble dépressif est le questionnaire Revised

Children's Anxiety and Depression Scale (RCADS)^{61,62,63}. Le Mood and Feelings Questionnaire (MFQ)⁶⁴ n'a pas de version validée en langue française.

- 1.6.21. Lorsqu'un enfant ou un adolescent répond au traitement par la fluoxétine, la prise du médicament devrait se poursuivre au moins six mois après la rémission (définie comme l'absence de symptômes et un fonctionnement normal pendant au moins huit semaines); autrement dit, le traitement devrait se poursuivre pendant six mois après cette période de huit semaines. [2005]

Les données apportées par la Société canadienne de pédiatrie et le CANMAT s'inscrivent en cohérence avec cette recommandation et réfèrent à une période allant entre 6 et 12 mois en fonction de la condition clinique de l'enfant ou de l'adolescent^{65,66}.

- 1.6.22. Si le traitement par la fluoxétine est inefficace ou est mal toléré en raison d'effets secondaires, l'utilisation d'un autre antidépresseur pourrait être envisagée. La sertraline et le citalopram sont les médicaments recommandés en traitement de deuxième intention dans de tels cas. [2005]

Au moment de la publication du présent guide (novembre 2021), l'autorisation de commercialisation du citalopram et de la sertraline au Canada n'incluait pas l'utilisation chez les enfants et les adolescents puisqu'aucun ISRS ne possède l'indication officielle du traitement du trouble dépressif chez les moins de 18 ans au Canada. Cependant, bien que la fluoxétine semble présenter le plus de données probantes soutenant son utilisation, l'escitalopram, la sertraline et, dans une moindre mesure, le citalopram sont considérés comme des antidépresseurs à envisager en deuxième choix⁶⁷.

- 1.6.23. La sertraline ou le citalopram devraient être utilisés que si les critères suivants sont remplis:
- L'enfant ou l'adolescent, de même que la famille et l'entourage, ont pleinement participé aux discussions concernant les avantages possibles et les risques du nouveau traitement et ont reçu l'information appropriée sous forme écrite. Cette information devrait comprendre :
 - les raisons pour lesquelles le médicament est prescrit;
 - le temps nécessaire pour que le médicament agisse;
 - la durée du traitement;

⁶¹ Chorpita, B. F., Yim, L., Moffitt, C., Umemoto, L. A., et Francis, S. E. (2000). « Assessment of symptoms of DSM-IV anxiety and depression in children: a revised child anxiety and depression scale. » *Behaviour research and therapy*, 38 (8): p. 835–855. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(99\)00130-8](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00130-8)

⁶² Ebesutani, C., Reise, S. P., Chorpita, B. F., Ale, C., Regan, J., Young, J., Higa-McMillan, C., et Weisz, J. R. (2012). « The Revised Child Anxiety and Depression Scale-Short Version: scale reduction via exploratory bifactor modeling of the broad anxiety factor. » *Psychological assessment*, 24 (4): p. 833–845. <https://doi.org/10.1037/a0027283>

⁶³ Krause, K. R., Chung, S., Adewuya, A. O., Albano, A. M., Babins-Wagner, R., Birkinshaw, L., Brann, P., Creswell, C., Delaney, K., Falissard, B., Forrest, C. B., Hudson, J. L., Ishikawa, S. I., Khatwani, M., Kieling, C., Krause, J., Malik, K., Martínez, V., Mughal, F., Ollendick, T. H., et Wolpert, M. (2021). « International consensus on a standard set of outcome measures for child and youth anxiety, depression, obsessive-compulsive disorder, and post-traumatic stress disorder. » *The lancet. Psychiatry*, 8(1), p. 76–86. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30356-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30356-4)

⁶⁴ Angold, A., Costello, E. J., Messer, S. C., et Pickles, A. (1995). « Development of a short questionnaire for use in epidemiological studies of depression in children and adolescents. » *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 5 (4): p. 237–249.

⁶⁵ Société Canadienne de pédiatrie (2018). L'utilisation des inhibiteurs spécifiques du recaptage de la sérotonine pour le traitement des maladies mentales pendant l'enfance et l'adolescence. Document de principes. *Paediatr Child Health* 2013;18(9):492-9 : <https://cps.ca/fr/documents/position/utilisation-ISRS-traitement-maladies-mentales-pendant-enfance-adolescence>

⁶⁶ Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) (2016). Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder: Section 6. Special Populations: Youth, Women, and the Elderly. *The Canadian Journal of Psychiatry*. Vol. 61(9) 588-603 : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4994788/>

⁶⁷ Idem au 61 et 62

- les effets secondaires possibles; et
- l'importance de prendre le médicament conformément aux instructions.
- les renseignements les plus récents destinés aux personnes utilisatrices émanant de l'organisme de réglementation pertinent, tel que *Santé Canada*, devraient également être présentés.

Santé Canada a émis en 2012, un avis concernant d'innocuité approuvés par Santé Canada concernant le citalopram en lien avec l'association du citalopram à l'allongement dose-dépendant de l'intervalle QT et du risque d'arythmie cardiaque. Ainsi, les enfants et les adolescents qui présentent un syndrome congénital QT long ou un allongement connu de l'intervalle QT ne devraient pas recevoir de citalopram⁶⁸ alors que ceux ayant des cardiopathies congénitale ou une atteinte épathique devraient être traités avec prudence et faire l'objet d'une surveillance étroite des effets cardiaques indésirables.⁶⁹

- Le trouble dépressif que présente l'enfant ou l'adolescent est suffisamment grave ou cause des symptômes suffisamment graves (par exemple, perte de poids ou comportements suicidaires) pour justifier l'essai d'un autre antidépresseur.
- Il a été clairement établi qu'un essai valable de la fluoxétine en traitement combiné (recommandations [1.6.4](#) à [1.6.6](#)) a été tenté (c'est-à-dire que tous les efforts possibles ont été faits pour favoriser l'adhésion à la démarche thérapeutique recommandée).
- Les causes possibles du trouble dépressif et de sa résistance au traitement ont fait l'objet d'une réévaluation (par exemple, présence d'autres comorbidités comme un trouble bipolaire ou un trouble de l'usage de substances).
- L'avis d'un psychiatre travaillant auprès d'enfants et d'adolescents a été obtenu. Cet avis est habituellement donné par le biais d'une consultation.
- L'enfant ou l'adolescent et/ou une personne ayant la responsabilité parentale de celui-ci (ou l'adolescent seulement, s'il est âgé de 14 ans et plus et est apte à consentir) a donné son consentement libre et éclairé et est explicitement consigné au dossier. [2005]

1.6.24. Lorsqu'un enfant ou un adolescent répond au traitement par le citalopram ou la sertraline, la prise du médicament devrait se poursuivre au moins six mois après la rémission, qui est définie comme l'absence de symptômes et un fonctionnement normal pendant au moins huit semaines. [2005]

Les données apportées par la Société canadienne de pédiatrie et le CANMAT s'inscrivent en cohérence avec cette recommandation et réfèrent à une période allant entre 6 et 12 mois en fonction de la condition clinique de l'enfant ou de l'adolescent⁷⁰⁷¹.

⁶⁸ Santé Canada (2012). Celexa (citalopram) - Association à des anomalies du rythme cardiaque - Pour les professionnels de la santé. <https://recalls-rappels.canada.ca/fr/avis-rappel/celexa-citalopram-association-anomalies-du-rythme-cardiaque-pour-professionnels-sante>

⁶⁹ Société Canadienne de pédiatrie (2018). L'utilisation des inhibiteurs spécifiques du recaptage de la sérotonine pour le traitement des maladies mentales pendant l'enfance et l'adolescence. Document de principes. *Paediatr Child Health* 2013;18(9):492-9 : <https://cps.ca/fr/documents/position/utilisation-ISRS-traitement-maladies-mentales-pendant-enfance-adolescence>

⁷⁰ Société Canadienne de pédiatrie (2018). L'utilisation des inhibiteurs spécifiques du recaptage de la sérotonine pour le traitement des maladies mentales pendant l'enfance et l'adolescence. Document de principes. *Paediatr Child Health* 2013;18(9):492-9 : <https://cps.ca/fr/documents/position/utilisation-ISRS-traitement-maladies-mentales-pendant-enfance-adolescence>

⁷¹ Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) (2016). Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder: Section 6. Special Populations: Youth, Women, and the Elderly. *The Canadian Journal of Psychiatry*. Vol. 61(9) 588-603 : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4994788/>

- 1.6.25. Lorsqu'un antidépresseur autre que la fluoxétine est prescrit pour un enfant ou un adolescent qui présente un trouble dépressif, la posologie initiale devrait correspondre à la moitié de la dose initiale quotidienne recommandée chez les adultes. Si cela s'avère nécessaire sur le plan clinique, la dose peut ensuite être augmentée graduellement au cours des deux à quatre semaines suivantes jusqu'à la dose quotidienne recommandée chez les adultes; il faudrait toutefois envisager des doses plus faibles chez les enfants de petit poids. Peu de données probantes sont disponibles concernant l'efficacité des doses quotidiennes maximales recommandées chez l'adulte lorsqu'elles sont administrées aux enfants et aux adolescents. Celles-ci pourraient toutefois être envisagées chez des enfants plus vieux dont le poids corporel est plus élevé ou, dans les cas graves, si l'obtention d'une réponse clinique rapide est considérée comme une priorité. [2005]
- 1.6.26. La paroxétine et la venlafaxine **ne devraient pas** être utilisées dans le traitement du trouble dépressif chez les enfants et les adolescents. [2005]
- 1.6.27. Les antidépresseurs tricycliques **ne devraient pas** être utilisés dans le traitement du trouble dépressif chez les enfants et les adolescents. [2005]
- 1.6.28. Lorsqu'un traitement par antidépresseur doit être cessé, l'arrêt devrait s'effectuer graduellement, sur une période de 6 à 12 semaines. La vitesse de réduction de la dose étant déterminée par l'importance des symptômes liés à l'arrêt du médicament ou de sevrage. [2005]
- 1.6.29. Comme avec tout autre médicament, les interactions médicamenteuses possibles devraient être envisagées lors de la prescription d'un médicament pour le traitement du trouble dépressif chez des enfants et des adolescents, y compris les interactions possibles avec les produits de médecine douce, les produits de santé naturels, l'alcool et les drogues à usage récréatives. [2005]
- 1.6.30. Bien que certaines données indiquent que le millepertuis peut être associé à certains bienfaits chez les adultes qui présentent un trouble dépressif léger ou moyen, il n'est pas possible d'assumer une telle conclusion chez les enfants et les adolescents puisqu'aucun essai clinique à ce sujet ne permet de venir appuyer cette décision.
- De plus, le profil d'effets secondaires du millepertuis n'a pas été établi, et il est reconnu qu'il interagit avec d'autres médicaments, notamment les contraceptifs oraux. Par conséquent, le millepertuis **ne devrait pas** être prescrit dans le traitement du trouble dépressif chez les enfants et les adolescents. [2005]
- 1.6.31. Un enfant ou un adolescent qui présente un trouble dépressif et qui prend une préparation de millepertuis en vente libre devrait être informé des risques qui y sont associés et lui être conseillé de cesser le traitement pendant le suivi du trouble dépressif récurrent et la recherche d'un traitement alternatif conforme au présent guide de pratique. [2005]

TRAITEMENT DU TROUBLE DÉPRESSIF AVEC CARACTÉRISTIQUES PSYCHOTIQUES

Au Québec, les adolescents qui présentent un trouble dépressif avec caractéristiques psychotiques peuvent également recevoir des soins et services du programme d'intervention pour premiers épisodes psychotiques. Pour plus d'informations, consulter le [Cadre de référence – Programmes d'interventions pour premiers épisodes psychotiques](#).

- 1.6.32. Chez les enfants et les adolescents qui présentent un trouble dépressif avec caractéristiques psychotiques, la possibilité de potentialiser le plan de traitement avec

un antipsychotique atypique devrait être considérée, bien que la dose et la durée de traitement optimales ne sont pas connues. [2005]

Au moment de la publication (novembre 2021), aucun antipsychotique atypique ne possédait l'indication officielle chez les enfants et les adolescents de moins de 18 ans pour le trouble dépressif avec caractéristiques psychotiques au Canada. Les indications officielles des antipsychotiques atypiques varient, et les cliniciens devraient consulter les monographies de produit officielles pour de plus amples détails. Le professionnel autorisé à prescrire se doit de suivre les recommandations professionnelles pertinentes et d'assumer l'entière responsabilité de la décision. Au moment de la publication (4 juin 2018), il n'existait pas de guide de pratique clinique canadien portant sur le trouble dépressif avec caractéristiques psychotiques chez les enfants et les adolescents. Le Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 et la Société canadienne de pédiatrie n'émettent aucun avis sur les antipsychotiques atypiques dans le traitement du trouble dépressif chez les enfants et les adolescents de moins de 18 ans.

- 1.6.33. Les enfants et les adolescents chez qui un antipsychotique atypique a été prescrit devraient faire l'objet d'une étroite surveillance visant à déceler les effets secondaires. [2005]

Consultez aussi les recommandations concernant le choix et l'utilisation des antipsychotiques dans le guide de pratique du NICE concernant la psychose et la schizophrénie chez les enfants et les adolescents⁷² (en anglais seulement).

SOINS EN UNITÉ D'HOSPITALISATION

- 1.6.34. Le traitement en unité d'hospitalisation devrait être envisagé pour les enfants et les adolescents qui présentent un risque suicidaire élevé, d'automutilation, de comportements autodestructeurs ou d'autonégligence graves, ou lorsque l'intensité du traitement (ou de supervision) nécessaire ne peut être offerte dans aucun autre contexte, ou lorsqu'une évaluation plus poussée, *en fonction de la condition du jeune* est indiquée. [2005]
- 1.6.35. Lorsque l'hospitalisation d'un enfant ou d'un adolescent qui présente un trouble dépressif est envisagée, il faut sopeser les avantages associés à cette hospitalisation et les effets défavorables possibles, tels que la perte du soutien offert par *la famille et l'entourage* et la communauté. [2005]
- 1.6.36. Lorsque le traitement en unité d'hospitalisation est indiqué, les *intervenants* devraient chercher à obtenir la participation de l'enfant ou de l'adolescent, de même que *la famille et l'entourage*, au processus d'hospitalisation et de traitement, dans la mesure du possible. [2005]
- 1.6.37. *Les établissements publics de santé et des services sociaux* devrait veiller à ce qu'un traitement en unité d'hospitalisation puisse être offert à une distance de déplacement raisonnable afin de permettre la participation de *la famille et l'entourage*, ainsi que le maintien des liens sociaux. [2005]
- 1.6.38. *Les établissements publics de santé et des services sociaux* devrait veiller à ce que les services hospitaliers permettent l'hospitalisation d'un adolescent dans un délai

⁷² NICE (2020). Psychosis and schizophrenia in children and young people: recognition and management (NICE guideline CG-155) : <https://www.nice.org.uk/guidance/cg155>

approprié à sa *condition clinique*, incluant la possibilité d'une hospitalisation immédiate, si besoin. [2005]

- 1.6.39. Les services hospitaliers devraient disposer d'un éventail d'offre de traitements comprenant la pharmacothérapie, les *thérapies* individuelles et en groupe ainsi que du support pour *la famille et l'entourage*. [2005]
- 1.6.40. Les unités d'hospitalisation devraient être appropriées pour l'âge de l'enfant ou de l'adolescent, fournir un cadre culturel enrichissant et offrir la possibilité de participer à des activités éducatives et récréatives appropriées. [2005]
- 1.6.41. La planification des soins et services à mettre place lors du congé devrait s'effectuer avant l'hospitalisation ou le plus rapidement possible après l'admission en unité hospitalière, conformément au principe de la continuité des services. [2005]
- 1.6.42. Les professionnels impliqués dans la *démarche évaluative* d'un enfant ou d'un adolescent en vue d'une possible hospitalisation devraient avoir reçu une formation portant spécifiquement sur les questions relatives au consentement et à l'aptitude à consentir, aux lois en vigueur en matière de santé mentale et aux lois sur la protection de la jeunesse et ses règlements (voir recommandation [1](#)) *particulièrement* celles s'appliquent à ce groupe de personnes. [2005]

ÉLECTROCONVULSIVOTHÉRAPIE (ECT)

- 1.6.43. L'ECT ne devrait être envisagée que chez les adolescents qui présentent un trouble dépressif très grave et des symptômes potentiellement mortels (par exemple, des comportements suicidaires) ou des symptômes réfractaires et graves qui n'ont pas répondu à d'autres traitements. [2005]
- 1.6.44. L'ECT ne devrait être utilisée que dans des cas extrêmement rares chez les adolescents, et uniquement après une évaluation minutieuse de la part d'un médecin expérimenté en la matière, et uniquement dans un milieu spécialisé à cette fin, et en cohérence avec les recommandations du NICE. [2005]
- 1.6.45. L'ECT n'est pas recommandée dans le traitement du trouble dépressif chez les enfants (de 5 à 11 ans). [2005]

CONGÉ APRÈS UN PREMIER ÉPISODE DE TROUBLE DÉPRESSIF

- 1.6.46. Lorsqu'un enfant ou un adolescent est en rémission (moins de deux symptômes et fonctionnement normal pendant au moins huit semaines), il devrait faire l'objet d'un suivi de façon régulière pendant 12 mois de la part d'un intervenant expérimenté en santé mentale jeunesse.

La fréquence exacte des rencontres de suivi devrait être déterminée d'un commun accord entre l'enfant ou l'adolescent et/ou *la famille et l'entourage*, le cas échéant et l'intervenant spécialisé en santé mentale jeunesse *et en fonction de sa condition clinique*, puis être notée au dossier. Si la rémission se maintient au terme de cette période, l'enfant ou l'adolescent peut être réorienté vers les services de première ligne *ou partenaires du réseau qu'il soit du secteur publique, privé ou communautaire (GMF, scolaires, carcéral, etc.)*. [2005]

- 1.6.47. Les services de santé mentale jeunesse devraient informer les intervenants de première ligne *ou partenaires du réseau qu'il soit du secteur publique, privé ou communautaire (GMF, scolaires, carcéral, etc.) qui reçoivent dans leurs services ces enfants ou ces adolescents*, de l'évolution du jeune et du besoin nécessaires en matière

de surveillance du jeune dans leurs services. Les services de santé mentale jeunesse devraient également informer les intervenants concernés que l'enfant ou l'adolescent a reçu son congé, dans les deux semaines qui suivent ledit congé, et fournir des recommandations sur les personnes à joindre en cas de récurrence des symptômes dépressifs. [2005]

- 1.6.48. Les enfants et les adolescents faisant l'objet d'une nouvelle orientation après avoir été traités avec succès et avoir reçu leur congé devraient être vus le plus rapidement possible plutôt qu'être inscrits sur la liste d'attente régulière. [2005]

TROUBLE DÉPRESSIF RÉCURRENT ET PRÉVENTION DES RECHUTES

- 1.6.49. Un suivi clinique au niveau de *l'intervention ou de la psychothérapie* suivie devrait être envisagé afin de réduire le risque de récurrence du trouble dépressif ou, tout au moins, d'en déceler la survenue chez les enfants et les adolescents qui présentent un risque élevé de rechute (par exemple, les enfants ou les adolescents qui ont déjà présenté deux épisodes, qui présentent des symptômes résiduels ou qui demeurent exposés à de multiples facteurs de risque). [2005]
- 1.6.50. Les intervenants spécialisés en santé mentale jeunesse devraient apprendre aux intervenants dans la communauté, aux enfants et aux adolescents qui présentent un trouble dépressif récurrent ainsi *qu'à la famille et l'entourage* à reconnaître les caractéristiques du trouble dépressif, les signes avant-coureurs et les symptômes résiduels. Des techniques d'autogestion pourraient aider une personne à éviter les facteurs déclencheurs ou à y faire face. [2005]
- 1.6.51. Un enfant ou un adolescent est en rémission d'un trouble dépressif récurrent (moins de deux symptômes et fonctionnement normal pendant au moins huit semaines) devrait faire l'objet d'un suivi régulier pendant 24 mois de la part d'un intervenant expérimenté des services de santé mentale jeunesse. La fréquence précise des contacts devrait être déterminée d'un commun accord entre l'intervenant et l'enfant ou l'adolescent, ou *la famille et l'entourage* de ce dernier, puis être notée au dossier. Si la rémission se maintient au terme de cette période, l'enfant ou l'adolescent peut être confié aux services de première ligne *ou partenaires du réseau qu'il soit du secteur publique, privé ou communautaire (GMF, scolaires, carcéral, etc.)*. [2005]
- 1.6.52. Les enfants et les adolescents devraient être vus en priorité s'ils font l'objet d'une nouvelle orientation après avoir reçu leur congé à la suite du traitement réussi d'un trouble dépressif récurrent. [2005]

1.7. TRANSITION VERS LES SOINS ET SERVICES AUX ADULTES

Consultez également le guide de pratique du NICE concernant la transition vers les services aux adultes pour les adolescents ayant recours à des services de santé ou à des services sociaux (anglais seulement)⁷³.

Au Québec, le [Plan d'action en santé mentale 2015-2020](#), par la mesure 12, prévoit que, pour « soutenir les jeunes dans la transition vers l'âge adulte, chaque établissement responsable d'offrir des soins et des services en santé mentale assurera une continuité de service en adaptant l'offre aux besoins et aux étapes de vie des enfants, des adolescents et des jeunes adultes, et ce, peu importe leur âge. » L'âge chronologique et le stade de développement ne correspondant pas

⁷³ NICE (2016). Transition from children's to adults' services for young people using health or social care services. (NICE guideline NG43). : <https://www.nice.org.uk/guidance/ng43>

nécessairement, la fin des soins et services jeunesse à l'âge de 18 ans « cadre peu avec la réalité sociale et celle du développement neurologique des jeunes. »

- 1.7.1. L'équipe des services de santé mentale jeunesse responsable du traitement et des *soins et services* offerts à un adolescent de 17 ans qui se rétablit d'un premier épisode de trouble dépressif devrait généralement continuer à offrir le traitement jusqu'à ce que le congé soit jugé approprié conformément au présent guide de pratique, afin d'assurer la continuité, et ce, même après que l'adolescent a atteint 18 ans. [2005]
- 1.7.2. L'équipe des services de santé mentale jeunesse responsable du traitement et des *soins et services* offerts à un adolescent de 17 ou de 18 ans qui présente les symptômes persistants d'un premier épisode de trouble dépressif ou qui présente ou se rétablit d'un épisode subséquent devrait généralement prendre les dispositions nécessaires pour que la personne utilisatrice de services soit confiée aux services de santé mentale aux adultes appropriés si les services ne vont pas au-delà de 18 ans, *conformément au [Plan d'action en santé mentale 2015-2020](#)*. [2005]
- 1.7.3. Un adolescent de 17 ou de 18 ans ayant des antécédents de trouble dépressif récurrent à qui les services de santé mentale jeunesse envisagent de donner son congé devrait obtenir de l'information détaillée sur le traitement du trouble dépressif chez les adultes (y compris l'information à l'intention du public, ainsi que sur les services locaux et les groupes de soutien appropriés pour les jeunes adultes qui présentent un trouble dépressif. [2005]

Ce document n'a pas encore été traduit et contextualisé au Québec par le MSSS. Toutefois, il est possible de consulter le document de l'INSPQ : Faire face à la dépression au Québec. Protocole de soins à l'intention des intervenants de première ligne⁷⁴.
- 1.7.4. Un adolescent de 17 ou de 18 ans qui s'est rétabli à la suite d'un premier épisode de trouble dépressif et a obtenu son congé des *services de santé mentale jeunesse* ne devrait généralement pas être orienté vers les services aux adultes, à moins qu'il ne soit considéré comme présentant un risque élevé de rechute (par exemple, personne dont la situation comporte de multiples facteurs de risque). [2005]

⁷⁴ Institut national de santé publique du Québec. (2012). *Faire face à la dépression au Québec. Protocole de soins à l'intention des intervenants de première ligne*. <https://www.inspq.qc.ca/publications/1509>

2. RECOMMANDATIONS POUR LA RECHERCHE

Principales recommandations pour la recherche

Au moment de la publication du présent guide en novembre 2021, la contextualisation de la section des recommandations pour la recherche n'était pas complétée. La partie contextualisée sera ajoutée lors de la prochaine révision du guide.

2.1 PSYCHOTHÉRAPIE OU AUTRES INTERVENTIONS POUR LES ENFANTS DE 5 À 11 ANS QUI PRÉSENTENT UN TROUBLE DÉPRESSIF LÉGER, MOYEN OU GRAVE

Quelles est l'efficacité clinique et l'efficiencia *des interventions ou de la psychothérapie* chez les enfants de 5 à 11 ans qui présentent un trouble dépressif léger, moyen ou grave, à la suite du traitement étudié de même qu'à long terme? [2019]

Pour en savoir plus sur les raisons qui ont justifié la recommandation de recherche sur les enfants de 5 à 11 ans de la part du comité *du NICE*, se reporter aux explications concernant le traitement du trouble dépressif léger ou le traitement du trouble dépressif moyen ou grave.

2.2 PROGRAMME UTILISANT DES TECHNIQUES COGNITIVO-COMPORTEMENTALES OU UNE TCC ASSISTÉES PAR LES TIC

Quelles est l'efficacité clinique et l'efficiencia d'un programme utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une TCC assistées par les TIC lorsqu'il est accompagné de soutien ou non, à la suite de l'intervention de même qu'à long terme, chez les adolescents de 12 à 18 ans qui présentent un trouble dépressif léger? Quels éléments de l'intervention ont le plus d'incidence sur son efficacité? [2019]

Pour en savoir plus sur les raisons qui ont justifié la recommandation de recherche sur les programmes assistés par les TIC utilisant des techniques cognitivo-comportementales de la part du comité *du NICE*, se reporter aux [explications](#)

2.3 THÉRAPIE FAMILIALE, IPT-A ET INTERVENTION UTILISANT DES TECHNIQUES OU PSYCHOTHÉRAPIE PSYCHODYNAMIQUE

Quelles est l'efficacité clinique et l'efficiencia de la thérapie familiale, de l'IPT-A et les *intervention utilisant des techniques psychodynamiques ou d'une psychothérapie psychodynamique* à la suite du traitement de même que dans le cadre du suivi à long terme, lorsqu'on compare ces interventions entre elles et avec *une intervention individuelle utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une TCC en individuelle* chez les adolescents de 12 à 18 ans qui présentent un trouble dépressif moyen ou grave? [2019]

Pour en savoir plus sur les raisons qui ont justifié la recommandation de recherche sur la thérapie familiale, l'IPT-A et les *interventions utilisant des techniques psychodynamiques ou d'une psychothérapie psychodynamique* de la part du comité *du NICE*, se reporter aux [explications](#).

2.4 INTERVENTION PSYCHOSOCIALE BRÈVE MENÉE PAR UN INTERVENANT QUI N'EST PAS UN PSYCHIATRE DANS DIFFÉRENTS CONTEXTES

Quelles est l'efficacité clinique et l'efficiencia d'une intervention psychosociale brève menée conformément à la méthode mise en œuvre dans le cadre de l'étude IMPACT, mais réalisée par des intervenants qui ne sont pas psychiatres et dans différents contextes, notamment les services de première ligne, à la suite de l'intervention de même qu'à long terme, chez les adolescents de 12 à 18 ans qui présentent un trouble dépressif léger, moyen ou grave? [2019]

Pour en savoir plus sur les raisons qui ont justifié la recommandation de recherche sur l'intervention psychosociale brève menée par un intervenant qui n'est pas un psychiatre de la part du comité *du NICE*, se reporter aux [explications](#).

2.5 ACTIVATION COMPORTEMENTALE

Quelles est l'efficacité clinique et l'efficience de l'activation comportementale, à la suite du traitement de même qu'à long terme comparativement à *d'autres interventions ou psychothérapies*, chez les enfants de 5 à 11 ans et chez les adolescents de 12 à 18 ans qui présentent un trouble dépressif léger, moyen ou grave? [2019]

Pour en savoir plus sur les raisons qui ont justifié la recommandation de recherche sur l'activation comportementale de la part du comité *du NICE*, se reporter aux explications concernant le [traitement du trouble dépressif léger](#) ou le [traitement du trouble dépressif moyen ou grave](#).

Autres recommandations pour la recherche

Intervention en groupe basée sur la pleine conscience

Quelles sont l'efficacité clinique et l'efficience d'une intervention en groupe basée sur la pleine conscience, comparativement à *d'autres interventions ou psychothérapies*, à la suite du traitement à l'étude de même qu'à long terme, chez les adolescents de 12 à 18 ans qui présentent un trouble dépressif léger? [2019]

Traitements combinés (fluoxétine et psychothérapie ou autres interventions)

Un essai clinique à double insu et à répartition aléatoire devrait être mené afin d'évaluer l'efficacité (y compris la mesure du fonctionnement familial et social, ainsi que de la gravité du trouble dépressif) et l'efficience (rapport coût-efficacité) de la fluoxétine, de la psychothérapie ou d'autres interventions et de l'association fluoxétine et psychothérapie/autres interventions, de façon à comparer ces traitements entre eux et par rapport à un placebo auprès d'un vaste échantillon d'enfants et d'adolescents ayant reçu un diagnostic de trouble dépressif moyen ou grave (en réduisant au minimum les critères d'exclusion). L'essai devrait permettre d'évaluer l'effet du traitement chez les enfants et chez les adolescents de façon distincte, et prévoir une mesure de l'effet du traitement après 12 à 18 mois (mais pas avant 6 mois). [2015]

Expérience dans le continuum de soins et services

Une étude qualitative devrait être menée afin d'examiner l'expérience dans le continuum de soins des enfants et des adolescents, de même que des *membres de leur entourage* (peut-être aussi les intervenants), afin de favoriser la prise de décisions éclairées dans une optique d'amélioration. [2005]

Outils informatisés pour reconnaître les émotions et l'humeur

Une étude reposant sur une méthodologie appropriée devrait être menée afin de comparer des outils validés pour l'appréciation du trouble dépressif chez les enfants et les adolescents. L'accent devrait porter sur les outils informatisés et les méthodes adaptées aux enfants pour la reconnaissance des émotions et de l'humeur actuelles, et tenir compte des différences liées à la culture et à l'origine ethnique en matière de communication, aux valeurs familiales et à la place de l'enfant ou de l'adolescent au sein de sa famille. [2005]

3. EXPLICATION ET RÉPERCUSSIONS

Pour en savoir plus sur les raisons qui ont justifié les recommandations de 2019 en ce qui concerne le traitement du trouble dépressif léger par le comité *du NICE* et comment elles peuvent influencer la pratique, voir section 3. [EXPLICATION ET RÉPERCUSSIONS](#)

Cette section permet d'expliquer brièvement les raisons pour lesquelles le comité *du NICE* a formulé les recommandations et comment elles peuvent influencer la pratique. Elles visent à apporter des précisions sur les données probantes ainsi qu'une description exhaustive des discussions du comité *du NICE*.

Traitement du trouble dépressif léger

Recommandations [1.5.4 à 1.5.11](#)

Raisons pour lesquelles le comité *du NICE* a formulé les recommandations

Choix des traitements

Afin de s'assurer que les enfants et les adolescents qui présentent un trouble dépressif, de même que *la famille et l'entourage* (selon le cas), reçoivent les meilleurs *soins et services* possibles et qu'ils soient en mesure de participer à la prise de décisions partagées, le comité *du NICE* recommande que les intervenants fournissent des explications sur les différentes traitements, la forme que prend chacune d'entre-elles dans la pratique, de même que les raisons pour lesquelles ces différentes options sont plus susceptibles de correspondre aux besoins, aux préférences et aux valeurs de la personne. La discussion devrait également porter sur les données probantes concernant *les interventions ou les psychothérapies*, en précisant que peu de données probantes ont été publiées au sujet de leur efficacité chez les enfants de 5 à 11 ans.

Le comité *du NICE* reconnaît que des problèmes liés au transport (surtout en milieu rural), une vie familiale désordonnée ou le fait de vivre dans un établissement pour jeunes contrevenants ou dans un centre jeunesse peuvent constituer des obstacles à l'accès *aux soins et services* pour certains enfants et adolescents. Les membres du comité *du NICE* se sont entendus sur le fait qu'en plus des besoins cliniques de l'enfant ou de l'adolescent, les intervenants doivent également tenir compte de ses antécédents personnels et sociaux, de sa situation actuelle, de ses préférences et de ses valeurs, ainsi que du contexte dans lequel *l'intervention ou la psychothérapie* sera mise en œuvre. De plus, il est possible que certains *traitements* ne conviennent pas ou doivent être adaptés pour certains enfants, en particulier ceux qui présentent des comorbidités, un trouble neurodéveloppemental, une déficience intellectuelle ou des besoins particuliers en matière de communication (en raison de la langue ou d'une déficience sensorielle). Afin de s'assurer que le processus décisionnel tient compte de ces facteurs, le comité *du NICE* les a inclus dans l'évaluation complète des besoins.

Traitements pour les enfants de 5 à 11 ans qui présentent un trouble dépressif léger

Les données probantes concernant les traitements chez les enfants de 5 à 11 ans se limitent à *l'intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales en groupe ou la TCC en groupe*, et bien qu'une diminution des symptômes dépressifs ait été constatée à la fin de ce traitement comparativement à l'attente de services (groupe témoin), ce résultat ne se maintenait pas à long terme. Aucune donnée probante n'a été publiée au sujet d'autres paramètres tels que le fonctionnement ou la rémission. Par conséquent, le comité *du NICE* a décidé de recommander, pour les enfants de ce groupe d'âge, les traitements qui se sont avérés efficaces chez les adolescents de 12 à 18 ans, en précisant qu'ils doivent être adaptés à l'âge et au niveau de développement de l'enfant.

Compte tenu des rares données probantes concernant l'efficacité des traitements chez les enfants de 5 à 11 ans qui présentent un trouble dépressif léger, le comité *du NICE* a formulé une recommandation de recherche afin de stimuler la recherche dans ce domaine.

Traitements pour les adolescents de 12 à 18 ans qui présentent un trouble dépressif léger

L'analyse des données probantes chez les adolescents de 12 à 18 ans qui présentent un trouble dépressif léger indique que les *Programmes utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une TCC assistées par les TIC* (en ligne ou par ordinateur), *les traitements en groupe* (les interventions utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou des TCC en groupe, IPT en groupe, le NDST en groupe), *l'intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou la TCC en individuelle* et *la thérapie familiale* réduisent les symptômes dépressifs et améliorent le fonctionnement à la fin du traitement et jusqu'à six mois plus tard comparativement à l'attente de services (groupe témoin ne recevant aucun traitement). Dans certains cas, notamment pour les Programmes utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une TCC assistées par les TIC, les effets favorables se maintenaient plus de six mois, mais l'information sur les effets à long terme n'était pas toujours disponible. Ces programmes étaient également associés à de meilleurs résultats que d'autres psychothérapies ou d'autres interventions en ce qui concerne la diminution des symptômes dépressifs à long terme.

Les membres du comité *du NICE* se sont entendus pour formuler les recommandations concernant les *traitements* en fonction de leur efficacité clinique et de leur coût. Selon les estimations, le coût moyen des programmes assistés par les TIC et *les traitements en groupe* (*intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales en ou TCC en groupe, l'IPT et le NDST en groupe*) était moins élevé que celui de *l'intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou la TCC individuelle* et de *la thérapie familiale*. Compte tenu de l'ampleur de l'effet des traitements, de l'estimation de leur coût et de la dimension de l'ensemble de données probantes disponible au sujet de celles-ci, le comité *du NICE* a convenu que le choix devrait s'effectuer en premier lieu parmi les options suivantes : *Programmes utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une TCC assistées par les TIC, IPT en groupe, NDST en groupe, intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou TCC en groupe*.

Le comité *du NICE* reconnaît toutefois que le programme assisté par les TIC utilisant des techniques d'intervention cognitivo-comportementales ne correspond pas à une notion bien définie et que les données probantes concernant son efficacité proviennent d'études faisant appel à des programmes variés. De plus, un programme assisté par les TIC utilisant des techniques d'intervention cognitivo-comportementales peut comporter du soutien de la part d'un intervenant ou non. Il n'a pas été clairement déterminé si le programme assisté par les TIC utilisant des techniques cognitivo-comportementales était plus efficace lorsqu'il était mis en œuvre avec du soutien ou sans soutien, ni quels étaient les programmes susceptibles de s'avérer les plus efficaces en Angleterre. Par conséquent, le comité *du NICE* a formulé une recommandation de recherche visant à faire la lumière sur la question pour la rédaction de recommandations futures.

L'intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou la TCC individuelle et la thérapie familiale comptaient parmi les options les plus coûteuses. L'effet de *l'intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou la TCC individuelle* sur les symptômes dépressifs était moins important que celui du Programme utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une TCC assistées par les TIC ou *les traitements de groupe* (des interventions utilisant des techniques ou une TCC en groupe, IPT ou NDST en groupe). *L'intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou la TCC individuelle* avait un effet significatif sur le fonctionnement; ce résultat a été signalé dans une seule étude menée auprès d'adolescents qui présentaient un trouble dépressif et une comorbidité. La thérapie

familiale a un effet significatif sur les symptômes dépressifs, mais ce résultat a été obtenu dans une seule étude.

Le comité *du NICE* a reconnu que le Programme utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une TCC assistées par les TIC, l'*intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou la TCC en groupe*, l'*IPT en groupe*, *NDST en groupe* pourraient ne pas convenir à toutes les personnes, et que l'*intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou la TCC individuelle* ou la *thérapie familiale* pourraient être envisagées lorsque c'est le cas. Le comité *du NICE* mentionne précisément la *thérapie familiale basée sur l'attachement ou systémique* dans ses recommandations, car il s'agit du type d'intervention familiale utilisé dans le cadre de l'étude.

Le comité *du NICE* a convenu de ne pas recommander la NDST ni les autosoins dirigés pour les raisons suivantes :

- L'efficacité de la NDST n'était pas supérieure à celle du traitement de référence en ce qui concerne la réduction des symptômes dépressifs à la fin du traitement ou après un suivi de six mois, et aucune donnée probante ne porte sur le fonctionnement ou la rémission.
- Bien que les autosoins dirigés aient donné lieu à une diminution des symptômes dépressifs à la fin de cette intervention comparativement à l'attente de services (groupe témoin ne recevant aucun traitement), ce résultat ne se maintenait pas lors des évaluations ultérieures. De plus, comparativement aux *traitements* en groupe recommandés (*intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou TCC en groupe*, l'*IPT en groupe*, *NDST en groupe*), aux programmes utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une TCC assistées par les TIC, à la *intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une TCC individuelle* ou à la *thérapie familiale*, l'efficacité des autosoins dirigés n'était pas supérieure en ce qui concerne la diminution des symptômes dépressifs à la fin du traitement; lors des évaluations ultérieures, l'efficacité des autosoins dirigés était inférieure ou non supérieure.

Le comité *du NICE* a formulé une recommandation de recherche visant à évaluer l'efficacité de l'activation comportementale comparativement *aux autres traitements*. Le comité *du NICE* reconnaît que l'activation comportementale pourrait répondre aux besoins de certains enfants et adolescents qui présentent un trouble dépressif à qui les *traitements* recommandés ne conviennent pas, soit particulièrement les enfants et les adolescents ayant de la difficulté avec les concepts relevant de l' *intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou de la TCC individuelle* et ceux qui présentent une déficience intellectuelle ou un trouble neurodéveloppemental. Les seules données concernant l'activation comportementale provenaient d'une étude de petite taille (60 participants) qui n'a permis d'observer aucune différence entre l'activation comportementale et les *soins et services* habituels, mais ce résultat pourrait être dû à la faible puissance de l'étude.

Le comité *du NICE* a également formulé une recommandation de recherche concernant l'intervention en groupe basée sur la pleine conscience, car bien que cette intervention se soit avérée plus efficace que l'attente de services (groupe témoin ne recevant aucun traitement) sur le plan de la réduction des symptômes dépressifs après le traitement et lors d'un suivi après six mois, ces données proviennent d'une seule étude de faible puissance et n'incluent pas d'autres paramètres clés tels que le fonctionnement ou les résultats à plus long terme.

Répercussions possibles des recommandations sur la pratique

Les recommandations concernant les programmes utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une TCC assistées ou les *traitements en groupe (intervention utilisant des*

techniques cognitivo-comportementales ou TCC en groupe, l'IPT en groupe et le NDST en groupe) chez les enfants et les adolescents qui présentent un trouble dépressif léger sont peu susceptibles d'accroître l'utilisation des ressources. Elles pourraient même avoir pour effet de réduire l'utilisation des ressources en diminuant le besoin de recourir à des interventions individuelles intensives. La NDST et les autosoins dirigés ne sont plus recommandés, mais l'incidence nette de ce changement sur les ressources n'est pas tout à fait claire.

Pour l'information complète sur la revue des données probantes et les discussions du comité *du NICE*, se reporter au document à cet effet⁷⁵ (en anglais seulement).

Traitement du trouble dépressif moyen ou grave

Recommandations [1.6.1 à 1.6.6](#)

Raisons pour lesquelles le comité *du NICE* a formulé les recommandations

Choix des traitements

Comme dans le cas du trouble dépressif léger, les membres du comité *du NICE* se sont entendus sur le fait que les enfants et les adolescents, de même que *de la famille et l'entourage*, devraient se voir donner les moyens de participer à la prise de décisions partagées. Les intervenants devraient également envisager des facteurs clés tels que la présence de comorbidités de même que les antécédents, la situation particulière, la maturité et le niveau de développement de la personne.

Traitements pour les enfants de 5 à 11 ans qui présentent un trouble dépressif moyen ou grave

Il existe quelques données probantes basées sur un très petit nombre d'études concernant les *traitements* à offrir aux enfants de 5 à 11 ans qui présentent un trouble dépressif moyen ou grave. Le comité *du NICE* a convenu que l'enfant ou l'adolescent ainsi que *la famille et l'entourage* doivent être informés de cet aspect lors de la prise de décisions concernant le traitement.

L'analyse des données probantes portant sur les enfants de 5 à 11 ans qui présentent un trouble dépressif moyen ou grave indique que l'efficacité du FB-IPT et de la *thérapie familiale* était supérieure à *l'intervention utilisant des techniques ou la psychothérapie psychodynamique* pour ce qui est de la diminution des symptômes dépressifs à la fin du traitement. Les résultats associés à *l'intervention utilisant des techniques ou la psychothérapie psychodynamique* étaient toutefois supérieurs à ceux de la *thérapie familiale* pour le maintien de la rémission après six mois. Il convient toutefois de noter que les rares données à ce sujet (trois études) n'incluaient aucune comparaison avec une intervention de référence (groupe témoin). Dans le cadre d'autres études comportant une évaluation comparative, aucun traitement ne s'est avéré supérieur au traitement de référence sur le plan de la réduction des symptômes dépressifs à la fin du traitement ou lors d'évaluations ultérieures.

Malgré le peu de données probantes portant sur les enfants de 5 à 11 ans, le comité *du NICE* a reconnu qu'il était important de disposer de *traitements* pour ces jeunes enfants. Le comité *du NICE* a convenu de recommander *des interventions ou des psychothérapies* s'appuyant sur certaines données probantes (*thérapie familiale*, la FB-IPT et *l'intervention utilisant des techniques ou la psychothérapie psychodynamique*) et de préciser les types d'intervention familiale utilisées dans les études (*traitement de la dépression chez l'enfant basé sur l'approche familiale (FFT-CD) et traitement global de la famille et des systèmes*). Le comité *du NICE* a

⁷⁵ NICE (2019). Psychological interventions for the treatment of depression. (NICE guideline NG134). <https://www.nice.org.uk/guidance/ng134/evidence/evidence-review-a-psychological-interventions-for-the-treatment-of-depression-pdf-6834544094>

également inclus l'intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou une TCC individuelle dans les recommandations, car il s'agit du traitement le plus efficace chez les adolescents de 12 à 18 ans qui présentent un trouble dépressif moyen ou grave, et que les enfants ayant plus de maturité sont susceptibles de bénéficier de ce traitement.

Comme les données probantes sur les *traitements* efficaces chez les enfants de 5 à 11 ans qui présentent un trouble dépressif sont rares, le comité *du NICE* a formulé une recommandation de recherche afin d'étoffer les connaissances dans ce domaine en vue de recommandations futures.

Traitements pour les adolescents de 12 à 18 ans qui présentent un trouble dépressif moyen ou grave

L'analyse d'un ensemble considérable de données probantes portant sur des adolescents de 12 à 18 ans qui présentent un trouble dépressif moyen ou grave indique que l'intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou TCC individuelle était supérieure à l'attente de services (aucun traitement) ou les *soins et services* habituels en ce qui concerne la diminution des symptômes dépressifs et des idées suicidaires, de même que l'amélioration du fonctionnement et de la qualité de vie. Les résultats observés avec l'intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou TCC individuelle étaient également supérieurs à ceux obtenus chez le groupe témoin faisant l'objet d'un suivi sans intervention et chez ceux faisant l'objet d'autres interventions (par exemple la *thérapie familiale*) en ce qui concerne la rémission à la fin du traitement. Compte tenu de l'ampleur de l'effet du traitement, du nombre de résultats en indiquant la supériorité et de la puissance de l'ensemble des données probantes, le comité *du NICE* s'est entendu pour recommander l'intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou TCC individuelle comme traitement de première intention chez les adolescents qui présentent un trouble dépressif moyen ou grave.

Le comité *du NICE* a toutefois reconnu qu'il était possible que l'intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou TCC individuelle ne convienne pas ou ne réponde pas aux besoins de tous les adolescents qui présentent un trouble dépressif moyen ou grave, c'est pourquoi le comité *du NICE* a convenu que d'autres *traitements* (IAPT-A, *thérapie familiale*, intervention psychosociale brève et *l'intervention utilisant des techniques ou la psychothérapie psychodynamique*) peuvent être envisagées en deuxième intention, car bien que les conclusions à leur égard soient moins solides, certaines données en appuient l'utilisation.

L'*IPT-A* et la *thérapie familiale* ont toutes deux été associées à une amélioration du fonctionnement et à une diminution des symptômes dépressifs à la fin du traitement comparativement à l'attente de services (aucun traitement) ou aux *soins et services* habituels (quatre études pour chacune des interventions). Les résultats obtenus avec la *thérapie familiale* étaient également supérieurs à ceux observés chez le groupe témoin faisant l'objet d'un suivi sans intervention en ce qui concerne l'atteinte de la rémission à la fin du traitement.

L'essai IMPACT n'a permis de déceler aucune différence entre l'intervention psychosociale brève, *l'intervention utilisant des techniques ou la psychothérapie psychodynamique* et *l'intervention utilisant des techniques cognitivo comportementale ou la TCC en individuelle* relativement à différents paramètres et à différents moments du suivi chez les adolescents de 12 à 18 ans qui présentent un trouble dépressif moyen ou grave. Le comité *du NICE* a convenu que l'intervention psychosociale brève pouvait être une option envisagée dans les cas où l'intervention utilisant des *techniques cognitivo comportementale* ou la TCC en individuelle ne convient pas. Le comité *du NICE* a toutefois reconnu qu'il serait utile de poursuivre la recherche afin de déterminer l'efficacité de l'intervention psychosociale brève lorsqu'elle est menée par des intervenants moins spécialisés ou expérimentés, ou encore dans d'autres contextes, par exemple dans le cadre des services de première ligne.

Intervention utilisant des techniques ou la psychothérapie psychodynamique a donné lieu à des résultats supérieurs au suivi sans intervention (groupe témoin), à la *thérapie familiale* et à la relaxation en ce qui concerne la rémission à la fin du traitement. Toutefois, aucune donnée ne portait sur le fonctionnement, et l'efficacité de *l'intervention utilisant des techniques* ou la psychothérapie psychodynamique n'était pas supérieure à celle des traitements de référence en ce qui concerne l'atténuation des symptômes dépressifs ou l'amélioration de la qualité de vie après le traitement. Les données utilisées aux fins de cette analyse provenaient de l'essai IMPACT, qui n'a permis de déceler aucune différence entre *l'intervention utilisant des techniques* ou la psychothérapie psychodynamique et *l'intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales* ou la TCC individuelle pour différents paramètres d'efficacité et à différents moments du suivi. Un autre essai portant sur ce traitement comptait des participants appartenant aux deux groupes d'âge; cet essai a été inclus à l'analyse des données probantes concernant les enfants de 5 à 11 ans. Le comité *du NICE* a décidé de ne pas recommander *l'intervention utilisant des techniques* ou la psychothérapie psychodynamique à titre de traitement de première intention, car elle n'était pas associée à des résultats supérieurs aux traitements de référence pour ce qui est de la réduction des symptômes dépressifs à la fin du traitement et parce que seulement deux études ont évalué ce traitement.

Le comité *du NICE* a constaté que les études portant sur la *thérapie familiale*, l'IPT-A et *l'intervention utilisant des techniques* ou la psychothérapie psychodynamique étaient moins nombreuses que celles menées au sujet de *l'intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales* ou la TCC en individuelle. De plus, les études disponibles ne comportaient pas de données sur le suivi à long terme ou sur un éventail complet de paramètres d'évaluation pertinents. Le comité *du NICE* souhaitant disposer de plus de données appuyant l'utilisation de ces traitements chez les adolescents qui présentent un trouble dépressif moyen ou grave, il a formulé une recommandation de recherche afin d'évaluer l'efficacité relative des unes par rapport aux autres et comparativement à *l'intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales* ou la TCC en individuelle.

Le comité *du NICE* a convenu que l'activation comportementale pourrait répondre aux besoins particuliers de certains enfants et de certains adolescents qui présentent un trouble dépressif. L'intervention pourrait notamment convenir aux enfants et aux adolescents susceptibles d'avoir de la difficulté avec les concepts relevant de *l'intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales* ou la TCC en individuelle et à ceux qui présentent une déficience intellectuelle ou un trouble neurodéveloppemental. Le comité *du NICE* a formulé une recommandation de recherche visant à en apprendre davantage sur ce domaine afin d'orienter la pratique à l'avenir.

Répercussions possibles des recommandations sur la pratique

L'intervention utilisant des techniques cognitivo-comportementales ou la TCC en individuelle, la *thérapie familiale*, *l'intervention utilisant des techniques* ou la psychothérapie psychodynamique et l'IPT-A sont déjà couramment utilisées. Par conséquent, les recommandations sont peu susceptibles de modifier l'utilisation des ressources. L'intervention psychosociale brève n'est pas couramment offerte dans le cadre de la pratique actuelle. L'adoption de cette intervention, bien qu'elle représente un changement en matière de pratique, pourrait avoir pour effet global de réduire l'utilisation des ressources en raison de son intensité qui est inférieure à celle d'autres traitements individuels.

Pour l'information complète sur la revue des données probantes et les discussions du comité *du NICE*, se reporter au document prévu à cet effet⁷⁶.

⁷⁶ NICE (2019). Psychological interventions for the treatment of depression (NICE guideline NG134) : <https://www.nice.org.uk/guidance/ng134/evidence/evidence-review-a-psychological-interventions-for-the-treatment-of-depression-pdf-6834544094>

4. CONTEXTE

Le présent guide de pratique traite du repérage, de l'orientation et du traitement du trouble dépressif chez les enfants (de 5 à 11 ans) et les adolescents (de 12 à 18 ans). Le trouble dépressif est un trouble mental de large portée qui se manifeste par différents symptômes, selon les personnes. Toutefois, l'humeur dépressive ou la perte d'intérêt et du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités sont les principaux signes d'un trouble dépressif. Les symptômes dépressifs sont souvent accompagnés de symptômes d'anxiété, mais ils peuvent aussi se manifester seuls.

Le guide original se base sur la Classification internationale des maladies (CIM) alors que le présent guide réfère au DSM 5, classification la plus utilisée au Québec au moment de la révision en novembre 2021.

Le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux – 5^e édition (DSM-5)*⁷⁷ utilise une liste convenue de 9 symptômes dépressifs et établit une classification du trouble dépressif (seuil diagnostique de 5 symptômes dépressifs sur 9). Pour conclure à la présence d'un trouble dépressif, les symptômes doivent être présents pendant au moins 2 semaines. Chaque symptôme doit être présent la plus grande partie de la journée et induire une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants tels que la vie scolaire. L'épisode ne doit pas être imputable aux effets physiologiques d'une substance ou à une autre affection médicale, ni être mieux expliqué par un trouble schizoaffectif, une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant ou d'autres troubles spécifiés ou non spécifiés du spectre de la schizophrénie, ou d'autres troubles psychotiques.

Aux fins du présent guide de pratique, les orientations et les traitements du trouble dépressif a été segmentée en fonction des catégories suivantes, *selon les définitions du DSM-5, dont la gravité repose sur le nombre de critères, la gravité des symptômes et le degré de l'altération du fonctionnement* :

- Trouble dépressif léger;
- Trouble dépressif moyen;
- Trouble dépressif grave;
- Trouble dépressif avec caractéristiques psychotiques.

Il est peu probable d'être en mesure de déterminer la gravité d'un trouble dépressif d'après un simple inventaire des symptômes ou en une seule visite. Un enfant ou un adolescent peut se présenter au départ pour des symptômes psychosomatiques, et il se peut que plus d'une rencontre avec celui-ci ou *de la famille et de l'entourage*, s'il y a lieu, soit nécessaire afin d'établir un lien de confiance. En plus de l'inventaire des symptômes, l'incapacité qui en résulte, la situation familiale et les antécédents sont des éléments importants qui aident à préciser la gravité du trouble dépressif, c'est pourquoi il est important d'apprécier le fonctionnement de l'enfant ou de l'adolescent dans différents contextes (par exemple, à l'école ou dans le cadre de ses interactions avec des pairs ou avec sa famille) et de poser des questions sur des symptômes dépressifs précis.

NOTE : *Le paragraphe qui traitait de l'organisation et du financement des services en Angleterre et qui ne s'appliquait pas au contexte québécois ont été retiré du présent guide.*

⁷⁷ American Psychiatric Association (APA) (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5) (5e Éd.). Washington, D.C., É.-U.: American Psychiatric Association Publishing. 991 pages.

Protection des enfants

Gardez toujours en tête que la maltraitance à l'égard des enfants :

- Est un phénomène courant;
- Peut être repérée n'importe où au sein du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS), entre autres à l'urgence, dans le contexte des services de première ligne, lors de visites à domicile *ou au sein de ses partenaires, qu'ils soient du secteur public, privé ou communautaire (ex : GMF, scolaire, dépendance, etc.) susceptibles d'intervenir ou de recevoir dans leurs services des enfants et des adolescents âgés de 5 à 18 ans.*

Faites preuve de vigilance ou envisagez la possibilité que les mauvais traitements soient la cause des symptômes ou des signes de trouble dépressif chez un enfant, ou un facteur y contribuant. Les mauvais traitements et le trouble dépressif peuvent coexister. *Toute personne qui a un motif raisonnable de croire que la sécurité ou le développement d'un enfant est considéré comme compromis au sens de la [Loi sur la protection de la jeunesse](#) doit signaler sans délai la situation au directeur de la protection de la jeunesse.*

Au besoin, consultez le document : [Vers une meilleure intégration des services pour les jeunes en difficulté et leur famille – Orientations ministérielles relatives au programme-services destiné aux jeunes en difficulté 2017-2022 – Publications du ministère de la Santé et des Services sociaux.](#)

5. INFORMATION SUPPLÉMENTAIRE SUR LE PRÉSENT GUIDE

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

Des renseignements supplémentaires sur la conception du guide de pratique clinique du NICE, le détail des articles scientifiques consultés, les discussions du comité du développement du guide de pratique ainsi que le guide de pratique clinique complet, sont disponibles sur le site Web du NICE⁷⁸. Notez que cette section n'a pas été traduite en français ni contextualisée au Québec.

5.1. GUIDE DE PRATIQUE COMPLET

Le guide de pratique complet⁷⁹ fournit les détails concernant les méthodes et les données utilisées pour élaborer le guide de pratique. Ce document est une publication du National Collaborating Centre for Mental Health et n'a pas été traduit ni contextualisé au Québec.

5.2. 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, 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. Composé 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.

5.3. GUIDE SCHÉMATISÉS

Les guides de pratique schématisés sont des outils interactifs Web qui permettent un accès rapide aux différentes recommandations des guides de pratique du PQPTM. Ils constituent une source d'information importante, permettant de naviguer au 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 NICE.

5.4. MISE À JOUR DU GUIDE DE PRATIQUE

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

⁷⁸ NICE (2019). Depression in children and young people: identification and management (NICE guideline NG134) : <https://www.nice.org.uk/guidance/ng134>

⁷⁹ Idem

Information sur la mise à jour du guide de pratique clinique original du NICE

Juin 2019 : L'équipe du NICE a passé en revue les données probantes et formulé de nouvelles recommandations au sujet des interventions ou des psychothérapies chez les enfants et les adolescents qui présentent un trouble dépressif. Ces recommandations sont identifiées par la marque [2019].

Les marques [2005] et [2015] indiquent que les données concernant ces recommandations ont été passées en revue en 2005 ou en 2015. Dans certains cas, des modifications mineures ont été apportées à la formulation des recommandations afin d'en moderniser la terminologie ou le style, sans toutefois en modifier le sens.

Septembre 2017 : La recommandation 1.1.29 a été mise à jour afin de préciser la formation requise chez les intervenants. La recommandation 1.4.1 a été mise à jour afin de supprimer la référence à un questionnaire privilégié, ce qui ne s'avère plus pertinent.

Mars 2015 : L'équipe du NICE a passé en revue les données probantes et formulé de nouvelles recommandations au sujet du traitement combiné chez les enfants et les adolescents qui présentent un trouble dépressif. Ces recommandations sont identifiées par la marque [2015].

ISBN : 978-1-4731-1041-0

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.*

Activation comportementale

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

Adolescent

Personne âgée de 12 à 18 ans.

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'instruments.⁸⁰ »

Appréciation du profil de risque

L'appréciation est la prise en considération des indicateurs (symptômes, manifestations cliniques, difficultés ou autres) obtenus à l'aide d'observations cliniques, de tests ou d'instruments. L'appréciation du profil de risque réfère spécifiquement à l'estimation et à l'analyse structurée de la présence, dans le milieu et les antécédents d'un enfant ou d'un adolescent, des facteurs connus pour augmenter le risque de trouble dépressif.

Autosoins dirigés

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

Autosoins non dirigés

Dans le présent guide de pratique, les autosoins non dirigés (aussi appelés autosoins purs ou bibliothérapie) comportent l'utilisation de matériel écrit, électronique ou faisant appel aux technologies de l'information et des communications qui s'appuient sur les principes issus des modèles théoriques cognitivo-comportementaux. Ils sont également adaptés au niveau de lecture de la personne. Ils se caractérisent généralement par un minimum d'interventions avec un intervenant (par exemple, des entretiens téléphoniques occasionnels de 5 minutes ou moins) et des consignes afin que la personne utilisatrice de services puisse travailler de façon autonome et systématique à l'aide du matériel proposé pendant au moins 6 semaines.

Communauté culturelle

Groupes sociaux étendus, issus des diverses nationalités d'immigration et des nations autochtones, et constituant des volets de la diversité culturelle irriguant les circuits de diffusion et d'échange dans la société québécoise⁸¹.

Dysphorie

État émotionnel se caractérisant par le malaise ou le mal-être, ou des symptômes anxieux ou dépressifs.

Dysthymie

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

Dans ce guide, le PQPTM fait toutefois référence à la version française du DSM5, classification la plus utilisée au Québec, dans laquelle l'appellation utilisée est le trouble dépressif persistant (dysthymie)⁸².

Éducation psychologique

Dans le cadre du PQPTM, «L'éducation psychologique qui vise un apprentissage par l'information et l'éducation de la personne. Elle peut être utilisée à toutes les étapes du processus de soins et de services. Il s'agit de l'enseignement de connaissances et d'habiletés spécifiques visant à maintenir et à améliorer l'autonomie ou la santé de la personne, notamment à prévenir l'apparition de problèmes de santé ou sociaux incluant les troubles mentaux ou la détérioration de l'état mental. L'enseignement peut porter par exemple sur la nature de la maladie physique ou mentale, ses manifestations, ses traitements y incluant le rôle que peut jouer la personne dans le maintien ou le rétablissement de sa santé et aussi sur des techniques de gestion de stress, de relaxation ou d'affirmation de soi.»⁸³

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

Électroconvulsivothérapie

Intervention thérapeutique consistant à faire passer un bref courant électrique à travers le cerveau de façon à produire des convulsions. Cette méthode est utilisée dans le traitement des symptômes de trouble dépressif grave ou afin d'atténuer le trouble dépressif qui résiste à d'autres formes de traitement. Cette intervention est parfois aussi appelée thérapie électroconvulsive ou électrochocs.

⁸¹ Gouvernement du Québec (2021). Thésaurus de l'activité gouvernementale : Fiche du terme : Communauté culturelle. Au : <http://www.thesaurus.gouv.qc.ca/tag/terme.do?id=2891>

⁸² American Psychiatric Association (APA) (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5) (5e Éd.). Washington, D.C., É.-U.: American Psychiatric Association Publishing. 991 pages.

⁸³ Règlement sur le permis de psychothérapeute, (art., 6. C-26, r. 222.1. Consulté au : <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cr/C-26,%20r.%20222.1%20/>

Enfant

Personne âgée de 5 à 11 ans. Toutefois, dans ce guide, les recommandations spécifiques aux enfants concernant les traitements médicamenteux ne s'appliquent qu'aux enfants de 6 à 11 ans.

Évaluation

Dans le cadre du PQPTM, « L'évaluation implique de porter un jugement clinique sur la situation d'une personne à partir des informations dont le professionnel dispose et de communiquer les conclusions de ce jugement. Les professionnels procèdent à des évaluations dans le cadre de leur champ d'exercice respectif. Les évaluations qui sont réservées ne peuvent être effectuées que par les professionnels habilités.⁸⁴ »

Évaluation de la sévérité des troubles mentaux fréquents

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

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

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

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

Évaluer le trouble mental

Vise à confirmer ou non la présence d'un trouble mental, c'est-à-dire de se prononcer sur la nature des « affections cliniquement significatives qui se caractérisent par le changement du mode de pensée, de l'humeur (affects), du comportement associé à une détresse psychique et/ou à une altération des fonctions mentales⁸⁵. »

Équipe multidisciplinaire

Aux fins du présent guide de pratique, ce terme désigne les intervenants participant aux *soins et aux services* offerts aux enfants ou aux adolescents dans le cadre d'un partenariat entre les différents paliers de services. Le guide inclut les intervenants des services de santé et de services sociaux, ceux du secteur de l'éducation et du secteur médical ainsi que d'autres partenaires impliqués auprès du jeune et de *la famille et de l'entourage*, qu'ils soient du secteur public, privé ou communautaire.

Famille et de l'entourage

Dans le cadre du PQPTM, ce terme inclut les parents, les membres de la fratrie, les familles d'accueil, les conjoints, les enfants, les amis ou toute autre personne intéressée par le processus de rétablissement d'un proche et pour lequel la personne utilisatrice a donné son consentement.

⁸⁴ 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. Consulté en ligne au :

<https://www.opq.gouv.qc.ca/santementalere RelationsHumaines/domaine-de-la-sante-mentale-et-des-relations-humaines-projet-de-loi-21/guide-explicatif>

⁸⁵ Idem

Son utilisation inclut également le titulaire de l'autorité parentale et le représentant légal, le cas échéant.

Intervenant

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

Intervention

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

Intervention psychosociale brève

Dans le présent guide de pratique, l'intervention psychosociale brève correspond à la méthode mise en application dans le cadre de l'étude IMPACT⁸⁶. Les principaux éléments de l'intervention psychosociale brève incluent :

- *L'éducation psychologique au sujet du trouble dépressif et activités interpersonnelles orientées sur l'action et sur l'atteinte d'un objectif à titre de stratégies thérapeutiques;*
- *L'acquisition de saines habitudes;*
- *La planification d'activités appréciées;*
- *Des conseils sur le maintien et l'acquisition de pratiques favorisant l'hygiène mentale et physique, notamment en ce qui concerne le sommeil, l'alimentation et l'activité physique;*
- *Des démarches visant à inciter la personne à s'investir dans les études et les relations interpersonnelles, ou à les poursuivre, de façon à briser l'isolement.*

L'intervention psychosociale brève ne fait pas appel aux techniques cognitives ou d'analyse réflexive.

Interventions utilisant des techniques cognitivo-comportementales

Dans le cadre du PQPTM, réfère à des interventions qui s'apparentent à la psychothérapie, mais qui n'en sont pas, lesquelles il est possible d'utiliser des techniques cognitivo-comportementales mais qui ne correspondent pas à la psychothérapie telle que définie dans la loi.⁸⁷

Interventions utilisant des techniques cognitivo-comportementales

Dans le cadre du PQPTM, réfère à des interventions qui s'apparentent à la psychothérapie, mais qui n'en sont pas, lesquelles il est possible d'utiliser des techniques cognitivo-comportementales mais qui ne correspondent pas à la psychothérapie telle que définie dans la loi.⁸⁸

Jeune

Le terme jeunes, dans la littérature, peut faire référence à des personnes de 25 ans et moins⁸⁹. Dans le cadre de ce document, afin d'être conforme aux divers documents ministériels concernant

⁸⁷ Code des professions, L.R.Q., c. C-26. Consulter au : <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showDoc/cs/C-26?&digest=>

⁸⁸ Code des professions, L.R.Q., c. C-26. Consulter au : <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showDoc/cs/C-26?&digest=>

⁸⁹ Centre d'observation de la société (2021, 25 janvier). Définition du mot jeunes.
<http://www.observationsociete.fr/definitions/jeunes.html>

les soins et services des enfants et adolescents, le terme jeunes fera référence aux enfants ou adolescents de 5 à 17 ans.

Mesure clinique

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

Mesure clinique en continu

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

Milieu scolaire

Dans ce guide, l'utilisation de ce terme inclut la formation générale, la formation professionnelle, la formation offerte aux jeunes dans les écoles pour adultes et celle offerte en milieu spécialisé.

Modèle de soins par étape

Ce modèle précise les soins et services recommandés les moins intrusifs et les plus efficaces, selon une gradation et en fonction des caractéristiques présentées par la personne. Les traitements proposés dépendent de la gravité, de la persistance des symptômes, de l'altération du fonctionnement, de la complexité de la situation clinique et de la réponse au traitement offert.

Les soins par étapes ne représentent pas un cheminement clinique linéaire, ce qui signifie qu'une personne n'a pas à passer par l'ensemble des étapes afin de bénéficier des soins et services dont elle a besoin.

Partenaire

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

Professionnel

Dans le cadre du PQPTM, le terme professionnel désigne toute personne qui est titulaire d'un permis délivré par un ordre professionnel et qui est inscrite au tableau de ce dernier, y compris les médecins.⁹⁰

Professionnel dûment habilité

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

Professionnel autorisé à prescrire

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

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

Dans ce guide de pratique, elle réfère à une intervention faisant appel aux techniques cognitivo-comportementales et exécutée au moyen d'un programme informatique sur ordinateur autonome ou en ligne. Le programme devrait comprendre des explications sur le modèle cognitivo-comportemental, inciter l'utilisateur à accomplir des tâches entre les séances, et l'amener à

⁹⁰ Idem

réfléchir à ses comportements, à ses schèmes de pensée et à leur résultat, ainsi qu'à exercer une surveillance active de ces aspects. L'intervention devrait comprendre le soutien d'un intervenant ayant reçu une formation pertinente, qui se limite généralement à de l'assistance pour l'utilisation du programme ainsi qu'à un suivi des progrès et des résultats. L'intervention se déroule habituellement en 9 à 12 semaines, ce qui comprend le suivi.

Psychothérapie

«La psychothérapie est un traitement psychologique pour un trouble mental, pour des perturbations comportementales ou pour tout autre problème entraînant une souffrance ou une détresse psychologique qui a pour but de favoriser chez le client des changements significatifs dans son fonctionnement cognitif, émotionnel ou comportemental, dans son système interpersonnel, dans sa personnalité ou dans son état de santé. Ce traitement va au-delà d'une aide visant à faire face aux difficultés courantes ou d'un rapport de conseils ou de soutien⁹¹ »

Psychothérapie

«La psychothérapie est un traitement psychologique pour un trouble mental, pour des perturbations comportementales ou pour tout autre problème entraînant une souffrance ou une détresse psychologique qui a pour but de favoriser chez le client des changements significatifs dans son fonctionnement cognitif, émotionnel ou comportemental, dans son système interpersonnel, dans sa personnalité ou dans son état de santé. Ce traitement va au-delà d'une aide visant à faire face aux difficultés courantes ou d'un rapport de conseils ou de soutien⁹² »

Psychothérapie cognitivo-comportementale

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

Rechute

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

Rémission

Dans ce guide, il s'agit de la diminution (moins de deux symptômes) ou de la disparition *complète* des symptômes et d'un fonctionnement normal pendant au moins huit semaines, et ce, selon le contexte.

Repérage

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

⁹¹ Code des professions, art. 187.1 (L.R.Q., c. C-26.) Consulter au : <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showDoc/cs/C-26?&digest=>

⁹² Code des professions, art. 187.1 (L.R.Q., c. C-26.) Consulter au : <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showDoc/cs/C-26?&digest=>

Soins et Services

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

Services de première ligne

Dans ce guide, cette appellation désigne les services de soins primaires fournis par différents intervenants dans la communauté et constitue le premier niveau d'accès dans le réseau de la santé et des services sociaux. Ces services peuvent s'adresser à la population en générale, tel que les services sociaux généraux ou s'adresser à des services spécifiques tels que la déficience physique, intellectuelle et du TSA, la dépendance, etc.⁹³

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

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

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

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

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, des membres 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 services⁹⁴. »

⁹³ Ministère de la Santé et des Services sociaux (2004). L'architecture des services de santé et des services sociaux : Les programmes-services et les programmes-soutien. Consulté au : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2004/04-710-01.pdf>

⁹⁴ Ministère de la Santé et des Services sociaux (2015). Plan d'action en santé mentale 2015-2020 : faire ensemble et autrement. Consulté en ligne à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-914-04W.pdf>

Surveillance active

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

Trajectoire de services

Les trajectoires de services décrivent le cheminement clinique le plus efficace et le plus efficient permettant aux personnes d'avoir accès rapidement aux services dont elles ont besoin d'une manière coordonnée. Les trajectoires doivent respecter les standards d'accès et de continuité.⁹⁵

Traitement

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

Trouble de l'usage d'une substance

Dans le cadre du PQPTM, il désigne un état se caractérisant par un ensemble de symptômes cognitifs, comportementaux et physiologiques indiquant que le sujet continue à consommer une substance malgré des problèmes significatifs qui en découlent⁹⁶.

⁹⁵ Ministère de la santé et des services sociaux (2008). Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience : Afin de faire mieux ensemble. Consulté au : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2008/08-848-01.pdf>

⁹⁶ American Psychiatric Association (APA) (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5) (5e Éd.). Washington, D.C., É.-U.: American Psychiatric Association Publishing. 991 pages.

ANNEXE 2 : FORCE DES RECOMMANDATIONS

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

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

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

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

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

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

Les services auxquels on peut avoir recours

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

Formulation des recommandations dans la mise à jour des guides de pratique

Le NICE a commencé à utiliser cette approche afin de refléter la force des recommandations dans les guides de pratique dont l'élaboration a été entreprise après la publication de la version de 2009 du manuel sur la rédaction des guides de pratique (janvier 2009). Ces précisions ne s'appliquent pas aux recommandations marquées [2005] ou [2015]. Plus particulièrement, le verbe « envisagez » ne reflète pas nécessairement la force des recommandations dans les énoncés portant les marques [2005] ou [2015].

