

**Normes
de qualité**

La dépression clinique

Soins aux adultes et aux adolescents

Sommaire

La présente norme de qualité porte sur les soins destinés aux personnes qui souffrent de dépression clinique. Elle s'applique aux adultes et adolescents qui affichent des signes de dépression clinique et tient compte de tous les milieux de soins. Elle ne concerne ni les femmes qui souffrent de dépression post-partum ni les jeunes enfants.

À propos de nos normes de qualité

Qualité des services de santé Ontario, en collaboration avec des experts cliniques, des patients, des résidents et du personnel soignant de la province, crée des normes de qualité pour l'Ontario.

Les normes de qualité sont des ensembles concis d'énoncés élaborés pour :

- aider les patients, les résidents, les familles et le personnel soignant à savoir quelles questions poser en lien avec leurs soins;
- aider les professionnels en santé à connaître les soins qu'ils doivent fournir, en se fondant sur les meilleures données probantes et le consensus d'experts;
- aider les organisations en santé à mesurer, à évaluer et à améliorer leur performance en matière de soins aux patients.

Les recommandations de la présente norme de qualité ne remplacent pas la responsabilité des professionnels en santé de prendre des décisions quant à leurs patients après avoir considéré les circonstances uniques de chacun d'entre eux.

Table des matières

Comment utiliser les normes de qualité	2
À propos de Qualité des services de santé Ontario	3
À propos de cette norme de qualité	4
Portée	4
Pourquoi cette norme est-elle nécessaire?	4
Principes sous-jacents	4
Comment nous mesurerons notre succès	5
Énoncés de qualité en bref	6
Énoncé de qualité 1 : Évaluation complète	8
Énoncé de qualité 2 : Évaluation du risque suicidaire et intervention	11
Énoncé de qualité 3 : Prise de décision partagée	13
Énoncé de qualité 4 : Traitement après le diagnostic initial	16
Énoncé de qualité 5 : Thérapies complémentaires et autogestion	19
Énoncé de qualité 6 : Observer l'adhésion et la réponse au traitement	21
Énoncé de qualité 7 : Optimiser, modifier ou ajouter des thérapies	23
Énoncé de qualité 8 : Poursuivre le traitement aux antidépresseurs	26
Énoncé de qualité 9 : Thérapie par électrochocs	29
Énoncé de qualité 10 : Évaluation et traitement en cas d'épisodes récurrents	32
Énoncé de qualité 11 : Sensibilisation et soutien	34
Énoncé de qualité 12 : Transitions en matière de soins	36
Énoncé de pratique émergente : Interventions non pharmacologiques	39
Remerciements	40
Références	42

Comment utiliser les normes de qualité

Les normes de qualité informent les cliniciens et les organisations sur ce que doivent être des soins de haute qualité. Elles sont fondées sur les meilleures données probantes offertes.

Elles comprennent également des indicateurs pour aider les cliniciens et les organisations à évaluer la qualité des soins qu'ils offrent et à trouver les écarts et les occasions d'amélioration. Ces indicateurs évaluent la structure, les processus et les résultats.

De plus, des outils et des ressources appuyant les cliniciens et les organisations dans leurs efforts d'amélioration de la qualité accompagnent chaque norme.

Pour obtenir de plus amples renseignements sur l'utilisation des normes de qualité, envoyez un courriel à l'adresse qualitystandards@hqontario.ca.

À propos de Qualité des services de santé Ontario

Qualité des services de santé Ontario est le conseiller de la province en matière de qualité des soins de santé. Nous sommes motivés par un seul et unique objectif : améliorer la santé de tous les Ontariens et Ontariennes.

Qui sommes-nous?

Nous sommes un groupe de personnes démontrant une rigueur scientifique et ayant de l'expertise dans divers domaines. Nous nous efforçons de faire preuve d'une objectivité complète et de tout examiner à partir d'un poste d'observation nous permettant de voir la forêt et les arbres. Nous travaillons en partenariat avec les organismes et les fournisseurs de soins de santé à l'échelle du système, et nous faisons participer les patients eux-mêmes, afin de contribuer à apporter des changements importants et durables au système de santé complexe de la province.

Que faisons-nous?

Nous définissons la qualité dans le contexte des soins de santé et offrons des conseils stratégiques de façon à ce qu'il soit possible d'améliorer toutes les composantes du système. Nous analysons également pratiquement tous les aspects des soins de santé offerts en Ontario. Cela comprend l'examen de la santé générale des Ontariens et Ontariennes, de la capacité de certains secteurs du système à travailler ensemble et, surtout, de l'expérience des patients. Nous produisons ensuite des rapports objectifs complets fondés sur des données, des faits et la voix des patients, des personnes soignantes et des gens qui travaillent chaque jour au sein du système de santé. En outre, nous formulons des recommandations sur la façon d'améliorer les soins en se fondant sur des données probantes exemplaires. Enfin, nous appuyons des améliorations de la qualité à grande échelle en travaillant avec nos partenaires afin de permettre aux fournisseurs de soins de santé d'apprendre plus facilement les uns des autres et de partager des démarches novatrices.

Pourquoi cela importe-t-il?

Nous reconnaissons qu'il existe de nombreuses raisons d'être fiers de notre système, mais aussi qu'il nous arrive souvent de ne pas atteindre notre plein potentiel. Certains segments vulnérables de la population ne reçoivent pas des niveaux acceptables d'attention. Notre intention est d'améliorer continuellement la qualité des soins de santé dans la province, peu importe la personne ou l'endroit où elle vit. Nous sommes motivés par le désir d'améliorer le système et par le fait indéniable que l'amélioration n'a pas de limites.

À propos de cette norme de qualité

Portée

La présente norme de qualité comprend 12 énoncés de qualité portant sur des domaines qui, selon le Comité consultatif sur la norme de qualité relative à la dépression clinique de Qualité des services de santé Ontario, peuvent faire l'objet d'améliorations considérables. Cette norme s'applique aux adultes et aux adolescents âgés de 13 ans ou plus qui reçoivent un traitement contre la dépression clinique dans tous les milieux de soins de la part de divers fournisseurs de soins. Elle ne concerne ni les femmes qui souffrent de dépression post-partum ni les jeunes enfants.

Cette norme de qualité porte sur la dépression clinique unipolaire. Certains énoncés concernent expressément les personnes atteintes de dépression clinique légère, modérée, ou grave. Il existe plusieurs échelles de mesure de la dépression scientifiquement validées, qui permettent aux cliniciens d'établir ce classement en fonction de facteurs tels que le nombre, la durée et l'intensité des symptômes, la présence ou l'absence de symptômes psychotiques et degré de déficience fonctionnelle de la personne.

Pourquoi cette norme est-elle nécessaire?

La dépression clinique est l'une des maladies mentales les plus communes, qui impose un énorme fardeau humain et économique sur les gens et la société. Chaque année, environ 7 % de personnes répondent aux critères de diagnostic de la dépression clinique, et environ 13 % à 15 % de ces personnes en souffriront tout au long de leur vie^{1,2}.

La dépression clinique touche tous les âges, dont les personnes d'un certain âge, bien qu'elle soit plus fréquente au début de la vingtaine et de la trentaine. Les études indiquent que les taux de dépression sont plus élevés chez les femmes que chez les hommes. En général, les personnes atteintes de dépression clinique sont souvent tristes et irritables, et perdent tout intérêt pour les activités qui leur sont habituellement agréables. De plus, les habitudes alimentaires et de sommeil sont parfois perturbées et on peut avoir de la difficulté à se concentrer ou à penser clairement. Ces symptômes ont souvent des répercussions négatives sur les relations personnelles, ainsi que sur le rendement et l'assiduité au travail. Les personnes atteintes de dépression clinique se sentent souvent coupables et éprouvent beaucoup de détresse, ce qui peut les mener au suicide ou à l'automutilation.

Il y a de grandes lacunes dans la qualité des soins que les personnes atteintes de dépression clinique reçoivent en Ontario : par exemple, après une hospitalisation en raison d'un diagnostic primaire de dépression ou d'autres troubles de l'humeur, seulement une personne sur trois voit un médecin dans les 7 jours qui suivent un séjour à l'hôpital³. Il y a aussi des inégalités dans les soins que les gens reçoivent : par exemple, bien que les taux d'hospitalisation pour la dépression clinique soient sensiblement plus élevés dans les quartiers à faible revenu que dans les quartiers plus riches, les personnes à faible revenu sous antidépresseurs sont moins nombreuses à faire l'objet des trois consultations de suivi ou plus recommandées dans les 12 semaines qui suivent le début du traitement⁴.

Principes sous-jacents

Cette norme de qualité repose sur les principes de respect et de *rétablissement*, comme le stipule la Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada⁵.

Les personnes atteintes de dépression clinique devraient recevoir des services respectueux de leurs droits et de leur dignité, propices à l'autodétermination. Chaque personne est unique et a le droit de choisir la voie qui peut la conduire vers la santé et le bien-être⁵.

Les personnes atteintes de dépression clinique peuvent mener des vies intéressantes. Elles sont en droit de recevoir des services prodigués dans un milieu qui favorise l'espoir, l'autonomie et l'optimisme, et conformes aux valeurs et pratiques de soins axés sur le rétablissement.

Les personnes atteintes de dépression clinique devraient recevoir des services respectueux, quels que soient les identités de genre, orientations sexuelles, logements, âges, antécédents (culturels, ethniques ou religieux), ou les handicaps. « De nombreux facteurs interdépendants (biologiques, psychologiques, sociaux, économiques, culturels, et spirituels) peuvent influencer sur la santé mentale et le bien-être⁵.

Les soins prodigués aux personnes atteintes de dépression clinique devraient aussi comporter des soins de rétablissement. Comme le décrit la Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada, « Le rétablissement – processus par lequel des personnes aux prises avec un trouble mental ou une maladie mentale participent activement à leur cheminement vers le bien-être – est possible pour tout le monde. Le processus du rétablissement s’inspire des forces de la personne, de sa famille, de sa culture et de sa collectivité et peut être favorisé par divers types de services, de mesures de soutien et de traitements. »⁵

Comment nous mesurerons notre succès

Au début de l’élaboration de chaque norme de qualité, un petit nombre de résultats liés à la santé sont établis comme étant les mesures les plus importantes du succès de la norme en entier. Les résultats sont mappés selon les indicateurs reflétant les objectifs de la norme. Ces résultats et les indicateurs connexes orientent l’élaboration de la norme de qualité pour que chaque énoncé de la norme contribue à l’atteinte des résultats désirés. Chaque énoncé est accompagné d’indicateurs de processus, de structure et/ou de résultats mesurant la mise en œuvre réussie de l’énoncé.

On a choisi l’ensemble suivant d’indicateurs des résultats pour mesurer l’impact de la norme de qualité relative à la dépression clinique :

- Nombre de décès par suicide chez les personnes hospitalisées en raison d’un diagnostic primaire de dépression clinique
- Pourcentage de personnes atteintes de dépression clinique qui se suicident dans les 30 jours ou les 3, 6 ou 12 mois qui suivent un séjour à l’hôpital
- Pourcentage de consultations aux urgences pour dépression clinique au cours desquelles le diagnostic de dépression clinique a été établi pour la première fois
- Évaluation globale des services reçus par les personnes atteintes de dépression clinique
- Pourcentage de personnes atteintes de dépression clinique selon lesquelles les soins reçus sont excellents, très bons, ou bons
- Pourcentage de personnes atteintes de dépression clinique pour lesquelles les besoins non satisfaits ont diminué au fil du temps
- Pourcentage de personnes atteintes de dépression clinique dont les symptômes dépressifs se sont améliorés durant un séjour à l’hôpital
- Réadmission à l’hôpital dans les 7 jours et les 30 jours qui suivent la sortie de l’hôpital, par motif :
 - N’importe quel motif
 - Problème de santé mentale ou de dépendance
 - Dépression clinique
- Consultation aux urgences non prévue dans les 7 jours et les 30 jours qui suivent la sortie de l’hôpital, par motif :
 - N’importe quel motif
 - Problème de santé mentale ou de dépendance
 - Dépression clinique
 - Automutilation

Énoncés de qualité en bref

Énoncé de qualité 1 : Évaluation complète

Les personnes atteintes de dépression clinique ont accès à une évaluation complète en temps opportun.

Énoncé de qualité 2 : Évaluation du risque suicidaire et intervention

Les personnes atteintes de dépression clinique qui présentent des risques considérables pour elles ou d'autres ou affichent des symptômes psychotiques font immédiatement l'objet d'une évaluation du risque suicidaire et de mesures de prévention.

Énoncé de qualité 3 : Prise de décision partagée

Les personnes atteintes de dépression clinique décident avec les cliniciens du traitement le plus approprié, compte tenu de leurs valeurs, préférences et objectifs en matière de rétablissement. Elles ont accès à une aide à la décision qui les informe dans une langue qu'elles comprennent des effets anticipés, des incidences défavorables, des risques, du coût du traitement, ainsi que des délais d'attente prévus pour les options de traitement.

Énoncé de qualité 4 : Traitement après le diagnostic initial

Les personnes atteintes de dépression clinique ont accès en temps opportun à des antidépresseurs ou, si elles préfèrent, à une psychothérapie qui a fait ses preuves. Les deux traitements sont proposés en association aux personnes atteintes de dépression grave ou persistante.

Énoncé de qualité 5 : Thérapies complémentaires et autogestion

On propose aux personnes atteintes de dépression clinique des thérapies complémentaires et des stratégies d'autogestion qui peuvent être associées aux antidépresseurs ou à la psychothérapie.

Énoncé de qualité 6 : Observer l'adhésion et la réponse au traitement

Lorsque les personnes atteintes de dépression clinique commencent un nouveau traitement, elles sont mises en observation afin de détecter des signes ou une aggravation de la tendance suicidaire. Ces personnes voient leur fournisseur de soins au moins toutes les 2 semaines pendant au moins 6 semaines ou jusqu'à l'adhésion au traitement ou l'obtention des résultats recherchés. Puis, elles consultent au moins toutes les 4 semaines jusqu'à ce qu'elles entrent en rémission.

Énoncé de qualité 7 : Optimiser, modifier ou ajouter des thérapies

Les personnes atteintes de dépression clinique qui prennent des antidépresseurs sont mises en observation pendant 2 semaines afin de détecter de quelconques effets; passé ce délai, l'ajustement de la dose ou changement des médicaments peuvent être considérés. Si le traitement ne produit pas l'effet prévu après 8 semaines, sont offert d'antidépresseur différent ou supplémentaire, la psychothérapie, ou une combinaison d'antidépresseurs et la psychothérapie.

Énoncé de qualité 8 : Poursuivre le traitement aux antidépresseurs

On recommande aux personnes sous antidépresseurs qui entrent en rémission après un premier épisode de dépression clinique de poursuivre le traitement pendant au moins 6 mois après l'entrée en rémission. On conseille aux personnes qui connaissent des épisodes récurrents de dépression clinique, prennent des antidépresseurs et entrent en rémission de poursuivre le traitement pendant au moins 2 ans après l'entrée en rémission.

Énoncé de qualité 9 : Thérapie par électrochocs

Les personnes atteintes de dépression clinique grave ou qui résistent aux traitements ont accès à une thérapie par électrochocs.

Énoncé de qualité 10 : Évaluation et traitement en cas d'épisodes récurrents

Les personnes atteintes de dépression clinique qui sont en pleine rémission, mais éprouvent des symptômes de rechute, ont accès à une réévaluation et à un traitement en temps opportun.

Énoncé de qualité 11 : Sensibilisation et soutien

Les personnes atteintes de dépression clinique, leurs proches et leurs personnes soignantes sont sensibilisés et informés au sujet du soutien et des services d'urgence offerts en milieu communautaire.

Énoncé de qualité 12 : Transitions en matière de soins

Les personnes atteintes de dépression majeure qui transition d'un fournisseur de soins à un autre ont un plan de soins qui est mis à leur disposition et leur fournisseur d'accueil dans les 7 jours de la transition, et un calendrier de suivi est établi. Un rendez-vous est pris pour une consultation de suivi dans les 7 jours qui suivent un séjour à l'hôpital pour dépression clinique.

Évaluation complète

Les personnes atteintes de dépression clinique ont accès à une évaluation complète en temps opportun.

Contexte

Une évaluation complète permet un diagnostic précis de la dépression clinique et la collecte de mesures de référence. Elle permet aussi de déterminer les troubles ou problèmes sous-jacents potentiels (p. ex., facteurs

physiques, cognitifs, psychiatriques, fonctionnels ou psychosociaux) qui peuvent entraîner des symptômes, et il informe leur traitement ultérieur. Cette évaluation permet aussi le dépistage précoce du risque suicidaire.

Sources : American Psychiatric Association, 2010⁶ | Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments, 2009¹ | Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care, 2007⁷ | National Institute for Health and Clinical Excellence, 2009⁸ | National Depression Initiative, 2011⁹ | Veterans Affairs et Department of Defense, 2009¹⁰

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les patients

Vous devriez faire l'objet d'une évaluation complète, ce qui signifie que votre équipe de soins cherchera à en savoir plus sur vous pour vous aider du mieux possible. On vous posera des questions sur votre santé physique, vos antécédents médicaux, les médicaments que vous prenez, et la façon dont vous passez votre temps et vous vous sentez.

Pour les cliniciens

Si vous pensez qu'une personne souffre de dépression, procédez à une évaluation complète et documentée de la manière décrite dans la section des définitions.

Pour les services de santé

Mettre en place les systèmes, processus et ressources nécessaires pour aider les cliniciens dans l'évaluation des personnes qui affichent des signes de dépression, notamment, faciliter l'accès aux examens de laboratoire et examens physiques, accorder le temps nécessaire à l'évaluation et assurer l'accès à des outils d'évaluation validés et à des professionnels ayant suivi une formation en évaluation du risque suicidaire.

Indicateurs de qualité

Indicateurs de processus

Pourcentage de personnes atteintes de dépression clinique grave diagnostiquée par un professionnel de la santé, qui font l'objet d'une évaluation complète dans les 7 jours qui suivent la première consultation

- Dénominateur : nombre total de personnes atteintes de dépression clinique grave diagnostiquée par un professionnel de la santé
- Numérateur : nombre de personnes incluses dans le dénominateur qui font l'objet d'une évaluation complète dans les 7 jours qui suivent la première consultation
- Source des données: collecte de données locales

DÉFINITIONS UTILISÉES DANS LE PRÉSENT ÉNONCÉ DE QUALITÉ

Accès en temps opportun

- **Dépression grave** : dans les 7 jours qui suivent la consultation
- **Dépression légère à modérée** : dans les 4 semaines qui suivent la consultation

Évaluation complète

Cela comprend ce qui suit :

- Examen physique
- Examen de l'état mental
- Examens de laboratoire pertinents
- Antécédents psychosociaux (dont facteurs socio-économiques et traumatismes)
- Évaluation cognitive des personnes âgées
- Diagnostic de dépression clinique à l'aide des critères du DSM-5 (*Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 5^e édition)
- Outils validés d'évaluation de la gravité des symptômes et degré de déficience fonctionnelle :
 - Questionnaire sur la santé (PHQ-9)
 - Inventaire rapide de symptomatologie dépressive ; auto-évaluation (QIDS-SR)
 - Inventaire de dépression de Beck (BDI-I ou BDI-II)
 - Échelle d'autoévaluation de la dépression de Zung
 - Échelle d'évaluation de l'état dépressif du Centre d'études épidémiologique (CES-D)

SUITE À LA PAGE 10

Indicateurs de processus SUITE

Pourcentage de personnes atteintes de dépression légère à modérée, constatée par un professionnel de la santé, qui font l'objet d'une évaluation complète dans les 4 semaines qui suivent la première consultation

- Dénominateur : nombre total de personnes atteintes de dépression légère à modérée diagnostiquée par un professionnel de la santé
- Numérateur : nombre de personnes incluses dans le dénominateur qui font l'objet d'une évaluation complète dans les 4 semaines qui suivent la première consultation
- Source des données : collecte de données locales

DÉFINITIONS UTILISÉES DANS LE PRÉSENT ÉNONCÉ DE QUALITÉ**Évaluation complète**

SUITE DE LA PAGE 9

- Évaluation des comorbidités médicales et psychiatriques potentielles (surtout bipolarité et psychose)
- Anciens traitements et antécédents médicamenteux complets, y compris l'automédication
- Consommation de substances actuelle et passée et problèmes de toxicomanie
- Évaluation du risque suicidaire par un professionnel formé dans l'utilisation d'échelles d'évaluation du risque suicidaire

Remarque : Les parents ou les personnes soignantes devraient participer à l'évaluation du risque suicidaire chez les jeunes adultes et les adolescents.

L'évaluation doit être respectueuse des antécédents culturels, ethniques et spirituels.

On devrait obtenir des renseignements de la famille et de tiers concernés, s'il y a lieu.

Évaluation du risque suicidaire et intervention

Les personnes atteintes de dépression clinique qui présentent des risques considérables pour elles ou d'autres ou affichent des symptômes psychotiques font immédiatement l'objet d'une évaluation du risque suicidaire et de mesures de prévention.

Contexte

Les personnes atteintes de dépression clinique présentent un risque suicidaire accru tout au long de leur vie et devraient faire l'objet d'une évaluation dès la première consultation et tout au long du traitement. Les fournisseurs de soins, les proches et les personnes soignantes

devraient être vigilants si la personne est triste, dépressive, a des idées suicidaires et présente un ou plusieurs facteurs de risque, par exemple, tentatives de suicide, antécédents familiaux de suicide, maltraitance physique ou sexuelle, violence familiale, et douleur chronique.

Sources : American Psychiatric Association, 2010⁶ | Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments, 2009¹ | National Institute for Health and Clinical Excellence, 2009⁸ | Veterans Affairs et Department of Defense, 2009¹⁰

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les patients

Vous devriez recevoir une aide immédiate si le fournisseur de soins ou vous pensez que vous pourriez vous faire du mal ou vous attaquer à quelqu'un d'autre. Cette consultation peut avoir lieu dans un cabinet médical ou aux urgences.

Pour les cliniciens

Si vous pensez qu'une personne atteinte de dépression clinique risque de se faire du mal ou de s'attaquer à d'autres, ou si elle affiche des symptômes psychotiques, effectuez et documentez une évaluation complète du risque suicidaire, comme il est décrit dans la section des définitions. Si vous jugez que la personne présente un risque suicidaire, mettre en place des mesures de prévention d'urgence de la manière décrite dans la section des définitions.

Pour les services de santé

Mettre en place les bons outils et ressources et les professionnels ayant suivi une formation en évaluation du risque suicidaire.

Indicateurs de qualité

Indicateur de processus

Pourcentage de personnes atteintes de dépression clinique qui, selon un fournisseur de soins, présentent un risque considérable pour elles-mêmes ou d'autres, ou affichent des symptômes psychotiques, ont accès immédiatement à une évaluation du risque suicidaire et à des mesures de prévention, au besoin

- Dénominateur : nombre total de personnes atteintes de dépression clinique qui, selon un fournisseur de soins chevronné, risquent de se faire du mal ou de s'attaquer à d'autres, ou affichent des symptômes psychotiques
- Numérateur : nombre de personnes incluses dans le dénominateur qui ont immédiatement accès à une évaluation du risque suicidaire et à des mesures de prévention, au besoin
- Source des données : collecte de données locales

DÉFINITIONS UTILISÉES DANS LE PRÉSENT ÉNONCÉ DE QUALITÉ

Accès immédiat

L'aide est offerte au point de contact⁶.

Évaluation du risque suicidaire

Cela comprend des questions au sujet de ce qui suit :

- pensées, intention, plans, moyens, et comportements suicidaires (désespoir);
- symptômes psychiatriques spécifiques (p. ex., psychose, anxiété grave, abus de substances) ou troubles médicaux généraux, et traitement psychiatrique pouvant aggraver les idées suicidaires jusqu'au passage à l'acte;
- comportements suicidaires passés et plus particulièrement récents;
- facteurs de stress actuels et facteurs de protection potentiels (p. ex., raisons de vivre, soutien social);
- antécédents familiaux de suicide ou de maladie mentale.

Des professionnels formés peuvent utiliser des échelles d'évaluation du risque de suicide pour diriger les évaluations⁶.

Mesures de prévention du suicide

Elles comprennent ce qui suit : admission non volontaire, observation toutes les 15 minutes ou observation continue, traitement médicamenteux urgent, et thérapie par électrochocs d'urgence.

Prise de décision partagée

Les personnes atteintes de dépression clinique décident avec les cliniciens du traitement le plus approprié, compte tenu de leurs valeurs, préférences et objectifs en matière de rétablissement. Elles ont accès à une aide à la décision qui les informe dans une langue qu'elles comprennent des effets anticipés, des incidences défavorables, des risques, du coût du traitement, ainsi que des délais d'attente prévus pour les options de traitement.

Contexte

Les personnes atteintes de dépression clinique, leurs proches (si elles le souhaitent), et leurs fournisseurs de soins devraient décider ensemble des soins à prodiguer. Le traitement est généralement plus efficace lorsqu'il respecte les préférences de la personne. Les

gens doivent être informés des effets, des incidences défavorables, des risques et du coût des options de traitement s'appliquant à leur état. L'aide à la décision permet d'obtenir tous ces renseignements de manière accessible.

Sources : American Psychiatric Association, 2010⁶ | Veterans Affairs et Department of Defense, 2009¹⁰

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les patients

On doit vous fournir les outils et l'information qui vous aideront à décider de votre traitement avec votre fournisseur de soins.

Pour les cliniciens

Faites participer les personnes atteintes de dépression clinique dans toutes les décisions concernant leur traitement. Expliquez les effets, les incidences défavorables, le risque et le coût des options de traitement applicables à leur état de façon compréhensible et discutez de la façon dont ces options peuvent correspondre à leurs préférences, valeurs, et objectifs en matière de rétablissement. Proposez aux personnes atteintes de dépression clinique et, si elles le souhaitent, aux familles ou personnes soignantes une aide à la décision qui leur permet d'obtenir cette information dans une langue qu'elles comprennent.

Pour les services de santé

S'assurer que des aides à la décision actualisées, fondées sur des données probantes, soient disponibles pour personnes atteintes de dépression clinique, dans une langue qu'elles comprennent. Instaurer un cadre qui facilite la conversation avec les patients, leurs proches et personnes soignantes au sujet des options de traitement.

Indicateurs de qualité

Indicateurs de processus

Pourcentage de personnes atteintes de dépression clinique qui déclarent prendre des décisions de concert avec leurs fournisseurs de soins au sujet de leur traitement

- Dénominateur : nombre total de personnes atteintes de dépression clinique traitées par un fournisseur de soins
- Numérateur : nombre de personnes incluses dans le dénominateur qui déclarent prendre des décisions de concert avec leurs fournisseurs de soins au sujet de leur traitement
- Source des données : collecte de données locales

DÉFINITIONS UTILISÉES DANS LE PRÉSENT ÉNONCÉ DE QUALITÉ

Aide à la décision pour les patients

Cet outil aide les patients à prendre des décisions au sujet de leurs soins, car c'est un moyen d'obtenir des renseignements fiables sur les options de traitement disponibles et leurs effets, incidences défavorables, les risques et les coûts. Les aides permettent aussi aux gens d'examiner leurs valeurs et préférences et leur rapport avec l'option de traitement. Il est très important que les aides à la décision soient disponibles dans une langue que les gens comprennent.

Indicateurs de processus SUITE**Pourcentage de personnes atteintes de dépression clinique qui ont accès à une aide à la décision pendant qu'elles prennent des décisions de concert avec leurs fournisseurs de soins au sujet de leur traitement**

- Dénominateur : nombre total de personnes atteintes de dépression clinique qui sont soignées par un fournisseur de soins
- Numérateur : nombre de personnes incluses dans le dénominateur qui ont accès à une aide à la décision pendant qu'elles prennent des décisions avec leurs fournisseurs de soins au sujet de leur traitement
- Source des données : collecte de données locales

Traitement après le diagnostic initial

Les personnes atteintes de dépression clinique ont accès en temps opportun à des antidépresseurs ou, si elles préfèrent, à une psychothérapie qui a fait ses preuves. Les deux traitements sont proposés en association aux personnes atteintes de dépression grave ou persistante.

Contexte

Les antidépresseurs et les psychothérapies qui ont fait leurs preuves (tels que la thérapie comportementale cognitive ou la thérapie interpersonnelle) peuvent être des traitements efficaces contre la dépression clinique.

En associant des antidépresseurs à la psychothérapie, on peut obtenir de bons résultats pour les personnes qui souffrent de dépression clinique grave ou résistent au traitement.

Sources : American Psychiatric Association, 2010⁶ | British Association for Psychopharmacology, 2015¹¹ | Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments, 2009¹ | National Institute for Health and Clinical Excellence, 2009⁸ | Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2010¹² | Veterans Affairs et Department of Defense, 2009¹⁰

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les patients

Vous devriez avoir l'option de choisir entre une psychothérapie ou des antidépresseurs. Si votre dépression ne s'améliore pas, on devrait vous proposer les deux traitements en association.

Pour les cliniciens

Offrez aux personnes atteintes de dépression clinique des antidépresseurs ou une psychothérapie qui a fait ses preuves (p. ex., thérapie cognitivo-comportementale ou psychothérapie interpersonnelle). Les deux traitements sont proposés en association aux personnes atteintes de dépression clinique grave ou persistante qui ont essayé des antidépresseurs ou une psychothérapie sans résultat probant.

Pour les services de santé

Faire en sorte que des médicaments et des psychothérapies qui ont fait leurs preuves sont disponibles et accessibles en temps opportun à toutes les personnes atteintes de dépression clinique.

Indicateurs de qualité

Indicateurs de processus

Pourcentage de personnes atteintes de dépression grave qui prennent des médicaments associés à une psychothérapie dans les 7 jours qui suivent leur évaluation

- Dénominateur : nombre total de personnes atteintes de dépression clinique grave qui ont été évaluées
- Numérateur : nombre de personnes incluses dans le dénominateur qui prennent des médicaments associés à une psychothérapie dans les 7 jours qui suivent leur évaluation
- Source des données : collecte de données locales

DÉFINITIONS UTILISÉES DANS LE PRÉSENT ÉNONCÉ DE QUALITÉ

Accès en temps opportun

- **Dépression grave** : dans les 7 jours
- **Dépression légère à modérée** : dans les 4 semaines

Psychothérapie qui a fait ses preuves

Cela comprend la thérapie cognitivo-comportementale ou la psychothérapie interpersonnelle (voir ci-dessous). Parmi les autres psychothérapies susceptibles de produire de bons résultats, il y a la thérapie d'activation comportementale, la psychothérapie dynamique à court terme, et la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience¹.

Thérapie cognitivo-comportementale ou psychothérapie interpersonnelle

La thérapie cognitivo-comportementale et la psychothérapie interpersonnelle devraient être prodiguées :

- individuellement ou en groupe;
- en 16 à 20 séances pendant 3 ou 4 mois;
- par une ou un thérapeute qui a suivi la formation appropriée, conformément à un manuel de traitement.

Indicateurs de processus SUITE**Pourcentage de personnes atteintes de dépression légère à modérée qui reçoivent des médicaments ou une psychothérapie dans les 4 semaines qui suivent leur évaluation**

- Dénominateur : nombre total de personnes atteintes de dépression légère à modérée
- Numérateur : nombre de personnes incluses dans le dénominateur qui reçoivent des médicaments ou une psychothérapie dans les 4 semaines qui suivent leur évaluation
- Source des données : collecte de données locales

Indicateur structurel**Disponibilité de psychothérapie qui a fait ses preuves**

- Source des données : collecte de données locales

Thérapies complémentaires et autogestion

On propose aux personnes atteintes de dépression clinique des thérapies complémentaires et des stratégies d'autogestion qui peuvent être associées aux antidépresseurs ou à la psychothérapie.

Contexte

Des thérapies et des stratégies d'autogestion, dont la luminothérapie, le yoga, l'activité physique, l'activation comportementale, une bonne hygiène du sommeil et une bonne alimentation, peuvent être des compléments efficaces aux antidépresseurs ou à la psychothérapie en

cas de dépression clinique, améliorer les résultats plus rapidement et réduire les symptômes résiduels¹³. Lorsque les thérapies sont plus faisables et agréables, elles ont tendance à produire de meilleurs résultats¹⁴.

Source : Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments, 2009¹

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les patients

En plus du traitement médicamenteux et de la psychothérapie, votre fournisseur de soins devrait vous offrir des renseignements sur les autres mesures que vous pouvez prendre pour améliorer votre dépression, comme la luminothérapie, le yoga et l'activité physique.

Pour les cliniciens

Recommandez aux personnes atteintes de dépression clinique des thérapies complémentaires et des stratégies d'autogestion qui peuvent être associées aux antidépresseurs ou à la psychothérapie. Cela comprend la luminothérapie, le yoga, la thérapie physique, l'hygiène du sommeil et la nutrition.

Pour les services de santé

S'assurer que des documents d'information pertinents sur les thérapies complémentaires et les stratégies d'autogestion pour la dépression clinique soient disponibles.

Indicateurs de qualité

Indicateur de processus

Pourcentage de personnes atteintes de dépression clinique qui reçoivent des renseignements au sujet des thérapies complémentaires et des stratégies d'autogestion

- Dénominateur : nombre total de personnes atteintes de dépression clinique
- Numérateur : nombre de personnes incluses dans le dénominateur qui reçoivent des renseignements au sujet des thérapies complémentaires et des stratégies d'autogestion
- Source des données : collecte de données locales

DÉFINITIONS UTILISÉES DANS LE PRÉSENT ÉNONCÉ DE QUALITÉ

Thérapies complémentaires

Cela comprend la luminothérapie, le yoga et l'activité physique.

- **Luminothérapie** : Cette thérapie consiste à s'exposer chaque jour à une lumière vive, généralement administrée à domicile au moyen d'une lampe fluorescente spéciale. La dose standard de lumière est de 10 000 lux (intensité) administrée tôt le matin pendant 30 minutes chaque jour
- **Yoga** : Il s'agit d'une discipline qui intègre des postures physiques, des exercices de respiration et la méditation. Il faudrait faire en moyenne 4 séances par semaine pendant au moins 4 semaines, et 45 à 60 minutes par séance
- **Activité physique** : Toute activité physique administrée pendant au moins 8 semaines, généralement 3 fois par semaine pendant 30 à 60 minutes par séance.

Stratégies d'autogestion

Cela comprend l'hygiène du sommeil et l'alimentation.

- **Hygiène du sommeil** : respecter un horaire de sommeil régulier; éviter de trop manger et de trop boire, ou de fumer avant de se coucher; et instaurer un cadre de sommeil approprié
- **Alimentation** : avoir une alimentation saine et équilibrée et pallier les carences nutritionnelles

Observer l'adhésion et la réponse au traitement

Lorsque les personnes atteintes de dépression clinique commencent un nouveau traitement, elles sont mises en observation afin de détecter des signes ou une aggravation de la tendance suicidaire. Ces personnes voient leur fournisseur de soins au moins toutes les 2 semaines pendant au moins 6 semaines ou jusqu'à l'adhésion au traitement ou l'obtention des résultats recherchés. Puis, elles consultent au moins toutes les 4 semaines jusqu'à ce qu'elles entrent en rémission.

Contexte

Il est essentiel d'évaluer la réponse au traitement pour optimiser les soins. La non-adhésion au traitement est une principale raison pour laquelle un traitement ne produit pas de résultats et les symptômes reviennent. Lorsque la dépression est de plus en plus conceptualisée et

traitée comme un état récurrent ou chronique, on devrait encourager les efforts visant à améliorer l'adhésion au traitement. On devrait mettre davantage l'accent sur l'observation rapprochée des adolescents et des jeunes adultes (moins de 25 ans).

Sources : American Psychiatric Association, 2010⁶ | Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments, 2009⁷ | National Depression Initiative, 2011⁹ | National Institute for Health and Clinical Excellence, 2009⁸ | Veterans Affairs et Department of Defense, 2009¹⁰

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les patients

Votre fournisseur de soins devrait vous suivre de près.

Pour les cliniciens

Les personnes qui prennent des antidépresseurs doivent être suivies au moins toutes les 2 semaines pendant au moins 6 semaines ou jusqu'à l'adhésion du traitement ou l'obtention du résultat recherché. Puis, elles doivent être vues toutes les 4 semaines jusqu'à ce qu'elles entrent en rémission. Fournissez des renseignements sur l'importance d'être constant et de poursuivre le traitement même s'il y a des améliorations ou des effets secondaires.

Remarque : Les personnes qui présentent des facteurs de risque importants, tels que des symptômes psychotiques et des effets secondaires considérables, doivent être suivies plus fréquemment ou plus longtemps, à votre discrétion.

Pour les services de santé

Faciliter la capacité des fournisseurs de soins de prévoir des consultations de suivi à intervalles réguliers, et veiller à ce que des fournisseurs de soins soient disponibles pour la mise en observation active des adolescents et des jeunes adultes qui commencent un traitement aux antidépresseurs.

Indicateurs de qualité

Indicateur de processus

Pourcentage de personnes atteintes de dépression clinique qui prennent des antidépresseurs et mises en observation afin de détecter des signes ou une aggravation de la tendance suicidaire pendant au moins 6 semaines après le début de la prise des antidépresseurs

- Dénominateur : nombre total de personnes atteintes de dépression clinique qui prennent des antidépresseurs
- Numérateur : nombre de personnes incluses dans le dénominateur mises en observation afin de détecter des signes ou une aggravation de la tendance suicidaire pendant au moins 6 semaines après le début de la prise des antidépresseurs
- Source des données : collecte de données locales

DÉFINITIONS UTILISÉES DANS LE PRÉSENT ÉNONCÉ DE QUALITÉ

Réponse

Cela consiste en une amélioration des symptômes d'au moins 50 %. Cette amélioration est déterminée à l'aide de l'échelle utilisée dans la première évaluation.

Rémission

Cela est déterminé par une note en deçà du seuil déterminé à l'avance sur l'échelle d'évaluation utilisée au moment de l'évaluation initiale et du suivi.

Optimiser, modifier ou ajouter des thérapies

Les personnes atteintes de dépression clinique qui prennent des antidépresseurs sont mises en observation pendant 2 semaines afin de détecter de quelconques effets; passé ce délai, l'ajustement de la dose ou changement des médicaments peuvent être considérés. Si le traitement ne produit pas l'effet prévu après 8 semaines, sont offert d'antidépresseur différent ou supplémentaire, la psychothérapie, ou une combinaison d'antidépresseurs et la psychothérapie.

Contexte

Il est très important d'observer et d'évaluer la réponse au traitement pour optimiser le traitement aux antidépresseurs. Si la réaction au médicament est inadéquate, il est impératif que le fournisseur de soins explique et propose d'autres options de traitement. La durée

d'observation peut varier en fonction des groupes de population; par exemple, pour les personnes âgées, on pourrait avoir besoin de jusqu'à 12 semaines pour obtenir des résultats.

Sources : American Psychiatric Association, 2010⁶ | British Association for Psychopharmacology, 2015¹¹ | Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments, 2009¹ | National Institute for Health and Clinical Excellence, 2009⁸

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les patients

Si vous commencez à prendre un nouvel antidépresseur, votre fournisseur de soins devrait en observer attentivement les effets thérapeutiques et les incidences défavorables. Si après modification de la posologie ou du médicament, votre état ne s'améliore toujours pas, une autre thérapie devrait être envisagée.

Pour les cliniciens

Observez la personne pendant 2 semaines lorsqu'elle commence à prendre un nouvel antidépresseur afin de déterminer comment elle réagit au médicament. Au besoin, modifiez la dose ou changez de médicament. Effectuez une nouvelle évaluation toutes les 2 semaines pendant 6 à 8 semaines. Si le traitement ne produit pas l'effet prévu, proposez un autre antidépresseur, une psychothérapie, ou les deux.

Pour les services de santé

Faire en sorte que les personnes qui souffrent de dépression clinique aient accès à la pharmacothérapie et à la psychothérapie appropriées.

Indicateurs de qualité

Indicateurs de processus

Pourcentage de personnes atteintes de dépression clinique qui prennent des antidépresseurs et sont mises en observation pendant 2 semaines afin d'en déterminer les effets

- Dénominateur : nombre total de personnes atteintes de dépression clinique qui prennent des antidépresseurs
- Numérateur : nombre de personnes incluses dans le dénominateur qui prennent des antidépresseurs et sont mises en observation pendant 2 semaines afin d'en déterminer les effets
- Source des données : collecte de données locales

DÉFINITIONS UTILISÉES DANS LE PRÉSENT ÉNONCÉ DE QUALITÉ

Manifestation des effets

Cela est indiqué par une amélioration d'au moins 20 % des symptômes. Cette amélioration est déterminée à l'aide de l'échelle utilisée lors de l'évaluation initiale.

Réponse

L'indicateur consiste en une amélioration d'au moins 50 % des symptômes. Cette amélioration est déterminée à l'aide de l'échelle utilisée lors de l'évaluation initiale.

Indicateurs de processus SUITE**Pourcentage de personnes atteintes de dépression clinique qui ne réagissent pas aux antidépresseurs dans les 8 semaines et auxquelles on propose un autre antidépresseur ou un antidépresseur supplémentaire ou une psychothérapie**

- Dénominateur : nombre total de personnes atteintes de dépression clinique qui ne réagissent pas aux antidépresseurs dans les 8 semaines qui suivent le début du traitement
- Numérateur : nombre de personnes incluses dans le dénominateur auxquelles on propose un autre antidépresseur ou un antidépresseur supplémentaire ou une psychothérapie
- Source des données : collecte de données locales

Poursuivre le traitement aux antidépresseurs

On recommande aux personnes sous antidépresseurs qui entrent en rémission après un premier épisode de dépression clinique de poursuivre le traitement pendant au moins 6 mois après l'entrée en rémission. On conseille aux personnes qui connaissent des épisodes récurrents de dépression clinique, prennent des antidépresseurs et entrent en rémission de poursuivre le traitement pendant au moins 2 ans après l'entrée en rémission.

Contexte

Les personnes atteintes de dépression clinique qui se remettent d'un épisode dépressif grâce aux antidépresseurs peuvent réduire le risque de symptômes

résiduels, de rechute ou de récurrence en continuant de prendre leur médicament pendant un certain temps¹⁶.

Sources : American Psychiatric Association, 2010⁶ | British Association for Psychopharmacology, 2015¹¹ | Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments, 2009¹ | National Institute for Health and Clinical Excellence, 2009⁸ | Veterans Affairs et Department of Defense, 2009¹⁰

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les patients

Afin d'éviter une rechute éventuelle, lorsque vous vous sentez mieux, poursuivez le traitement aux antidépresseurs pendant quelques mois. Votre fournisseur de soins en déterminera la durée avec vous.

Pour les cliniciens

Conseillez aux personnes qui entrent en rémission après avoir pris des antidépresseurs après un premier épisode de dépression clinique de poursuivre le traitement pendant au moins 6 mois. Recommandez à celles qui connaissent des épisodes récurrents de dépression clinique de poursuivre le traitement pendant au moins 2 ans.

Pour les services de santé

Veiller à ce que les personnes souffrant de dépression clinique poursuivent le traitement aux antidépresseurs.

Indicateurs de qualité

Indicateurs de processus

Pourcentage de personnes en rémission après un premier épisode de dépression clinique à qui on conseille de poursuivre le traitement aux antidépresseurs pendant au moins 6 mois après l'entrée en rémission

- Dénominateur : nombre total de personnes en rémission après un premier épisode de dépression grâce aux antidépresseurs
- Numérateur : nombre de personnes incluses dans le dénominateur à qui on conseille de prendre des antidépresseurs pendant au moins 6 mois après l'entrée en rémission
- Source des données : collecte de données locales

DÉFINITIONS UTILISÉES DANS LE PRÉSENT ÉNONCÉ DE QUALITÉ

Épisodes récurrents de dépression clinique

Il s'agit de trois épisodes ou plus, dont deux survenus au cours des 5 dernières années avec au moins 6 mois entre épisodes.

Rémission

Cela est déterminé par une note en deçà du seuil déterminé à l'avance sur l'échelle d'évaluation des symptômes utilisée au moment de l'évaluation initiale et du suivi.

Indicateurs de processus SUITE**Pourcentage de personnes qui, après un premier épisode de dépression clinique, entrent en rémission grâce aux antidépresseurs et poursuivent le traitement pendant au moins 6 mois encore**

- Dénominateur : nombre total de personnes en rémission après un premier épisode de dépression grâce aux antidépresseurs
- Numérateur : nombre de personnes incluses dans le dénominateur qui poursuivent le traitement aux antidépresseurs pendant au moins 6 mois après l'entrée en rémission
- Source des données : collecte de données locales

Pourcentage de personnes qui ont des épisodes récurrents de dépression clinique, sont en rémission et à qui on conseille de poursuivre le traitement aux antidépresseurs pendant au moins 2 ans après l'entrée en rémission

- Dénominateur : nombre total de personnes qui ont des épisodes récurrents de dépression clinique et sont en rémission grâce aux antidépresseurs
- Numérateur : nombre de personnes incluses dans le dénominateur à qui on conseille de poursuivre le traitement aux antidépresseurs pendant au moins 2 ans après l'entrée en rémission
- Source des données : collecte de données locales

Pourcentage de personnes qui ont des épisodes récurrents de dépression clinique, sont en rémission et poursuivent le traitement aux antidépresseurs pendant au moins 2 ans après l'entrée en rémission

- Dénominateur : nombre total de personnes qui connaissent des épisodes récurrents de dépression clinique et sont en rémission après avoir pris des antidépresseurs
- Numérateur : nombre de personnes incluses dans le dénominateur qui poursuivent le traitement aux antidépresseurs pendant au moins 2 ans après l'entrée en rémission
- Source des données : collecte de données locales

Thérapie par électrochocs

Les personnes atteintes de dépression clinique grave ou qui résistent aux traitements ont accès à une thérapie par électrochocs.

Contexte

La thérapie par électrochocs est un traitement sûr et efficace en cas de dépression grave, surtout lorsque les antidépresseurs et la psychothérapie n'agissent pas sur les symptômes¹⁷. Les personnes atteintes de dépression clinique devraient être informées des effets, incidences défavorables et risques associés à la thérapie par

électrochocs pour qu'elles puissent prendre une décision éclairée au sujet de ce traitement. Si la thérapie par électrochocs est contre-indiquée ou que la personne la refuse, on peut envisager de recourir à la stimulation magnétique transcrânienne répétitive.

Sources : American Psychiatric Association, 2010⁶ | British Association for Psychopharmacology, 2015¹¹ | Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments, 2009¹ | National Institute for Health and Clinical Excellence, 2009⁹ | Veterans Affairs et Department of Defense, 2009¹⁰

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les patients

Si votre dépression ne s'améliore pas à l'aide des antidépresseurs ou de la psychothérapie, on devrait vous proposer une thérapie par électrochocs.

Pour les cliniciens

Offrez et fournissez des renseignements au sujet de la thérapie par électrochocs aux personnes qui ne répondent pas à aux traitements pharmacologiques et non pharmacologiques, ou maintenez-la comme un traitement de maintien si la personne y réagit de façon positive.

Pour les services de santé

Faire en sorte que la thérapie par électrochocs soit disponible.

Indicateurs de qualité

Indicateurs de processus

Pourcentage de personnes atteintes de dépression clinique grave ou résistant aux traitements auxquelles on propose une thérapie par électrochocs

- Dénominateur : nombre total de personnes atteintes de dépression clinique grave ou résistant aux traitements
- Numérateur : nombre de personnes incluses dans le dénominateur auxquelles on propose une thérapie par électrochocs
- Source des données : collecte de données locales

DÉFINITIONS UTILISÉES DANS LE PRÉSENT ÉNONCÉ DE QUALITÉ

Thérapie par électrochocs

Cette thérapie est généralement pratiquée environ 3 fois par semaine pendant 2 à 4 semaines.

Indicateurs de processus SUITE**Pourcentage de personnes atteintes de dépression clinique grave ou résistant aux traitements qui reçoivent une thérapie par électrochocs**

- Dénominateur : nombre total de personnes atteintes de dépression clinique grave ou résistant aux traitements
- Numérateur : nombre de personnes incluses dans le dénominateur qui reçoivent une thérapie par électrochocs
- Source des données : collecte de données locales, base de données sur les demandes de règlement de l'Assurance-santé de l'Ontario

Indicateur structurel**Disponibilité de la thérapie par électrochocs**

- Source des données : collecte de données locales

Évaluation et traitement en cas d'épisodes récurrents

Les personnes atteintes de dépression clinique qui sont en pleine rémission, mais éprouvent des symptômes de rechute, ont accès à une réévaluation et à un traitement en temps opportun.

Contexte

Il arrive souvent aux personnes qui ont un premier épisode de dépression clinique de connaître des épisodes de dépression récurrents¹⁶. Le cas échéant, il est essentiel

que ces personnes fassent immédiatement l'objet d'une réévaluation et aient accès aux traitements qui ont produit de bons résultats par le passé.

Source : Consensus d'experts

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les patients

Vous devriez recevoir des soins si votre état s'aggrave après le traitement.

Pour les cliniciens

Évaluez et traitez les personnes atteintes de dépression clinique qui sont en pleine rémission et présentent des symptômes de rechute, au cours d'une période de 7 jours ou de 4 semaines, selon la gravité des symptômes.

Pour les services de santé

Mettre en place des systèmes, processus et ressources pour le triage approprié et le traitement en temps opportun des personnes qui font une rechute de dépression clinique.

Indicateurs de qualité

Indicateurs de processus

Pourcentage de personnes atteintes de dépression clinique légère à modérée en pleine rémission qui font l'objet d'une évaluation complète dans les 4 semaines qui suivent les premiers signes de rechute

- Dénominateur : nombre total de personnes atteintes de dépression clinique légère à modérée qui sont en pleine rémission et présentent des symptômes de rechute
- Numérateur : nombre de personnes incluses dans le dénominateur qui font l'objet d'une évaluation complète dans les 4 semaines qui suivent l'identification des symptômes de rechute
- Source des données : collecte de données locales

Pourcentage de personnes atteintes de dépression clinique grave en pleine rémission qui font l'objet d'une évaluation complète dans les 7 jours qui suivent la manifestation des symptômes de rechute

- Dénominateur : nombre total de personnes atteintes de dépression clinique grave en pleine rémission qui manifestent des symptômes de rechute
- Numérateur : nombre de personnes incluses dans le dénominateur qui font l'objet d'une évaluation complète dans les 7 jours qui suivent la manifestation des symptômes de rechute
- Source des données : collecte de données locales

DÉFINITIONS UTILISÉES DANS LE PRÉSENT ÉNONCÉ DE QUALITÉ

Accès en temps opportun

- **Dépression grave** : dans les 7 jours
- **Dépression légère à modérée** : dans les 4 semaines

Épisodes récurrents de dépression clinique

Il s'agit de trois épisodes ou plus, dont deux survenus au cours des 5 dernières années avec au moins 6 mois entre épisodes.

Sensibilisation et soutien

Les personnes atteintes de dépression clinique, leurs proches et leurs personnes soignantes sont sensibilisés et informés au sujet du soutien et services d'urgence offerts en milieu communautaire.

Contexte

Les personnes atteintes de dépression clinique, leurs proches et leurs personnes soignantes peuvent bénéficier de séances de sensibilisation au sujet de l'état et de l'information sur les services et le soutien disponibles dans leur localité. Les séances de sensibilisation ont

pour but d'informer les gens au sujet de la nature de la dépression clinique et des signes et symptômes associés, ainsi que des stratégies potentielles que les proches et personnes soignantes peuvent utiliser pour réduire le risque de rechute.

Sources : American Psychiatric Association, 2010⁶ | Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments, 2009¹ | National Institute for Health and Clinical Excellence, 2009⁸ | Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2010¹² | Veterans Affairs et Department of Defense, 2009¹⁰

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les patients

Vous et vos proches et personnes soignantes devriez recevoir de l'information sur votre état et le soutien et les services d'urgence offerts en milieu communautaire.

Pour les cliniciens

Offrez aux personnes atteintes de dépression clinique et à leurs proches et personnes soignantes des renseignements sur la nature de la dépression et le soutien et les services d'urgence offerts en milieu communautaire.

Pour les services de santé

S'assurer que l'éducation et l'information appropriées soient disponibles pour personnes atteintes de dépression clinique, à leurs proches et personnes soignantes.

Indicateurs de qualité

Indicateur de processus

Pourcentage de personnes atteintes de dépression clinique qui, avec leurs proches et personnes soignantes, sont sensibilisées et informées au sujet de la dépression clinique et du soutien et des services d'urgence offerts en milieu communautaire

- Dénominateur : nombre total de personnes atteintes de dépression clinique
- Numérateur : nombre de personnes incluses dans le dénominateur qui, avec leurs proches et personnes soignantes, sont sensibilisées et informées au sujet de la dépression clinique du soutien et des services d'urgence offerts en milieu communautaire
- Source des données : collecte de données locales

DÉFINITIONS UTILISÉES DANS LE PRÉSENT ÉNONCÉ DE QUALITÉ

Proches et personnes soignantes

Cela comprend les membres de la famille, les aidants naturels et les aidants familiaux qui vivent avec la personne atteinte de dépression ou sont proches d'elle.

Sensibilisation

Cela comprend ce qui suit :

- Signes et symptômes de dépression
- Options de traitement et effets secondaires
- Stratégies d'autogestion, par exemple, observation des symptômes et du risque de suicide, participer à des activités significatives, bien s'alimenter, avoir bonne hygiène du sommeil, faire des exercices, et réduire la consommation de tabac et d'alcool
- Soins autonomes dans la famille et résilience
- Ressources locales et support
- Risque de rechute et signes précoces et symptômes de rechute

Transitions en matière de soins

Les personnes atteintes de dépression majeure qui transition d'un fournisseur de soins à un autre ont un plan de soins qui est mis à leur disposition et leur fournisseur d'accueil dans les 7 jours de la transition, et un calendrier de suivi est établi. Un rendez-vous est pris pour une consultation de suivi dans les 7 jours qui suivent un séjour à l'hôpital pour dépression clinique.

Contexte

Les transitions entre fournisseurs de soins peuvent accroître le risque d'erreurs et de malentendu dans le traitement d'une personne. Il est important pour les personnes atteintes de dépression clinique qui passent d'un fournisseur de soins à un autre d'avoir un plan de soins qui est aussi communiqué aux fournisseurs de soins. Une communication et une coordination optimales de traitement avec d'autres professionnels de la santé réduisent le risque de rechute et peuvent réduire les effets indésirables. Si la personne est dirigée vers un nouveau fournisseur de soins, on doit s'assurer que le nouveau fournisseur accepte le patient avant le transfert.

Un rendez-vous de suivi après l'hospitalisation appuie la transition en milieu communautaire. Cela peut être l'occasion de détecter tout problème associé à la prise de médicaments en plus d'être un moyen de préserver la stabilité clinique et fonctionnelle et d'éviter les réadmissions. Il est particulièrement important que les personnes atteintes de dépression clinique qui sont hospitalisées et présentent un risque suicidaire d'être suivies dès la sortie de l'hôpital. Si la personne y consent, ses proches ou personnes soignantes devraient être informés du risque suicidaire.

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les patients

Si vous changez de fournisseur de soins, le fournisseur précédent devrait vous remettre à tous les deux une copie écrite de votre plan de soins et votre premier rendez-vous devrait être pris dans un délai précis. Par exemple, si vous souffrez de dépression clinique, vous devriez consulter le nouveau fournisseur de soins dans les 7 jours qui suivent la sortie de l'hôpital.

Pour les cliniciens

Lorsque la personne est dirigée vers un nouveau fournisseur de soins, vérifiez si ce dernier accepte le patient, et que tous les deux reçoivent un plan de soins documenté dans les 7 jours, et qu'un rendez-vous de suivi est pris avec le nouveau fournisseur. Lorsque la personne sort de l'hôpital, assurez-vous qu'un rendez-vous de suivi est pris avec un professionnel de la santé dans les 7 jours qui suivent la sortie.

Pour les services de santé

Mettre en place des systèmes, processus et ressources pour faciliter la communication et le partage de l'information entre cliniciens pendant la transition entre soins. Veiller à ce que le système soit en mesure de respecter le calendrier de rendez-vous.

Indicateurs de qualité

Indicateurs de processus

Pourcentage de personnes atteintes de dépression clinique qui passent d'un fournisseur ou d'un milieu de soins à un autre et disposent d'un plan de soins documenté

- Dénominateur : nombre total de personnes atteintes de dépression clinique qui passent d'un fournisseur ou d'un milieu de soins à un autre
- Numérateur : nombre de personnes incluses dans le dénominateur qui disposent d'un plan de soins documenté
- Source des données : collecte de données locales

DÉFINITIONS UTILISÉES DANS LE PRÉSENT ÉNONCÉ DE QUALITÉ

Plan de soins documenté

L'information suivante devrait être communiquée à la patiente ou au patient, aux proches, aux personnes soignantes et aux nouveaux fournisseurs de soins avant la transition :

- Symptômes de dépression au moment de la transition
- Risque de suicide ou d'automutilation, le cas échéant
- Traitements antérieurs, dont ceux qui ont échoué
- Objectifs du traitement

Indicateurs de processus SUITE**Pourcentage de personnes atteintes de dépression clinique qui passent d'un fournisseur ou d'un milieu de soins à un autre et dont le plan de soins indique un calendrier de suivi**

- Dénominateur : nombre total de personnes atteintes de dépression clinique qui passent d'un fournisseur ou d'un milieu de soins à un autre et disposent d'un plan de soins documenté
- Numérateur : nombre de personnes incluses dans le dénominateur dont le plan de soins indique un calendrier de suivi
- Source des données : collecte de données locales

Pourcentage de personnes atteintes de dépression clinique qui passent d'un fournisseur ou d'un milieu de soins à un autre et dont le plan de soins est remis au nouveau fournisseur de soins dans les 7 jours

- Dénominateur : nombre total de personnes atteintes de dépression clinique qui passent d'un fournisseur ou d'un milieu de soins à un autre et disposent d'un plan de soins documenté
- Numérateur : nombre de personnes incluses dans le dénominateur dont le plan de soins est remis au nouveau fournisseur de soins dans les 7 jours
- Source des données : collecte de données locales

Pourcentage de personnes atteintes de dépression clinique qui sortent de l'hôpital et voient un psychiatre ou un médecin de soins primaires dans les 7 jours qui suivent la sortie

- Dénominateur : nombre total de personnes atteintes de dépression clinique qui sortent de l'hôpital
- Numérateur : nombre de personnes pour lesquelles au moins une consultation avec un psychiatre ou un médecin de soins primaires est prévue dans les 7 jours qui suivent l'hospitalisation de référence
- Source des données : Base de données sur les congés des patients, Système d'information ontarien sur la santé mentale, base de données sur les demandes de règlement de l'Assurance-santé de l'Ontario

Énoncé de pratique émergente : Interventions non pharmacologiques

Qu'est-ce qu'un énoncé de pratique émergente?

L'énoncé de pratique émergente décrit un domaine d'amélioration de la qualité que le comité consultatif juge prioritaire, mais pour lequel les lignes directrices utilisées dans l'établissement des énoncés de la qualité contiennent des preuves concrètes insuffisantes ou contradictoires. L'énoncé de pratique émergente reconnaît la nécessité de formuler des recommandations fondées sur des données probantes, mais que ces éléments sont encore insuffisants.

Justification

Le comité consultatif a convenu que les thèmes suivants devaient être étudiés à l'avenir : traitements non pharmacologiques, y compris méditation, plan d'action personnel de rétablissement, soutien par les pairs et spiritualité.

Remerciements

Comité consultatif

Qualité des services de santé Ontario tient à remercier les personnes suivantes pour leur contribution volontaire et généreuse de temps et d'expertise ayant permis de créer la présente norme de qualité :

Peter Voore (coprésident)

Directeur médical,
programme Soins ambulatoires
et traitements structurés,
Centre de toxicomanie et
de santé mentale

Pierre Blier (coprésident)

Professeur, département de
psychiatrie et de médecine
moléculaire et cellulaire,
Institut de recherche en santé
mentale, Le Royal Ottawa

Anita Barnes

Neighbourhood Legal Services,
conseillère en situation de vécu

Debbie Bauer

Ergothérapeute,
The Resiliency Tutor

Marie-Hélène Chomienne

Médecin de famille,
Hôpital Montfort, professeure
et chercheuse clinique,
Université d'Ottawa

Rachel Cooper

Conseillère en situation de vécu,
Peer Initiatives Manager,
Stella's Place

Michael Dunn

Directeur de la recherche,
éducation et amélioration
de la qualité,
Association canadienne
pour la santé mentale

Sonu Gaind

Chef de psychiatrie/directeur
médical de la santé mentale,
Hôpital Humber River,
professeur associé, Université
de Toronto

Sonja Grbevski

Vice-présidente, Activités cliniques,
Hôtel-Dieu Grace Health Care

Crystal Kaukinen

Infirmière praticienne, Lakehead
Nurse Practitioner-Led Clinic

Sidney Kennedy

Scientifique en chef/professeur,
Réseau universitaire de santé,
Université de Toronto,
Hôpital St. Michael

Paul Kurdyak

Directeur, unité de recherche
sur les résultats pour
la santé de la population et
l'évaluation du rendement,
Centre de toxicomanie et de
santé mentale

Kathryn Leferman

Directrice du soutien à la décision,
Centre d'accès aux soins
communautaires d'Érié St-Clair

Sandie Leith

Directrice des services cliniques,
Association canadienne pour
la santé mentale – direction de
Sault Ste. Marie

Paul Links

Président/chef,
département de psychiatrie,
St. Joseph's Health Care,
Université Western

Vesna Milinkovic

Directrice, Community Mental
Health Services, Fred Victor Centre

Pauline Pariser

Médecin en chef,
Taddle Creek Family Health Team,
directrice des soins primaires,
Réseau universitaire de santé

Chris Perlman

Professeur adjoint, School of
Public Health and Health Systems,
Université de Waterloo

Alicia Raimundo

Conseillère en situation de vécu

Comité consultatif SUITE

Raj Rasasingham

Directeur intérimaire,
formation postdoctorale,
Université de Toronto – Division
de pédopsychiatrie, psychiatre,
Hôpital Humber River

Neil Rector

Psychologue et chercheur
scientifique principal,
Centre Sunnybrook des
sciences de la santé,
professeur, département
de psychiatrie et science
clinique psychologique,
Université de Toronto

Frank Sirotych

Directeur, services de
soutien communautaire,
Association canadienne
pour la santé mentale

Andrew Wiens

Chef de division,
psychiatrie gériatrique,
Institut de recherche
en santé mentale,
Le Royal Ottawa

Gillian Young

Gestionnaire clinique,
programme Soins ambulatoires
et traitements structurés,
Centre de toxicomanie
et de santé mentale

Ari Zaretsky

Vice-président, Éducation
et chef de psychiatrie,
Centre Sunnybrook des sciences
de la santé, professeur associé,
Université de Toronto

Références

- (1) Kennedy S.H., R.W. Lam, S.V. Parikh, S.B. Patten, A.V. Ravindran. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults. *J Affect Disord.* 2009;117 Suppl :S1-S64.
- (2) Agence de la santé publique du Canada. Qu'est-ce que la dépression? [Internet]. Ottawa (ON) : L'Agence; 2016 [mis à jour le 22 décembre 2014; mentionné en janvier 2016]. Consultable à : www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/mi-mm/depression-fra.php
- (3) Brien S., L. Grenier, M.E. Kapral, P. Kurdyak, S. Vigod. Faire le point: Un rapport sur la qualité des services de santé mentale et de lutte contre les dépendances en Ontario, [Internet]. Toronto (ON) : Qualité des services de santé Ontario et Institut de recherche en services de santé; 2015 [mentionné le 12 avril 2016]. Consultable à : www.hqontario.ca/portals/0/Documents/pr/theme-report-taking-stock-fr.pdf
- (4) Yaffe K., P. Fox, R. Newcomer, L. Sands, K. Lindquist, K. Dane, et coll. Patient and caregiver characteristics and nursing home placement in patients with dementia. *JAMA.* 2002;287(16) : 2090-7.
- (5) Commission de la santé mentale du Canada. Rétablissement [Internet]. Ottawa (ON) : La Commission; c2016 [mentionné le 21 juin 2016]. Consultable à : <http://www.mentalhealth-commission.ca/Francais/focus-areas/retablissement>
- (6) American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder. Arlington (VA) : l'association; 2010.
- (7) Zuckerbrot R.A., A.H. Cheung, P.S. Jensen, R.E. Stein, D. Laraque. Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care (GLAD-PC) : I. Identification, assessment, and initial management. *Pediatrics.* 2007;120(5) :e1299-312.
- (8) National Institute for Health and Clinical Excellence. Depression in adults : the treatment and management of depression in adults. Manchester, Royaume-Uni : l'institut; 2009.
- (9) Dunt D., J. Robinson, S. Selvarajah, L. Young, N. Highet, C. Shann, et coll. beyondblue, Australia's national depression initiative : An evaluation for the period 2005–2010. *Int J Ment Health Promotion.* 2011;13(3) :22-36.
- (10) Veterans Affairs et Department of Defense. Management of major depressive disorder (MDD). Washington (DC) : Veterans Affairs et Department of Defense; 2009.

- (11) Cleare A., C.M. Pariante, A.H. Young, I.M. Anderson, D. Christmas, P.J. Cowen, et coll. Evidence-based guidelines for treating depressive disorders with antidepressants : A revision of the 2008 British Association for Psychopharmacology guidelines. *Journal of psychopharmacology* (Oxford, Angleterre). 2015;29(5) :459-525.
- (12) Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Non-pharmaceutical management of depression in adults : a national clinical guideline. Edinburgh, Écosse : le réseau; 2010.
- (13) Terman M, Terman JS. Light therapy for seasonal and nonseasonal depression : efficacy, protocol, safety, and side effects. *CNS Spectr.* 2005;10(8) :647-63; quiz 72.
- (14) Mead G.E., W. Morley, P. Campbell, C.A. Greig, M. McMurdo, D.A. Lawlor. Exercise for depression. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008(4) :Cd004366.
- (15) Gibbons R.D., C.H. Brown, K. Hur, S.M. Marcus, D.K. Bhaumik, J.A. Erkens, et coll. Early evidence on the effects of regulators' suicidality warnings on SSRI prescriptions and suicide in children and adolescents. *Am J Psychiatry.* 2007;164(9) :1356-63.
- (16) Preventing recurrent depression : long-term treatment for major depressive disorder. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry.* 2007;9(3) :214-23.
- (17) Greenhalgh J., C. Knight, D. Hind, C. Beverley, S. Walters. Clinical and cost-effectiveness of electroconvulsive therapy for depressive illness, schizophrenia, catatonia and mania : systematic reviews and economic modelling studies. *Health Technol Assess.* 2005;9(9) :1-156, iii-iv.

**Qualité des services
de santé Ontario**

130, rue Bloor Ouest,
10^e étage
Toronto, Ontario
M5S 1N5

Tél. : 416 323-6868

Sans frais : 1 866 623-6868

Télééc. : 416 323-9261

Courriel : QualityStandards@hqontario.ca

www.hqontario.ca

Normes
de qualité

La dépression clinique

Soins aux adultes et aux adolescents

ISBN 978-1-4606-8795-6 (Imprimé)

ISBN 978-1-4606-8796-3 (PDF)

© Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2016