

**Normes  
de qualité**

# **Trouble obsessionnel-compulsif**

---

Soins dans tous les milieux



**Santé Ontario**  
Qualité

# À propos de cette norme de qualité

La présente norme de qualité porte sur les **soins offerts aux personnes atteintes d'un trouble obsessionnel-compulsif**.

La norme de qualité s'applique à tous les milieux de soins, mais porte principalement sur les soins donnés dans les établissements de soins primaires et en milieu communautaire. Bien qu'elle mette l'accent sur les soins offerts aux adultes (18 ans et plus), cette norme de qualité comprend également du contenu pertinent pour les soins donnés aux enfants et aux adolescents (moins de 18 ans). Elle n'aborde cependant pas les soins offerts pour certains troubles associés au trouble obsessionnel-compulsif (p. ex. peur d'une dysmorphie corporelle, syllogomanie, acné excoriée ou trichotillomanie) puisqu'il s'agit de troubles distincts qui nécessitent un traitement différent.

## Qu'est-ce qu'une norme de qualité?

Les normes de qualité décrivent à quoi ressemblent des soins de grande qualité pour des conditions ou des processus où il y a de grandes variations dans la façon dont les soins sont dispensés ou où il y a des écarts entre les soins fournis en Ontario et les soins que les patients devraient recevoir. Objectifs :

- Aider les patients, les familles et les aidants à savoir ce qu'ils doivent demander relativement aux soins;
- Aider les professionnels de la santé à savoir quels soins ils devraient offrir, sur la base de données probantes et d'un consensus d'experts;
- Aider les organismes de soins de santé à mesurer, à évaluer et à améliorer leur rendement en matière de soins aux patients.

Les normes de qualité sont élaborées par l'unité opérationnelle de la qualité de Santé Ontario, en collaboration avec les professionnels de la santé, les patients et les aidants de l'Ontario.

Pour obtenir plus de renseignements, veuillez nous communiquer à l'adresse [qualitystandards@hqontario.ca](mailto:qualitystandards@hqontario.ca).

# Valeurs à la base de cette norme de qualité

Cette norme de qualité a été créée et devrait être mise en œuvre conformément à la [Déclaration des valeurs pour les patients de l'Ontario](#). Cette déclaration « est une vision qui trace la voie vers un partenariat avec les patients dans l'ensemble du système de soins de santé de l'Ontario. Elle décrit un ensemble de principes fondamentaux considérés du point de vue des patients ontariens; elle sert de document d'orientation pour tous ceux qui ont affaire à notre système de soins de santé. »

Ces valeurs sont :

- Respect et dignité
- Empathie et compassion
- Responsabilité
- Transparence
- Équité et participation

Les professionnels de la santé devraient reconnaître les répercussions historiques et actuelles de la colonisation dans le contexte de la vie des peuples autochtones partout au Canada et s'efforcer d'y remédier. Il est important que les soins soient adaptés pour s'assurer qu'ils sont culturellement appropriés et sécuritaires pour les Premières nations, les Inuits et les Métis. Ce travail consiste à être sensible aux impacts des traumatismes intergénérationnels et actuels et aux préjudices physiques, mentaux, émotionnels et sociaux subis par les peuples, les familles et les communautés autochtones. Cette norme de qualité s'appuie sur des lignes directrices de pratique clinique existantes élaborées par des groupes qui n'incluent pas nécessairement de soins culturellement pertinents ou qui ne reconnaissent pas les croyances, les pratiques et les modèles de soins traditionnels autochtones.

La présente norme de qualité repose sur les principes de respect et de rétablissement présentés dans la Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada, selon laquelle les personnes atteintes d'un trouble obsessionnel-compulsif peuvent mener des vies intéressantes et sont en droit de recevoir des services prodigués dans un milieu qui favorise l'espoir, l'autonomisation, l'autodétermination et la responsabilisation<sup>1</sup>, conformément aux valeurs et aux pratiques de soins axées sur le

rétablissement. Le concept de rétablissement fait référence à la « possibilité de mener une vie satisfaisante, valorisante et nourrie par l'espoir en dépit des inconvénients causés par les maladies et les problèmes en lien avec la santé mentale »<sup>2</sup>. Comme le décrit la Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada, « le rétablissement est perçu comme un processus selon lequel les personnes vivant avec des troubles mentaux ou une maladie mentale sont activement engagées et soutenues de manière à ce qu'elles puissent participer activement à leur cheminement vers le bien-être » et chacun y a accès. « Le processus de rétablissement s'appuie non seulement sur les forces de la personne, mais aussi sur celles de sa famille, de sa culture et de sa communauté » et peut être favorisé par divers types de services, de mesures de soutien et de traitements<sup>1</sup>.

« Le mieux-être mental consiste en un équilibre entre les aspects mental, physique, spirituel et émotionnel. Il y a renforcement de cet équilibre chez les individus qui ont un but dans leur vie quotidienne, qui entretiennent à l'égard de leur avenir et de celui de leur famille un espoir, qui éprouvent un sentiment d'appartenance et d'attachement et qui ont le sentiment que la vie a un sens »<sup>3</sup>. Ces éléments du mieux-être mental sont appuyés par des facteurs comme la culture, la langue, les aînés, les familles et la création. Le Cadre du continuum du mieux-être mental des Premières Nations offre une approche coordonnée et exhaustive qui « respecte, valorise et utilise leurs façons d'apprendre, leurs langues, leurs méthodes et leurs connaissances culturelles »<sup>3</sup>.

# Énoncés de qualité pour améliorer les soins

Ces énoncés de qualité décrivent à quoi ressemblent des soins de grande qualité pour les personnes atteintes d'un trouble obsessionnel-compulsif (TOC).

## Énoncé de qualité 1 : Détermination

Les personnes soupçonnées d'être atteintes d'un trouble obsessionnel-compulsif (TOC) font l'objet d'une détermination précoce à l'aide de questions de dépistage reconnues et d'échelles de cotes de gravité validées.

## Énoncé de qualité 2 : Évaluation globale

Les personnes soupçonnées d'être atteintes de TOC ou qui ont reçu un diagnostic positif de TOC font l'objet d'une évaluation globale en temps opportun pour déterminer si elles sont ou non atteintes de TOC, établir la gravité de leurs symptômes, si elles présentent des comorbidités et si elles ont une déficience fonctionnelle associée.

## Énoncé de qualité 3 : Soutien à la famille

Les personnes atteintes de TOC sont encouragées à faire participer les membres de leur famille à leur évaluation et à leur traitement, en fonction des besoins et des préférences de chacun. Les membres de la famille sont également orientés vers les ressources et le soutien disponibles et se voient proposer de la psychoéducation, y compris des conseils sur la façon d'éviter les mesures d'adaptation.

## Énoncé de qualité 4 : Approche par paliers en matière de soins pour le TOC

Les personnes atteintes de TOC reçoivent un traitement qui suit une approche par paliers utilisant d'abord l'intervention la moins intensive et la plus efficace en fonction de la gravité des symptômes, du degré de déficience fonctionnelle et des besoins et des préférences individuels.

## Énoncé de qualité 5 : Auto-assistance

Les personnes atteintes de TOC sont informées des ressources d'auto-assistance, comme les livres, les ressources éducatives disponibles sur Internet et les groupes de soutien, et reçoivent de l'aide pour y accéder en fonction de leurs besoins et de leurs préférences individuelles et en harmonie avec l'approche par paliers en matière de soins.

## Énoncé de qualité 6 : Thérapie cognitivo-comportementale pour le TOC

Les personnes atteintes de TOC ont accès en temps opportun à la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) avec exposition avec prévention de la réponse, en fonction de leurs besoins et préférences individuels et en harmonie avec une approche par paliers en matière de soins. La TCC avec exposition avec prévention de la réponse est donnée par un professionnel de la santé spécialisé dans le TOC.

## Énoncé de qualité 7 : Traitement pharmacologique spécifique au TOC

Les personnes atteintes d'un TOC modéré à grave, ou celles qui ne répondent pas à un traitement psychologique, se voient offrir un inhibiteur spécifique du recaptage de la sérotonine (ISRS) selon une dose particulière et pour une durée spécifique afin de traiter leur TOC, en fonction de leurs besoins et préférences individuels et en harmonie avec une approche par paliers en matière de soins.

## Énoncé de qualité 8 : Surveillance

Les personnes atteintes de TOC font l'objet d'un suivi régulier en ce qui concerne leur réponse au traitement (efficacité et tolérabilité) pendant toute la durée de celui-ci grâce à des outils validés et à une évaluation de leur évolution clinique.

## Énoncé de qualité 9 : Soutien pendant la réponse au traitement initial

Les personnes atteintes de TOC sont informées de ce à quoi elles doivent s'attendre et reçoivent du soutien pendant le traitement initial. Si celui-ci ne fonctionne pas, les personnes atteintes de TOC devront alors être réévaluées. Elles pourront alors accéder à d'autres options de traitement en fonction de leurs besoins et de leurs préférences individuelles et en harmonie avec l'approche par paliers en matière de soins.

## Énoncé de qualité 10 : Traitement intensif

Lorsque le traitement psychologique ou pharmacologique ne fonctionne pas ou dans les cas de TOC grave, les personnes reçoivent plutôt un traitement intensif, en harmonie avec l'approche par paliers en matière de soins.

## Énoncé de qualité 11 : Prévention des rechutes

Les personnes atteintes de TOC qui reçoivent un traitement sont également informées et éduquées sur la façon de prévenir les rechutes et de gérer les symptômes si jamais ils se manifestent de nouveau.

## Énoncé de qualité 12 : Transitions dans les soins

Les personnes atteintes de TOC reçoivent des soins appropriés pendant toute leur vie et vivent des transitions harmonieuses entre les différents services et professionnels de la santé, y compris entre les divers milieux de soins et lorsqu'elles doivent passer des services pour enfants et adolescents à ceux pour adultes.

## Table des matières

À propos de cette norme de qualité	1
Qu'est-ce qu'une norme de qualité?	1
Valeurs à la base de cette norme de qualité	2
Énoncés de qualité pour améliorer les soins	4
Portée de cette norme de qualité	7
Justification de la nécessité de cette norme	8
Comment utiliser cette norme de qualité	10
Pour les patients	10
Pour les cliniciens et les organismes	10
<b>Énoncés de qualité pour améliorer les soins : Détails</b>	<b>14</b>
Énoncé de qualité 1 : Détermination	15
Énoncé de qualité 2 : Évaluation globale	19
Énoncé de qualité 3 : Soutien à la famille	22
Énoncé de qualité 4 : Approche par paliers en matière de soins pour le TOC	25
Énoncé de qualité 5 : Auto-assistance	28
Énoncé de qualité 6 : Thérapie cognitivo-comportementale pour le TOC	31
Énoncé de qualité 7 : Traitement pharmacologique spécifique au TOC	34
Énoncé de qualité 8 : Surveillance	37
Énoncé de qualité 9 : Soutien pendant la réponse au traitement initial	40
Énoncé de qualité 10 : Traitement intensif	43
Énoncé de qualité 11 : Prévention des rechutes	45
Énoncé de qualité 12 : Transitions dans les soins	48
Énoncé de pratique émergente : Thérapie basée sur la pleine conscience	51
<b>Appendices</b>	<b>52</b>
Appendice 1. Recommandations pour adoption : Manière dont le système de soins de santé peut appuyer la mise en œuvre	53
Appendice 2. Mesure à l'appui de l'amélioration	57
Appendice 3. Glossaire	72
Remerciements	73
Références	75
À propos de nous	78

# Portée de cette norme de qualité

La présente norme de qualité porte sur les soins offerts aux personnes qui vivent avec un TOC. La norme de qualité s'applique à tous les milieux de soins, mais porte principalement sur les soins donnés dans les établissements de soins primaires et en milieu communautaire. Bien qu'elle mette l'accent sur les soins offerts aux adultes (18 ans et plus), cette norme de qualité comprend également du contenu pertinent pour les soins donnés aux enfants et aux adolescents (moins de 18 ans).

Peu de recommandations en ce qui concerne la pratique clinique étaient disponibles pour appuyer l'élaboration d'une norme de qualité globale pour les enfants et les adolescents. La présente norme n'inclut donc de l'orientation que lorsque du contenu et des recommandations avec lignes directrices pertinents étaient disponibles à cet égard.

La présente norme de qualité utilise la catégorisation des troubles obsessionnels-compulsifs que l'on retrouve dans le *DSM-5® Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, soit un trouble caractérisé par la présence d'obsessions ou de compulsions ou les deux<sup>4</sup> :

- « Les obsessions sont des pensées, pulsions ou images récurrentes et persistantes qui sont ressenties comme étant intrusives et inopportunes (...) et entraînent une anxiété ou une détresse importante chez la plupart des sujets. L'individu fait des efforts pour ignorer ou réprimer ces obsessions (p. ex. en évitant les déclencheurs ou en utilisant l'arrêt de la pensée), ou pour les neutraliser par d'autres pensées ou actions ».
- Les compulsions « (ou rituels) sont des comportements répétitifs (p. ex. laver, vérifier) ou des actes mentaux (p. ex. compter, répéter des mots de manière silencieuse) que le sujet se sent poussé à accomplir en réponse à une obsession ou selon certaines règles qui doivent être appliquées de manière inflexible (...) Le but est de diminuer le sentiment de détresse déclenché par les obsessions ou d'empêcher un événement redouté ».

Cette norme de qualité n'inclut pas les troubles liés au trouble obsessionnel-compulsif, tels que la peur d'une dysmorphie corporelle, la syllogomanie, l'acné excoriée ou la trichotillomanie. Certains troubles liés au TOC ont également été exclus du champ d'application en raison des limites des recommandations pertinentes pour la pratique clinique. Cette norme de qualité n'aborde pas non plus les troubles liés aux traumatismes et aux facteurs de stress (y compris le syndrome de stress post-traumatique).

Pour plus d'informations sur le trouble anxieux, veuillez consulter la norme de qualité *Trouble anxieux : soins dans tous les milieux* qui a été élaborée en même temps que la présente norme de qualité.

# Justification de la nécessité de cette norme

Le trouble obsessionnel-compulsif (TOC) se caractérise par la présence d'obsessions (pensées récurrentes, persistantes, intrusives, pulsions ou images) ou de compulsions (comportements répétitifs) ou des deux. On estime que de 1,6 à 2,3 % des adultes (1 sur 50) ont été atteints d'un trouble obsessionnel-compulsif à un moment donné de leur vie (prévalence durant toute la vie).<sup>5-8</sup> Selon une enquête sur la santé de la population de Statistique Canada, la prévalence du TOC diagnostiqué au Canada est de 0,93 %, soit une personne sur 100 âgée de 15 ans ou plus.<sup>9</sup> Chez les enfants cependant, ce trouble est plus fréquent chez les garçons; alors que parmi les adultes, il touche autant les hommes que les femmes<sup>10</sup>.

Les symptômes invalidants du TOC contribuent à une moins bonne qualité de vie, non seulement pour les personnes atteintes, mais aussi pour les membres de leur famille<sup>5,11</sup>. En outre, les symptômes débilitants et les importants troubles fonctionnels associés au TOC entraînent également un risque accru d'idées suicidaires et de tentatives de suicide<sup>12</sup>. Ainsi, environ le quart des personnes atteintes de TOC ont déjà fait une tentative de suicide<sup>5,13</sup>.

Le TOC contribue également au fardeau économique considérable que la santé mentale et les dépendances imposent à la société. Ainsi, en 2015, les dépenses publiques et privées du Canada en santé mentale étaient estimées à 15,8 milliards de dollars<sup>14</sup>.

En 2018, 12,3 % des adultes et 21,6 % des enfants et des adolescents de l'Ontario ayant un TOC ont eu leur premier contact pour un TOC à l'urgence, ce qui signifie qu'ils n'avaient pas eu accès à un médecin en services de santé mentale ou de toxicomanie depuis deux ans (SNISA, BDCP, SIOSM et base de données des réclamations du Régime d'assurance-santé de l'Ontario, données fournies par l'IC/ES, 2019\*). En 2018, 460 adultes et 299 enfants et jeunes ont visité l'urgence pour un TOC (SNISA, données fournies par l'IC/ES, 2019\*). De plus, chez les personnes qui se sont rendues à l'urgence pour un TOC, le taux de retour à l'urgence dans les 30 jours pour des problèmes de santé mentale ou de toxicomanie était de 22,4 % (SNISA, données fournies par l'IC/ES, 2019\*). Les retours à l'urgence étaient plus fréquents chez les femmes que chez les hommes (27,2 % par rapport à 16,8 %; SNISA, données fournies par l'IC/ES, 2019\*).

En 2017, il y a eu 343 hospitalisations pour TOC, dont le nombre variait de 1-5 à 59 dans toutes les régions de l'Ontario (BDCP, SIOSM, données fournies par l'IC/ES, 2019\*). Pour les personnes de l'Ontario admises à l'hôpital pour un TOC, le taux de réadmissions à l'hôpital dans les 30 jours pour des problèmes de santé mentale ou de toxicomanie

---

\* BDCP, Base de données sur les congés des patients; SNISA, Système national d'information sur les soins ambulatoires; IC/ES, Institute for Clinical Evaluative Sciences; SIOSM, Système d'information ontarien sur la santé mentale.

était de 10,9 %. Le taux de réadmission à l'hôpital variait d'une région à l'autre de l'Ontario, le taux le plus élevé étant de 20,1 % dans le réseau local d'intégration des services de santé (RLISS) de Mississauga Halton, comparativement à 0 % dans le RLISS d'Érié St-Clair, du Sud-Est et du Sud-ouest. Ces résultats peuvent être associés aux personnes qui reçoivent des soins de fournisseurs qui ne sont pas médecins, aux personnes qui n'ont pas accès aux services de santé mentale et de toxicomanie offerts par les médecins, et les occasions manquées potentielles pour les services de santé mentale dans les soins primaires et communautaires.<sup>15</sup>

Plusieurs facteurs d'équité, y compris le sexe, le revenu, la comorbidité, l'identité autochtone et la géographie, peuvent avoir différentes répercussions sur les populations spécifiques atteintes de TOC. Le quintile de revenu le plus faible selon le quartier est celui dans lequel on retrouvait la plus forte proportion de personnes ayant déclaré avoir reçu un diagnostic de TOC ou de troubles anxieux (Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : santé mentale, 2012). De même, un plus grand nombre de personnes des régions rurales ont indiqué avoir reçu un diagnostic de TOC ou de trouble anxieux que dans les zones urbaines (7,5 % contre 4,8 %, respectivement; Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2012).

Il existe d'importantes lacunes dans le système de soins de santé lorsqu'il s'agit de traiter les personnes atteintes de TOC. Les professionnels de la santé ne reconnaissent pas toujours les différentes façons dont le TOC peut se présenter ou ne connaissent pas les traitements appropriés, ce qui représente un manque de connaissances et offre l'occasion de les éduquer<sup>16,17</sup>. Bon nombre de médecins voient des patients ayant des besoins en matière de santé mentale et de dépendance, mais peu d'entre eux se disent bien préparés à s'occuper d'eux<sup>14</sup>. De plus, les personnes atteintes d'un TOC peuvent avoir honte de leurs obsessions et de leurs compulsions ou ne pas savoir où trouver de l'aide, ce qui peut les empêcher de consulter un professionnel.<sup>16-18</sup> Dans une revue de la littérature portant sur les facteurs associés au non-traitement ou à la recherche tardive d'un traitement, les études ont révélé que les personnes atteintes d'un TOC retardent leur traitement pendant de nombreuses années, soit de 3 à 17 ans.<sup>18</sup>

Ces facteurs contribuent au retard dans le diagnostic et le traitement. Bien qu'il existe des traitements efficaces, en moyenne, 52,8 % des personnes âgées de 15 ans et plus dans le monde qui ont besoin de soins pour le TOC ne reçoivent pas de traitement.<sup>19</sup> Chez les adultes, le délai moyen entre la première manifestation de symptômes mineurs et l'apparition du TOC est de 6 ans, et 11 autres années s'écoulent avant qu'ils reçoivent un traitement.<sup>20</sup> Il existe de nombreuses possibilités d'améliorer les soins offerts aux personnes atteintes de TOC en Ontario pour qu'elles puissent avoir accès en temps opportun à un traitement approprié fondé sur des données probantes.

# Comment utiliser cette norme de qualité

Les normes de qualité informent les patients, les cliniciens et les organismes sur ce à quoi ressemblent des soins de grande qualité pour les problèmes de santé ou les processus jugés prioritaires pour l'amélioration de la qualité en Ontario. Elles sont fondées sur les meilleures données probantes.

Vous trouverez ci-dessous des conseils sur la façon d'utiliser les normes de qualité et les ressources qui y sont associées.

## Pour les patients

Cette norme de qualité consiste en des énoncés de qualité. Ces derniers décrivent à quoi ressemblent des soins de grande qualité pour les personnes atteintes de TOC.

Dans chaque énoncé de qualité, nous avons inclus de l'information sur ce que ces énoncés signifient pour vous, en tant que patient.

De plus, vous voudrez peut-être télécharger ce [guide du patient](#) sur le TOC, vous et votre famille, à avoir des conversations éclairées avec vos fournisseurs de soins de santé. À l'intérieur, vous y trouverez des questions que vous voudrez peut-être poser lorsque vous travaillerez ensemble à la préparation du plan de vos soins.

## Pour les cliniciens et les organismes

Ces énoncés de qualité à l'intérieur de cette norme de qualité décrivent à quoi ressemblent des soins de grande qualité pour les personnes atteintes de TOC.

Ils sont fondés sur les meilleures données probantes et conçus pour vous aider à savoir quoi faire pour réduire les écarts et les variations dans les soins.

De nombreux cliniciens et organismes offrent déjà des soins de grande qualité fondés sur des données probantes. Cependant, certains éléments de vos soins peuvent être améliorés. Cette norme de qualité peut servir de ressource pour vous aider à prioriser et à mesurer les efforts d'amélioration.

Des outils et des ressources pour vous soutenir dans vos efforts d'amélioration de la qualité accompagnent chaque norme de qualité. Ces ressources comprennent des indicateurs et leur définitions (appendice 2) pour vous aider à évaluer la qualité des soins que vous fournissez et à cerner les lacunes dans les soins et les secteurs à améliorer. Bien qu'il ne soit pas obligatoire d'utiliser ou de recueillir des données lorsqu'on utilise une norme de qualité pour améliorer les soins, la mesure est essentielle pour améliorer la qualité.

Il existe également un certain nombre de ressources en ligne pour vous aider, notamment :

- Notre [guide du patient](#) sur le TOC, que vous pouvez partager avec les patients et les familles pour les aider à avoir des conversations avec vous et leurs autres fournisseurs de soins de santé. Veuillez mettre à la disposition des gens le guide du patient où vous prodiguez les soins;
- Nos [ressources de mesure](#), qui comprennent nos tableaux de données pour vous aider à cerner les lacunes dans les soins et à éclairer vos efforts de planification et d'amélioration des ressources; notre guide de mesure des spécifications techniques pour les indicateurs dans cette norme et notre diaporama « dossier d'amélioration » pour vous aider à expliquer pourquoi cette norme a été créée et les données qui la soutiennent;
- Notre [Guide de démarrage](#), qui comprend des liens vers des modèles et des outils pour vous aider à mettre en pratique les normes de qualité. Ce guide vous montre comment planifier, mettre en œuvre et soutenir les changements dans votre pratique;
- [Quorum](#), qui est une communauté en ligne vouée à l'amélioration de la qualité des soins en Ontario. C'est un endroit où les fournisseurs de soins de santé peuvent échanger de l'information et se soutenir mutuellement. Le site comprend des outils et des ressources pour vous aider à mettre en œuvre les énoncés de qualité dans chaque norme;
- Les [plans d'amélioration de la qualité](#), qui peuvent aider votre organisme à décrire comment il améliorera la qualité des soins fournis à vos patients, résidents ou clients au cours de la prochaine année.

Pendant que vous mettez en œuvre cette norme de qualité, il se peut que vous ayez parfois de la difficulté à fournir les soins décrits en raison des obstacles au niveau du système. L'appendice 1 présente nos recommandations aux partenaires provinciaux pour les aider à éliminer ces obstacles afin pour que vous puissiez fournir des soins de grande qualité. En attendant, il existe de nombreuses actions que vous pouvez entreprendre par vous-même, alors veuillez lire la norme et agir là où vous le pouvez.

# Manière de mesurer le succès global

Le Comité consultatif sur la norme de qualité relative aux troubles anxieux et aux troubles obsessionnels-compulsifs a défini certains objectifs généraux pour cette norme de qualité. Ces objectifs ont été mis en correspondance avec des indicateurs qui peuvent servir à suivre les progrès réalisés pour améliorer les soins aux personnes atteintes de TOC en Ontario. Certains indicateurs sont mesurables à l'échelle provinciale, tandis que d'autres ne peuvent être mesurés qu'à l'aide de données de source locale.

La collecte et l'utilisation des données associées à cette norme de qualité sont facultatives. Toutefois, les données vous aideront à évaluer la qualité des soins que vous prodiguez et l'efficacité de vos efforts d'amélioration de la qualité.

Nous savons que cette norme comprend une longue liste d'indicateurs. Nous vous avons remis cette liste afin que vous n'ayez pas à créer vos propres indicateurs d'amélioration de la qualité. Nous vous recommandons d'identifier les domaines sur lesquels vous devez vous concentrer dans la norme de qualité, puis d'utiliser un ou plusieurs des indicateurs associés pour guider et évaluer vos efforts d'amélioration de la qualité.

Voir l'appendice 2 pour plus de détails sur la façon de mesurer ces indicateurs et notre [guide de mesure](#) pour plus d'information et de soutien.

## Indicateurs pouvant être mesurés à l'aide de données provinciales

- Pourcentage de personnes ayant dû se rendre à l'urgence de façon imprévue en raison d'un TOC et pour qui l'urgence a été le premier point de contact pour les soins en santé mentale et pour le traitement des dépendances.
- Pourcentage de consultations imprévues et répétées à l'urgence en raison de problèmes de santé mentale et de dépendance dans les 30 jours suivant une consultation non planifiée à l'urgence en raison d'un TOC
- Pourcentage de réadmissions de patients en raison de problèmes de santé mentale et de dépendance dans les 30 jours suivant leur congé de l'hôpital pour TOC

Les indicateurs ci-dessus peuvent n'inclure que les soins obtenus par un sous-ensemble de personnes atteintes de TOC. Consulter la section ci-dessous sur la mesure locale pour voir les indicateurs supplémentaires qui peuvent être utilisés pour évaluer la qualité des soins.

## Indicateurs ne pouvant être mesurés qu'à l'aide de données locales

- Pourcentage de personnes soupçonnées d'être atteintes de TOC ou ayant reçu un diagnostic positif de TOC et qui font l'objet d'une évaluation globale en temps opportun afin de déterminer si elles sont atteintes ou non de TOC, d'établir la gravité de leurs symptômes, si elles présentent des comorbidités et si elles ont une déficience fonctionnelle associée.
- Pourcentage de personnes atteintes de TOC pour lesquelles la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) avec exposition avec prévention de la réponse a été jugée appropriée et qui suivent une TCC avec exposition avec prévention de la réponse donnée par un professionnel de la santé ayant une expertise en TOC
- Pourcentage de personnes atteintes de TOC qui disent avoir vu une amélioration de leur qualité de vie.
- Pourcentage de personnes atteintes de TOC qui sont « tout à fait d'accord » avec la question suivante : « Les services que je reçois m'aident à surmonter plus facilement mes difficultés. »†
- Pourcentage de personnes atteintes de TOC qui terminent la TCC avec exposition avec prévention de la réponse et ont un rétablissement stable‡
- Pourcentage de personnes atteintes de TOC qui terminent la TCC avec exposition avec prévention de la réponse et ont une amélioration stable‡
- Pourcentage de personnes atteintes d'un TOC modéré à grave ou qui ne répondent pas à un traitement psychologique pour lesquelles un traitement pharmacologique a été jugé approprié et qui reçoivent un inhibiteur sélectif du recaptage de la sérotonine (ISRS) avec dose particulière et durée spécifique pour le TOC

---

† Cette question est tirée de l'Outil de perception des soins en Ontario Santé mentale et toxicomanie (question 30) élaboré au Centre de dépendance et de santé mentale (CAMH). Cette question est parfaitement harmonisée avec la norme de qualité globale et peut être utile pour déterminer l'expérience du patient. Elle fait partie d'un sondage plus vaste réalisé par CAMH auquel on peut accéder après avoir accepté un protocole d'entente et un contrat de licence avec CAMH. Veuillez consulter [la communauté de pratique de l'OPOC](#) pour de plus amples renseignements.

‡ Mesuré par des échelles de cotes de gravité validées et spécifiques au TOC avant le début du traitement et une fois celui-ci terminé. Veuillez consulter l'énoncé de qualité 1 pour obtenir plus d'informations sur les échelles.

# Énoncés de qualité pour améliorer les soins : Détails

---

# 1

## Détermination

Les personnes soupçonnées d'être atteintes d'un trouble obsessionnel-compulsif (TOC) font l'objet d'une détermination précoce à l'aide de questions de dépistage reconnues et d'échelles de cotes de gravité validées.

---

**Sources :** American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2012<sup>25</sup> | American Psychiatric Association, 2007<sup>26</sup> | British Association for Psychopharmacology, 2014<sup>27</sup> | National Institute for Health and Care Excellence, 2005<sup>21</sup>

### Définitions

**Personnes soupçonnées d'être atteintes de TOC :** Les personnes qui présentent des symptômes types du TOC, comme des préoccupations associées à la contamination, des pensées intrusives, des rituels de lavage ou de vérification excessifs ou d'autres rituels répétitifs ou comportements compulsifs.

**Détermination précoce :** La détermination d'un possible TOC devrait être effectuée le plus tôt possible (rapidement après l'apparition des symptômes et le plus tôt possible dans la vie). Les personnes ayant été déterminées comme pouvant être atteintes d'un possible TOC doivent subir une évaluation plus approfondie ou être orientées vers un professionnel de la santé capable d'effectuer une évaluation plus complète (voir l'énoncé de qualité 2). L'utilisation de questions de dépistage reconnues et d'échelles de cotes de gravité validées pour le TOC n'est pas recommandée pour tous les patients puisque ces outils sont destinés aux personnes qui présentent des symptômes types du TOC ou afin d'écartier la possibilité de TOC avant de poser un diagnostic.

**Questions de dépistage reconnues :** Voici quelques exemples de questions de dépistage reconnues.

- MACSCREEN<sup>5</sup>:
  - Êtes-vous dérangé par des pensées répétées et inopportunes de l'un ou l'autre des types suivants : pensées de blesser quelqu'un d'autre, pensées sexuelles, inquiétudes excessives au sujet de la contamination, des germes ou de la maladie, préoccupations associées aux doutes (questions « et si ») ou incapacité à prendre des décisions, rituels mentaux (par exemple, compter, prier, répéter) ou autres pensées intrusives inopportunes ?

# 1

## Détermination

- Si vous avez répondu « oui » à l'un des éléments indiqués ci-dessus, avez-vous de la difficulté à résister à ces pensées, à ces images ou à ces impulsions lorsqu'elles surgissent dans votre esprit ?
- Vous sentez-vous poussé à effectuer encore et encore certaines actions ou habitudes ou à les exécuter d'une manière précise ou jusqu'à ce que tout vous semble absolument parfait ? Laver, nettoyer, vérifier (p. ex. portes, serrures, électroménagers), placer ou arranger, répéter (p. ex. compter, toucher, prier), accumuler ou collectionner ou garder certaines choses en sont des exemples.
- Si vous avez répondu « oui » à l'un des éléments indiqués ci-dessus, avez-vous de la difficulté à résister à l'envie de faire ces choses ?
- Questions tirées des lignes directrices du National Institute for Health and Care Excellence<sup>21</sup> :
  - Nettoyez-vous ou faites beaucoup de ménage ?
  - Vérifiez-vous de nombreuses choses ?
  - Y a-t-il une pensée qui vous dérange sans cesse et dont vous aimeriez vous débarrasser, mais qui continue à vous hanter ?
  - Vous faut-il beaucoup de temps pour terminer vos activités quotidiennes ?
  - Êtes-vous préoccupé par l'idée de placer certaines choses dans un ordre précis ou êtes-vous très frustré par le désordre ?
  - Ces problèmes vous dérangent-ils ?
- Questions de dépistage autodéclaré tirées de l'outil Distress Assessment and Response Tool (DART)<sup>22</sup> :
  - À l'heure actuelle, avez-vous souvent des pensées, des pulsions ou des images répétitives inopportunes ou intrusives qui vous causent beaucoup d'anxiété ou de détresse (p. ex. des doutes à savoir si vous avez fait les choses correctement, l'idée de ne pas être propre ou d'être contaminé par des microbes ou des images ou des pensées dérangeantes inopportunes) ?
  - À l'heure actuelle, avez-vous adopté des comportements répétitifs (p. ex., vérifier, nettoyer) ou des rituels mentaux (p. ex., répéter certaines phrases) auxquels vous ne pouvez pas résister et qui sont en réponse à des pensées dérangeantes ou en raison de règles que vous devez absolument suivre ?

# 1

## Détermination

**Échelles de cotes de gravité validées :** Il existe bon nombre d'échelles de cotes de gravité validées qui permettent de mesurer la gravité des symptômes du TOC, y compris les échelles suivantes (des versions pour enfants et adolescents sont disponibles) :

- Échelle sur le TOC Yale-Brown (Y-BOCS et CY-BOCS)<sup>23</sup>
- Obsessive-Compulsive Inventory Revised (OCI-R et OCI-CV)<sup>24</sup>

## Justification

Bien que le TOC apparaisse généralement chez les gens dans la vingtaine, ces symptômes peuvent se manifester chez des enfants de moins de 10 ans, mais l'on ne dénombre que peu de nouveaux lorsque les gens atteignent la trentaine<sup>5</sup>. On estime que seules 14 % à 56 % des personnes atteintes de TOC tentent d'obtenir un traitement, ce qui donne à penser que le TOC est sous-estimé et insuffisamment traité. De nombreux professionnels de la santé peuvent ne pas avoir toute l'information requise pour pouvoir déterminer, diagnostiquer et traiter le trouble obsessionnel-compulsif. De même, il est possible que les personnes ne sachent pas que leurs symptômes sont associés à un TOC ou qu'elles soient tellement gênées par leurs obsessions et leurs compulsions qu'elles retardent leur recherche d'aide ou vont éviter de demander de l'aide<sup>16,17</sup>.

En elle-même, la détermination ne constitue pas un diagnostic de TOC. Elle permet cependant de documenter les symptômes pour la première fois, d'en quantifier la gravité dans un cadre limité dans le temps et d'indiquer qui peut avoir besoin d'une évaluation plus poussée (voir l'énoncé de qualité 2)<sup>28</sup>.

La clarté obtenue grâce à un diagnostic effectué au moment opportun aide également les gens à obtenir plus rapidement le traitement approprié. Les personnes qui présentent des symptômes importants ou une détresse et une dégradation connexes, mais qui ne satisfont pas les critères leur permettant d'obtenir un diagnostic, devraient demander à un professionnel de la santé de surveiller leurs symptômes.

Il est important d'étudier l'applicabilité des outils validés pour évaluer certaines populations spécifiques. Les facteurs dont il faut tenir compte incluent notamment l'âge et le stade de développement, la langue, la pertinence culturelle et la capacité cognitive.

# 1

## Détermination

En ce qui concerne les enfants et les adolescents, les questions de dépistage devraient inclure un langage<sup>25</sup> adapté au développement et être fondées sur les critères présentés dans le *DSM-5® Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, cinquième édition<sup>4</sup>. En plus de l'auto-évaluation de l'adolescent, toute autre information fournie par les parents et d'autres sources (p. ex., les enseignants) pourra aider à décrire l'impact du TOC du patient sur les membres de sa famille et à l'école<sup>21</sup>.

### La signification de cet énoncé de qualité

#### Pour les personnes soupçonnées d'être atteintes de TOC

Votre professionnel de la santé devrait vous poser des questions sur vos symptômes afin de savoir si vous êtes atteint ou non de TOC. Ces questions ne sont pas utilisées seules pour diagnostiquer un TOC, mais elles constituent une première étape importante.

#### Pour les cliniciens

Utiliser des questions de dépistage reconnues et des échelles de cotes de gravité validées pour déterminer les personnes susceptibles d'être atteintes de TOC qui tireraient profit d'une évaluation plus approfondie et d'un traitement approprié.

#### Pour les planificateurs des services de santé

Veiller à ce que des systèmes, des processus et des ressources soient en place dans tous les contextes de soins de santé pour aider les cliniciens à déterminer de façon appropriée les personnes qui peuvent être atteintes de TOC.

#### INDICATEURS DE QUALITÉ : MANIÈRE DE MESURER L'AMÉLIORATION PAR RAPPORT À CET ÉNONCÉ

---

- Pourcentage de personnes soupçonnées d'être atteintes de TOC qui font l'objet d'une détermination à l'aide de questions de dépistage reconnues et d'échelles de cotes de gravité validées.
- Nombre de jours entre la première fois où une personne soupçonnée d'être atteinte de TOC consulte un professionnel de la santé et le moment où son état est déterminé à l'aide de questions de dépistage reconnues et à l'aide des échelles de cotes de gravité validées.

Les détails de mesure de ces indicateurs, ainsi que les indicateurs qui permettent de mesurer les objectifs globaux pour l'ensemble de la norme de qualité, sont présentés à l'annexe 2.

## Évaluation globale

Les personnes soupçonnées d'être atteintes de TOC ou qui ont reçu un diagnostic positif de TOC font l'objet d'une évaluation globale en temps opportun pour déterminer si elles sont ou non atteintes de TOC, établir la gravité de leurs symptômes, si elles présentent des comorbidités et si elles ont une déficience fonctionnelle associée.

---

**Sources :** American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2012<sup>25</sup> | American Psychiatric Association, 2007<sup>26</sup> | British Association for Psychopharmacology, 2014<sup>27</sup> | National Institute for Health and Care Excellence, 2005<sup>21</sup>

### Définitions

**Personnes qui ont reçu un résultat positif au dépistage d'un TOC :** Les personnes qui doivent faire l'objet d'une évaluation plus approfondie afin de déterminer si elles souffrent ou non d'un trouble obsessionnel-compulsif. La détermination est effectuée à l'aide de questions de dépistage reconnues et d'une échelle de cotes de gravité validées (voir l'énoncé de qualité 1).

**Évaluation globale, en temps opportun :** Le Comité consultatif sur la norme de qualité pour les troubles anxieux et les troubles obsessionnels-compulsifs a convenu qu'idéalement, l'évaluation globale devrait avoir lieu dans les 4 à 8 semaines suivant le premier point de contact et être fondée sur les critères du *DSM-5® Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, cinquième édition.<sup>4</sup> L'évaluation vise à déterminer si la personne est atteinte d'un TOC particulier, à établir la gravité de ses symptômes, s'il y a des comorbidités et si elle présente une déficience fonctionnelle associée. Les évaluations sont communiquées dans une langue accessible au patient.

Le calendrier de l'évaluation a été établi par consensus au sein du comité afin d'être à la fois ambitieux et pratique. La communication d'un diagnostic est un acte juridique qui peut être effectué par différentes professions réglementées particulières. D'autres professionnels de la santé peuvent cependant effectuer une évaluation globale à l'aide d'outils validés et aider les personnes soupçonnées d'être atteintes de TOC à obtenir les soins les plus appropriés. Au moment de l'évaluation, les professionnels de la santé devraient s'assurer d'indiquer leurs qualifications aux patients.

**Gravité des symptômes :** La gravité des symptômes est évaluée à l'aide d'une échelle de cotes de gravité validées (selon la liste présentée dans la section Définitions de l'énoncé de qualité 1).

**Comorbidités :** Les personnes atteintes de TOC peuvent également souffrir d'autres troubles physiques qui peuvent modifier tant les symptômes de la personne que sa réponse au traitement. Il est important d'évaluer les comorbidités, tout comme le risque d'automutilation ou de suicide. Les autres comorbidités à évaluer incluent la dépression, les troubles anxieux, l'alcoolisme ou la dépendance, le trouble déficitaire de l'attention ou l'hyperactivité, la peur d'une dysmorphie corporelle<sup>29</sup> ou un trouble de l'alimentation<sup>21</sup>.

**Déficience fonctionnelle associée :** La déficience fonctionnelle associée peut inclure le niveau de détresse et de déficience d'une personne, tout symptôme physique ou tout effet sur sa qualité de vie. Voici des exemples d'outils validés pour évaluer la déficience fonctionnelle : Échelle d'évaluation de l'intrusion de la maladie, Disability Assessment Schedule (WHODAS) de l'Organisation mondiale de la santé ou Échelle Work and Social Adjustment Scale (WSAS).

## Justification

Le TOC se caractérise par des obsessions (pensées, images ou pulsions indésirables) et des compulsions (comportements répétitifs ou rituels mentaux). Sachant que le TOC est sous-diagnostiqué et insuffisamment traité, la détermination et le diagnostic fondés sur une évaluation globale constituent donc des étapes clés pour aider les personnes à obtenir le traitement approprié. Il peut être difficile d'évaluer les symptômes de TOC, puisqu'ils ne sont pas nécessairement visibles de l'extérieur (puisque ce sont des symptômes internes) et qu'il faudra donc se fier à ce que dit et reconnaît la personne soupçonnée d'être atteinte de TOC<sup>28</sup>.

Selon les critères du *DSM-5*<sup>®4</sup>, un diagnostic de TOC nécessite la présence d'obsessions ou de compulsions. Dans le *DSM-5*<sup>®</sup>, le TOC (trouble obsessionnel-compulsif) a été déplacé de la catégorie « Troubles anxieux » vers une toute nouvelle catégorie de diagnostic appelée « Troubles obsessionnels-compulsifs et apparentés »<sup>5</sup>.

En ce qui concerne les enfants et les adolescents, il faut notamment s'assurer d'utiliser un langage adapté à leur étape de développement et tenir compte de l'information collatérale fournie par les parents et d'autres sources (p. ex., les enseignants). Il ne faut pas non plus oublier que les symptômes du TOC peuvent changer avec le temps, être très visibles dans certaines situations et non dans d'autres ou même

## 2

### Évaluation globale

être invisibles pour les autres<sup>25</sup>. Consulter le *DSM-5*® pour connaître les critères de diagnostic propres aux enfants<sup>5</sup>.

L'attente d'un diagnostic ne devrait pas retarder un traitement. Ainsi, la psychoéducation, l'auto-assistance et d'autres traitements de moindre intensité peuvent être offerts immédiatement.

### La signification de cet énoncé de qualité

#### Pour les personnes soupçonnées d'être atteintes de TOC

Vous devriez vous voir offrir une évaluation afin de déterminer si vous êtes atteintes d'un type particulier de TOC. Votre professionnel de la santé devrait également vous poser des questions sur la gravité et la fréquence de vos symptômes, si vous avez d'autres problèmes de santé et si votre TOC rend plus difficile la gestion de votre vie à la maison, à l'école ou au travail.

#### Pour les cliniciens

Utiliser les critères diagnostiques du *DSM-5*® et les échelles de cotes de gravité validées pour diagnostiquer précisément les personnes soupçonnées d'être atteintes de TOC. L'évaluation globale vise à déterminer si la personne est atteinte de TOC, à établir la gravité de ses symptômes, s'il y a des comorbidités et si elle présente une déficience fonctionnelle associée.

#### Pour les planificateurs des services de santé

Veiller à ce que des systèmes, des processus et des ressources soient en place dans tous les milieux de santé afin que les cliniciens puissent effectuer des évaluations globales et diagnostiquer avec exactitude les personnes atteintes de TOC.

#### INDICATEURS DE QUALITÉ : MANIÈRE DE MESURER L'AMÉLIORATION PAR RAPPORT À CET ÉNONCÉ

---

- Pourcentage de personnes soupçonnées d'être atteintes de TOC ou qui ont reçu un résultat de dépistage positif pour un TOC et font l'objet d'une évaluation globale
- Pourcentage de personnes soupçonnées d'être atteintes de TOC ou qui ont reçu un résultat de dépistage positif pour un TOC et font l'objet d'une évaluation globale entreprise dans les huit semaines suivant le premier point de contact
- Nombre de jours entre la date où une personne soupçonnée d'être atteinte de TOC ou ayant reçu un résultat de dépistage positif pour un TOC a son premier point de contact et celle où une évaluation globale est entreprise

Les détails de mesure de ces indicateurs, ainsi que les indicateurs qui permettent de mesurer les objectifs globaux pour l'ensemble de la norme de qualité, sont présentés à l'annexe 2.

# 3

## Soutien à la famille

Les personnes atteintes de TOC sont encouragées à faire participer les membres de leur famille à leur évaluation et à leur traitement, en fonction des besoins et des préférences de chacun. Les membres de la famille sont également orientés vers les ressources et le soutien disponibles et se voient proposer de la psychoéducation, y compris des conseils sur la façon d'éviter les mesures d'adaptation.

---

Sources : American Psychiatric Association, 2007<sup>26</sup> | National Institute for Health and Care Excellence, 2005<sup>21</sup>

### Définitions

**Famille** : Les personnes les plus proches d'une personne en ce qui concerne la connaissance, les soins et l'affection. Il peut s'agir de la famille biologique, de la famille par alliance, de la famille que vous choisissez ou de vos amis. La personne atteinte de TOC décide qui constitue sa famille et qui participe à la prestation des soins.

**Comportements d'adaptation** : Les comportements d'adaptation, aussi appelés « mesures d'adaptation prises par la famille » ou « adaptation aux symptômes », signifient que les membres de la famille et les personnes qui entourent la personne atteinte de TOC modifient leur comportement dans le but d'apaiser les inquiétudes de cette dernière. Ces comportements peuvent inclure le fait de rassurer fréquemment la personne, de modifier les routines quotidiennes, de permettre d'éviter certaines situations anxiogènes ou de prendre part à des rituels ou à des compulsions pour réduire la détresse obsessionnelle de la personne. Une réduction des comportements d'accommodement est associée à de meilleurs résultats en matière de santé. L'utilisation d'un outil validé pour évaluer ces comportements d'adaptation peut être utile.

## Justification

Les troubles obsessionnels-compulsifs affectent souvent les personnes qui les entourent et leurs relations, tout particulièrement les membres de leur famille. Si possible, les professionnels de la santé devraient favoriser une approche de collaboration et de réflexion lorsqu'ils travaillent avec les personnes atteintes de TOC et les membres de leur famille<sup>21</sup>. Pour les adultes, la participation de la famille est déterminée selon les préférences, les valeurs et les besoins de la personne, sachant que ce n'est pas tout le monde qui veut que sa famille participe à ses soins.

Dans le traitement et les soins des personnes atteintes de TOC, les membres de la famille devraient cependant se voir remettre toute l'information appropriée (tant verbalement que par écrit) sur le trouble de la personne, ses causes probables, son évolution et son traitement<sup>21</sup>. Les membres de la famille et les aidants devront recevoir de la psychoéducation, car une réduction des comportements d'adaptation a été associée à une réduction de la gravité des symptômes du TOC et à des résultats améliorés en ce qui concerne le traitement<sup>30,31</sup>.

En ce qui concerne les enfants et les adolescents, il est très important de tenir compte des besoins de la famille et des aidants et de s'assurer de créer une approche axée sur la collaboration avec eux<sup>21</sup>. Le fait de discuter activement avec les familles et les aidants à propos de la planification du traitement et de faire preuve d'optimisme contribue à établir une relation thérapeutique solide avec l'adolescent, sa famille et les aidants<sup>21</sup>.

## La signification de cet énoncé de qualité

### Pour les personnes atteintes de TOC

Pensez à faire participer les membres de votre famille à vos soins (cela pourrait vous aider, mais c'est à vous de décider de le faire ou non). Si les membres de votre famille prennent part à vos soins, ils devraient également se voir proposer de l'éducation, de l'information et du soutien. Cela inclut l'information sur les mesures d'adaptation et la façon de rassurer la personne atteinte de TOC.

### Pour les cliniciens

Veiller à ce que les familles se voient proposer de la psychoéducation sur le TOC, y compris de l'information sur les répercussions néfastes des comportements d'adaptation. Les familles devraient être incluses dans la planification des soins et du traitement, selon les souhaits de la personne atteinte de TOC.

### Pour les planificateurs des services de santé

Veiller à ce que des systèmes, des processus et des ressources soient en place afin que les familles puissent participer à la prestation de soins des personnes atteintes de TOC.

## INDICATEURS DE QUALITÉ : MANIÈRE DE MESURER L'AMÉLIORATION PAR RAPPORT À CET ÉNONCÉ

- Pourcentage d'adultes atteints de TOC qui choisissent de faire participer les membres de leur famille à leurs soins, qui sont orientés vers les ressources et le soutien disponibles et se voient proposer de la psychoéducation par un professionnel de la santé
- Pourcentage d'enfants et d'adolescents atteints de TOC dont les membres de la famille sont orientés vers les ressources et le soutien disponibles et qui se voient proposer de la psychoéducation par un professionnel de la santé
- Pourcentage de personnes atteintes de TOC dont les membres de la famille participent à leurs soins et qui disent se sentir soutenus et informés à propos des TOC
- Pourcentage de personnes atteintes de TOC dont les membres de la famille participent à l'évaluation et au traitement et qui indiquent une réduction des comportements d'adaptation

Les détails de mesure de ces indicateurs, ainsi que les indicateurs qui permettent de mesurer les objectifs globaux pour l'ensemble de la norme de qualité, sont présentés à l'annexe 2.

# 4

## Approche par paliers en matière de soins pour le TOC

Les personnes atteintes de TOC reçoivent un traitement qui suit une approche par paliers utilisant d'abord l'intervention la moins intensive et la plus efficace en fonction de la gravité des symptômes, du degré de déficience fonctionnelle et des besoins et des préférences individuels.

---

Source : National Institute for Health and Care Excellence, 2005<sup>21</sup>

### Définition

**Approche par paliers en matière de soins :** L'approche par paliers en matière de soins exige de choisir d'abord le traitement le moins intensif et le plus efficace. Dans cette approche, les soins sont guidés par le niveau de gravité des symptômes, l'évaluation globale, la réponse de la personne au traitement (efficacité et tolérabilité), ses besoins et ses préférences.

L'approche par paliers en matière de soins ne suit pas nécessairement une progression linéaire. Bien que toute personne soupçonnée d'être atteinte de TOC devrait d'abord terminer la première étape (détermination et évaluation), une personne atteinte de TOC peut passer à l'étape suivante sans passer par l'étape précédente :

- Première étape : pour toutes les personnes atteintes de TOC connu ou soupçonnées d'être atteintes de TOC : détermination et évaluation, éducation sur les TOC et les options de traitement, et surveillance continue des symptômes
- Deuxième étape : pour les personnes ayant reçu un diagnostic de TOC léger à modéré qui ne s'est pas amélioré après l'éducation et la surveillance des symptômes : auto-assistance, psychoéducation, participation des membres de la famille ou traitement psychologique de faible intensité avec un inhibiteur sélectif du recaptage de la sérotonine (ISRS)

# 4

## Approche par paliers en matière de soins pour le TOC

- Troisième étape : pour les personnes atteintes d'un TOC modéré à grave ayant obtenu une réponse inadéquate après les interventions de deuxième étape ou avec déficience fonctionnelle marquée : traitement psychologique ou traitement pharmacologique de plus forte intensité (TCC avec exposition avec prévention de la réponse) ou traitements pharmacologiques ou les deux
- Quatrième étape : pour les personnes atteintes d'un TOC grave ayant obtenu une réponse inadéquate après les interventions de deuxième ou de troisième étape ou avec déficience fonctionnelle marquée : traitement de plus forte intensité (psychologique [TCC avec exposition avec prévention de la réponse] ou traitements pharmacologiques); évaluation de stratégies d'intensification du traitement et de soins donnés par différents professionnels Consultation d'un autre professionnel de la santé possédant une expertise spécialisée ou orientation vers un spécialiste des TOC.
- Cinquième étape : pour les personnes atteintes d'un TOC grave ayant eu une réponse inadéquate aux interventions de deuxième, de troisième et de quatrième étapes ou avec déficience fonctionnelle très marquée : consultation des services offrant des traitements intensifs pour le TOC ou orientation de la personne vers de tels services; évaluation d'une possible hospitalisation

### Justification

Une approche par paliers en matière de soins aide à guider les professionnels de la santé et les personnes atteintes de TOC au moment de choisir l'option de traitement la plus appropriée lorsqu'ils élaborent un plan de traitement. Le traitement est établi en fonction des résultats d'une évaluation globale, de la gravité du trouble de la personne, ainsi que des besoins et des préférences de la personne.

# 4

## Approche par paliers en matière de soins pour le TOC

### La signification de cet énoncé de qualité

#### Pour les personnes atteintes de TOC

Votre plan de traitement devrait être fondé sur une approche par paliers en matière de soins. Votre professionnel de la santé devrait d'abord vous offrir l'option de traitement la plus appropriée. Si vos symptômes ne s'atténuent pas, il devrait ensuite vous offrir la prochaine option de traitement la plus appropriée.

#### Pour les cliniciens

Utiliser une approche par paliers en matière de soins en offrant d'abord l'option de traitement la moins intensive et la plus efficace, ainsi qu'aider à orienter l'élaboration d'un plan de traitement pour les personnes atteintes de TOC. Collaborer avec les gens afin de déterminer les interventions les plus efficaces selon la gravité de leur trouble, ainsi que leurs besoins et préférences.

#### Pour les planificateurs des services de santé

Pour les personnes atteintes de TOC, veiller à ce que des systèmes, des processus et des ressources soient en place afin que les interventions les moins intensives et les plus efficaces soient disponibles selon leurs besoins.

#### INDICATEURS DE QUALITÉ : MANIÈRE DE MESURER L'AMÉLIORATION PAR RAPPORT À CET ÉNONCÉ

---

- Pourcentage de personnes atteintes de TOC qui ont un plan de traitement qui suit une approche par paliers en matière de soins
- Pourcentage de personnes atteintes de TOC qui ont suivi une approche par paliers en matière de soins en ce qui concerne leur traitement et dont les symptômes se sont atténués

Les détails de mesure de ces indicateurs, ainsi que les indicateurs qui permettent de mesurer les objectifs globaux pour l'ensemble de la norme de qualité, sont présentés à l'annexe 2.

# 5

## Auto-assistance

Les personnes atteintes de TOC sont informées des ressources d'auto-assistance, comme les livres, les ressources éducatives disponibles sur Internet et les groupes de soutien, et reçoivent de l'aide pour y accéder en fonction de leurs besoins et de leurs préférences individuelles et en harmonie avec l'approche par paliers en matière de soins.

---

**Sources :** American Psychiatric Association, 2007<sup>26</sup> | British Association for Psychopharmacology, 2014<sup>27</sup> | National Institute for Health and Care Excellence, 2005<sup>21</sup>

### Définitions

**Ressources d'auto-assistance :** Les ressources d'auto-assistance comprennent des documents écrits ou en format électronique fondés sur les principes de la thérapie cognitivo-comportementale et dont le niveau de lecture et le langage sont appropriés. Le matériel d'auto-assistance peut :

- Être autonome (non guidé), comme lire des livres ou utiliser des cahiers d'exercices (connus sous le nom de bibliothérapie) ou une ressource Internet.
- Exiger un faible niveau d'intervention (guidée), avec le soutien d'un professionnel de la santé qualifié.

Les approches d'auto-assistance visent à habiliter la personne à recueillir de l'information sur les TOC et à élaborer des stratégies de gestion. Les approches d'auto-assistance s'ajoutent aux consultations régulières auprès d'un professionnel de la santé.

# 5

## Auto-assistance

**Groupes de soutien :** Les groupes de soutien dirigés par des pairs ou des professionnels offrent un soutien éducatif, pratique ou émotionnel pour aider les personnes atteintes de TOC, les membres de leur famille ou leurs amis. Les groupes de soutien peuvent être offerts en personne, en ligne ou par téléphone. Ils peuvent être dirigés par des pairs ou animés par des professionnels de la santé.

### Justification

La plupart des gens en savent peu sur la nature, la biologie, l'évolution et le traitement du TOC. Toute personne atteinte de TOC devrait recevoir de l'information sur ce trouble et avoir accès à du matériel éducatif<sup>26,32</sup>. Grâce aux stratégies d'auto-assistance, les gens peuvent en apprendre davantage sur leur trouble et sur les façons d'y faire face efficacement. La psychoéducation (éducation et information pour les personnes qui veulent obtenir des services en santé mentale) et l'accès à des ressources d'auto-assistance peuvent éliminer une partie de la stigmatisation associée aux TOC et aider les gens à prendre des décisions éclairées sur leur traitement<sup>26</sup>.

Le soutien des pairs est aussi important. La relation empathique entre des personnes qui ont déjà vécu une telle expérience peut offrir soutien émotionnel et social, encouragement et mentorat. Le soutien par les pairs peut susciter l'espoir et aider les gens à développer un sentiment d'auto-efficacité et une plus grande capacité de composer avec leurs problèmes<sup>33,34</sup>.

Les membres de la famille peuvent également bénéficier de la psychoéducation et de leur participation au processus d'auto-assistance. Cela est particulièrement pertinent en ce qui concerne les enfants et les adolescents pour qui l'auto-assistance guidée peut être envisagée en conjonction avec le soutien et l'information pour les familles et les aidants.

# 5

## Auto-assistance

### La signification de cet énoncé de qualité

#### Pour les personnes atteintes de TOC

Vous devriez être informé et éduqué en ce qui concerne votre trouble obsessionnel-compulsif. Vous devriez également avoir accès à des ressources d'auto-assistance, y compris des livres, des ressources Internet et des groupes de soutien, afin d'en apprendre davantage sur le TOC et son traitement.

#### Pour les cliniciens

Offrir aux personnes atteintes de TOC de l'éducation et de l'information sur le trouble obsessionnel-compulsif. Mettre les gens en contact avec les ressources d'auto-assistance recommandées, y compris des livres, des ressources Internet et des groupes de soutien.

#### Pour les planificateurs des services de santé

Veiller à ce que des systèmes, des processus et des ressources soient en place pour que les personnes atteintes de TOC aient accès à des ressources d'auto-assistance fondées sur des données probantes.

### INDICATEUR DE QUALITÉ : MANIÈRE DE MESURER L'AMÉLIORATION PAR RAPPORT À CET ÉNONCÉ

---

- Pourcentage de personnes atteintes de TOC pour qui l'auto-assistance a été jugée appropriée et qui disent se sentir soutenues lorsqu'elles accèdent aux ressources d'auto-assistance en fonction de leurs besoins et de leurs préférences individuelles

Les détails de mesure de cet indicateur, ainsi que les indicateurs qui permettent d'évaluer les objectifs globaux pour l'ensemble de la norme de qualité, sont présentés à l'annexe 2.

## Thérapie cognitivo-comportementale pour le TOC

Les personnes atteintes de TOC ont accès en temps opportun à la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) avec exposition avec prévention de la réponse, en fonction de leurs besoins et préférences individuels et en harmonie avec une approche par paliers en matière de soins. La TCC avec exposition avec prévention de la réponse est donnée par un professionnel de la santé spécialisé dans le TOC.

---

**Sources :** American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2012<sup>25</sup> | American Psychiatric Association, 2007<sup>26</sup> | British Association for Psychopharmacology, 2014<sup>27</sup> | National Institute for Health and Care Excellence, 2005<sup>21</sup>

### Définitions

**Accès en temps opportun à la thérapie cognitivo-comportementale :** Le Comité consultatif sur la norme de qualité relative aux troubles anxieux et aux troubles obsessionnels-compulsifs a convenu que la TCC devrait idéalement commencer dans les 4 à 6 semaines suivant l'évaluation globale.

**Thérapie cognitivo-comportementale avec exposition avec prévention de la réponse :**

La thérapie cognitivo-comportementale comprend plusieurs éléments. En fait, il s'agit d'un processus qui vise les facteurs ayant causé le TOC d'une personne et qui l'empêchent de disparaître<sup>5</sup>. Pour traiter le TOC, la TCC utilise des techniques comportementales telles que l'exposition avec prévention de la réponse et des techniques cognitives. Grâce à l'exposition avec prévention de la réponse, les personnes atteintes de TOC apprennent, dans un environnement graduel et structuré, à affronter les situations et les objets qu'elles craignent (exposition) et à s'abstenir de répondre à leurs compulsions (prévention de la réponse). L'exposition peut inclure des rencontres avec des personnes ou des choses tant vivantes

qu'imaginaires. Elle vise à ce que la personne atteinte de TOC apprenne à affaiblir le lien qui existe entre les stimuli qu'elle craint et son comportement compulsif pour finir par réagir différemment à leurs déclencheurs<sup>26</sup>.

La TCC peut être offerte sous différentes formes (c.-à-d. séances individuelles, de groupe, en personne, par vidéoconférence ou par Internet), avec des séances d'une durée variable, allant de moins d'une heure à deux heures<sup>26</sup>. Les spécialistes s'entendent pour dire que pour la majorité des gens, la période d'essai appropriée pour les personnes atteintes de TOC varie entre 13 et 20 séances hebdomadaires de TCC<sup>26</sup>.

Les professionnels de la santé spécialisés dans les TOC ont reçu une formation sur la prestation de la TCC propre aux troubles obsessionnels-compulsifs. Par exemple, l'Association canadienne des thérapies cognitives et comportementales offre une certification nationale officielle aux thérapeutes cognitivo-comportementaux qui répondent aux critères d'admissibilité à la formation et à la supervision au Canada. La formation sur le TOC est offerte par la International OCD Foundation.

## Justification

Les traitements psychologiques jouent un rôle important dans la gestion des TOC. Lorsqu'elle est administrée par un professionnel de la santé formé, la TCC avec exposition avec prévention de la réponse est un traitement efficace contre le TOC. Les approches psychologiques et pharmacologiques sont tout aussi efficaces à court terme, et certaines données probantes corroborent les approches psychologiques à long terme. Il est donc important de discuter des avantages et des risques potentiels de chacun des traitements avant d'en entreprendre un<sup>27</sup>. Les réponses au traitement avec interventions psychologiques ne sont pas immédiates. Un traitement prolongé est généralement requis pour obtenir la réponse initiale au traitement<sup>27</sup>. L'entrevue motivationnelle peut aussi aider les personnes atteintes de TOC à surmonter leur réticence à suivre un traitement.

En ce qui concerne les enfants et les adolescents, le traitement psychologique devrait être fondé sur des protocoles de traitement psychologique validés, tenir compte de l'âge de développement de la personne atteinte de TOC et s'assurer que les membres de leur famille y prennent part<sup>5,21</sup>.

## La signification de cet énoncé de qualité

### Pour les personnes atteintes de TOC

Vous devriez vous voir offrir une thérapie cognitivo-comportementale (TCC) avec exposition avec prévention de la réponse comme traitement pour votre TOC, en fonction de vos besoins et de vos préférences. Cette thérapie devrait vous être offerte rapidement et elle devrait être donnée par une personne ayant de l'expérience dans le traitement du TOC.

### Pour les cliniciens

Offrir la TCC avec exposition avec prévention de la réponse aux personnes atteintes de TOC. La TCC devrait être donnée par un professionnel de la santé ayant de l'expérience dans le domaine des TOC dans les 4 à 6 semaines suivant l'évaluation globale.

### Pour les planificateurs des services de santé

Veiller à ce que des systèmes, des processus et des ressources soient en place pour que les personnes atteintes de TOC aient un accès opportun à la TCC avec exposition avec prévention de la réponse.

### INDICATEURS DE QUALITÉ : MANIÈRE DE MESURER L'AMÉLIORATION PAR RAPPORT À CET ÉNONCÉ

---

- Pourcentage de personnes atteintes de TOC pour lesquelles la TCC avec exposition avec prévention de la réponse a été jugée appropriée et qui suivent une TCC avec exposition avec prévention de la réponse donnée par un professionnel de la santé ayant une expertise dans les TOC
- Pourcentage de personnes atteintes de TOC qui suivent une TCC avec exposition avec prévention de la réponse donnée par un professionnel de la santé spécialisé dans les TOC dans les six semaines suivant l'évaluation globale
- Disponibilité locale des programmes de TCC donnés par des professionnels de la santé formés et certifiés

Les détails de mesure de ces indicateurs, ainsi que les indicateurs qui permettent de mesurer les objectifs globaux pour l'ensemble de la norme de qualité, sont présentés à l'annexe 2.

## Traitement pharmacologique spécifique au TOC

Les personnes atteintes d'un TOC modéré à grave, ou celles qui ne répondent pas à un traitement psychologique, se voient offrir un inhibiteur spécifique du recaptage de la sérotonine (ISRS) selon une dose particulière et pour une durée spécifique afin de traiter leur TOC, en fonction de leurs besoins et préférences individuels et en harmonie avec une approche par paliers en matière de soins.

---

**Sources :** American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2012<sup>25</sup> | American Psychiatric Association, 2007<sup>26</sup> | Anxiety Disorders Association of Canada, 2014<sup>5</sup> | British Association for Psychopharmacology, 2014<sup>27</sup> | National Institute for Health and Care Excellence, 2005<sup>21</sup> | Fédération mondiale des sociétés de psychiatrie biologique (WFSBP), 2012<sup>35</sup>

### Définitions

**TOC modéré à grave :** La classification des TOC modérés à graves se fonde sur les résultats d'une évaluation globale et du recours à une échelle de cotes de gravité validées (voir l'énoncé de qualité 1).

**Dose particulière et durée spécifique au TOC:** Généralement plus élevée que ce qui est prescrit pour d'autres troubles. Les cliniciens devraient consulter les recommandations pour la pratique clinique afin d'obtenir de plus amples renseignements sur les recommandations relatives à la dose spécifique pour le TOC<sup>5</sup>.

La durée de la période d'essai avec un médicament particulier pour un TOC varie généralement de 10 à 12 semaines, avec surveillance de l'efficacité et de la tolérabilité. Les personnes dont le traitement initial dure plus de 12 semaines peuvent avoir besoin d'une réévaluation de l'efficacité du traitement (en tenant compte d'un retard possible dans la réponse thérapeutique). Pour les personnes qui répondent positivement à une période d'essai avec médicament, le traitement devrait se poursuivre pendant au moins 12 mois.

**Inhibiteur sélectif du recaptage de la sérotonine :** Un médicament communément appelé « antidépresseur » utilisé dans le traitement de la dépression majeure. Il est aussi prescrit pour traiter d'autres troubles, y compris le TOC, les troubles anxieux, la douleur chronique et le syndrome de stress post-traumatique. L'escitalopram, la fluoxétine, la fluvoxamine, la paroxétine et la sertraline sont des exemples d'ISRS. La dose d'ISRS requise pour traiter un TOC est habituellement plus élevée que pour les autres troubles. Il n'est pas inhabituel que le médicament mette plus de temps à atténuer les symptômes de TOC que pour d'autres problèmes.

Pour les enfants, les adolescents et les jeunes adultes, une surveillance attentive est requise lorsqu'un inhibiteur sélectif du recaptage de la sérotonine (ISRS) est prescrit, tout particulièrement au début du traitement<sup>21,25</sup>, puisque ce type de médicament est associé à un risque accru de pensées suicidaires et d'automutilation chez un petit nombre de personnes de moins de 30 ans<sup>21</sup>. Il est également recommandé que les enfants et les adolescents atteints de TOC prennent des médicaments et suivent une TCC avec exposition avec prévention de la réponse<sup>21</sup>.

## Justification

Le traitement doit être adapté à la gravité de la maladie, aux préférences et aux réactions de la personne. Pour les personnes atteintes de TOC léger ou modéré, un traitement psychologique devrait toujours être la première option proposée. Si le traitement psychologique n'est pas une option possible, un traitement pharmacologique devrait alors être offert. Les professionnels de la santé et les personnes atteintes de TOC devraient discuter des avantages et des risques potentiels, ainsi que des effets secondaires et des effets indésirables avant d'entreprendre quelque traitement que ce soit.

Lorsque le traitement psychologique initial ne donne pas de résultats satisfaisants, les professionnels de la santé doivent examiner les facteurs dans la vie d'une personne qui peuvent expliquer pourquoi le traitement ne fonctionne pas bien (voir l'énoncé de qualité 8) comme les comorbidités, le respect du traitement, la présence de facteurs de stress psychosocial, les considérations culturelles ou la dynamique familiale<sup>26</sup>. En ce qui concerne les enfants et les adolescents, il faut également tenir compte d'autres facteurs, y compris l'impact des troubles d'apprentissage, les facteurs de risque psychosociaux et environnementaux (p. ex., discorde familiale) ou des problèmes de santé mentale parmi les membres de la famille<sup>21</sup>. Il faudra peut-être envisager d'autres interventions en fonction de ces facteurs.

# 7

## Traitement pharmacologique spécifique au TOC

Bien que les ISRS soient généralement utilisés pour traiter le TOC, les professionnels de la santé devraient bien connaître les données probantes en ce qui concerne d'autres classes de médicaments (p. ex. antidépresseurs tricycliques comme la clomipramine) et des traitements concomitants destinés aux personnes qui ne répondent pas aux ISRS. Les cliniciens devraient consulter les recommandations pour la pratique clinique afin d'obtenir de plus amples renseignements sur la gestion pharmacologique du TOC<sup>5</sup>.

### La signification de cet énoncé de qualité

#### Pour les personnes atteintes de TOC

Si vous êtes atteint d'un TOC modéré à grave ou si vos symptômes ne s'atténuent pas malgré un traitement psychologique (thérapie cognitivo-comportementale avec exposition avec prévention de la réponse), vous devriez vous voir offrir un type de médicament appelé inhibiteur sélectif du recaptage de la sérotonine (ISRS). Vous ne devriez le prendre que selon la dose spécifique pour votre TOC et pendant la durée indiquée.

#### Pour les cliniciens

Offrir aux personnes atteintes de TOC modéré à grave ou qui ne répondent pas au traitement psychologique un ISRS avec une dose particulière pendant une durée spécifique fondée sur des données probantes pour le TOC.

#### Pour les planificateurs des services de santé

Veiller à ce que des systèmes, des processus et des ressources soient en place pour que les personnes atteintes de TOC reçoivent une pharmacothérapie fondée sur des données probantes lorsque les interventions psychologiques sont inefficaces.

### INDICATEURS DE QUALITÉ : MANIÈRE DE MESURER L'AMÉLIORATION PAR RAPPORT À CET ÉNONCÉ

---

- Pourcentage de personnes atteintes d'un TOC modéré à grave ou qui ne répondent pas à un traitement psychologique pour lesquelles un traitement pharmacologique a été jugé approprié et qui reçoivent un ISRS avec dose particulière pendant une durée spécifique pour le TOC
- Pourcentage de personnes atteintes de TOC qui se sont vues offrir un ISRS et qui ont l'impression d'avoir un rôle à jouer dans les discussions sur les médicaments qu'elles prennent, ce qui inclut les avantages, risques potentiels, effets secondaires et effets indésirables

Les détails de mesure de ces indicateurs, ainsi que les indicateurs qui permettent de mesurer les objectifs globaux pour l'ensemble de la norme de qualité, sont présentés à l'annexe 2.

## Surveillance

Les personnes atteintes de TOC font l'objet d'un suivi régulier en ce qui concerne leur réponse au traitement (efficacité et tolérabilité) pendant toute la durée de celui-ci grâce à des outils validés et à une évaluation de leur évolution clinique.

---

**Sources :** British Association for Psychopharmacology, 2014<sup>27</sup> | National Institute for Health and Care Excellence, 2005<sup>21</sup>

### Définitions

**Efficacité et tolérabilité :** L'efficacité est indiquée par une réduction des symptômes. La tolérabilité est l'acceptabilité du traitement, y compris de ses effets secondaires<sup>5</sup>. Les objectifs d'efficacité et de tolérabilité sont établis pour chaque personne, selon ses besoins et ses préférences<sup>5</sup>. La surveillance régulière offre également l'occasion aux professionnels de la santé d'évaluer d'autres résultats, comme les effets sur les conditions à long terme ou la comorbidité, la qualité de vie et les répercussions sur l'école et l'emploi<sup>36</sup>. D'autres facteurs qui devraient faire l'objet d'une surveillance incluent les effets secondaires, les effets indésirables, le respect du traitement et les idées suicidaires.

**Surveillance régulière :** La surveillance par le médecin traitant inclut l'utilisation d'outils validés et le recours au jugement clinique conjointement avec l'évaluation de l'évolution clinique de la personne. La surveillance de la réponse au traitement exige également d'évaluer le niveau d'engagement de la personne par rapport au traitement choisi (p. ex. participation à la thérapie, respect du traitement).

- En ce qui concerne la psychothérapie : La surveillance s'effectue après chaque séance et la réponse de la personne au traitement est enregistrée à chacune des séances.
- En ce qui concerne les médicaments : La surveillance et l'inscription de la réponse au traitement sont généralement effectuées chaque semaine ou aux deux semaines au début

# 8

## Surveillance

du traitement, puis au moment de la modification de la dose puis une fois par mois par la suite, jusqu'à ce que l'état de la personne se soit stabilisé. Les personnes atteintes de TOC et leur professionnel de la santé peuvent s'attendre à voir une certaine amélioration dans les 6 à 8 premières semaines de traitement alors que le médicament produira son plein effet en environ 10 à 12 semaines

- Suivi à long terme : lorsqu'une personne atteinte de TOC est en rémission (peu ou pas de symptômes importants), et ce, quel que soit son âge, elle doit faire l'objet d'un suivi régulier pendant 12 mois par un professionnel de la santé<sup>21</sup>. Une surveillance régulière devrait avoir lieu au besoin, à une fréquence convenue d'un commun accord par le professionnel de la santé et la personne atteinte de TOC.

### Justification

La surveillance régulière de la réponse d'une personne au traitement permet d'évaluer l'efficacité de ce dernier et le modifier, au besoin<sup>36</sup>. La surveillance de la réponse au traitement est essentielle à l'optimisation des soins et devrait donc faire partie de tout plan de traitement.

Pour les enfants, les adolescents et les jeunes adultes, une surveillance attentive est requise lorsqu'un ISRS est prescrit puisque ce type de médicament est associé à un risque accru de pensées suicidaires et d'automutilation chez un petit nombre de personnes de moins de 30 ans<sup>21</sup>.

## La signification de cet énoncé de qualité

### Pour les personnes atteintes de TOC

Une fois le traitement de votre TOC entamé, votre professionnel de la santé devrait faire un suivi afin de vérifier votre réaction à ce dernier. Pour la psychothérapie, il devrait vérifier avec vous comment le traitement fonctionne à chacune des séances. En ce qui concerne les médicaments, il devrait vérifier l'efficacité du traitement toutes les semaines ou toutes les deux semaines au début du traitement et lorsque la dose change, et au moins tous les mois par la suite, jusqu'à ce que votre état soit stable.

### Pour les cliniciens

Surveiller l'efficacité et la tolérabilité du traitement pour les personnes atteintes de TOC. Une surveillance régulière devrait être effectuée à chaque séance de psychothérapie et au moins une fois par mois pour la pharmacothérapie, jusqu'à ce que l'état de la personne soit stabilisé. Si des ISRS sont prescrits, surveiller attentivement les personnes de moins de 30 ans pour déceler tout risque de pensées suicidaires et d'automutilation.

### Pour les planificateurs des services de santé

Veiller à ce que des systèmes, des processus et des ressources soient en place afin que la réponse de chacune des personnes qui suit un traitement pour un TOC soit surveillée de façon régulière.

### INDICATEURS DE QUALITÉ : MANIÈRE DE MESURER L'AMÉLIORATION PAR RAPPORT À CET ÉNONCÉ

- Pourcentage de personnes atteintes de TOC qui suivent une psychothérapie et dont la réponse au traitement (efficacité et tolérabilité) est surveillée à l'aide d'outils validés, ainsi qu'avec une évaluation de leur évolution clinique effectuée à chacun des traitements effectués par le médecin traitant
- Pourcentage de personnes atteintes de TOC qui reçoivent de la pharmacothérapie et dont le trouble n'est pas encore stabilisé, ce qui veut dire que la réponse au traitement (efficacité et tolérabilité) est surveillée à l'aide d'outils validés et d'une évaluation mensuelle de leur évolution clinique par le médecin traitant
- Pourcentage de personnes atteintes de TOC en rémission qui sont suivies par un professionnel de la santé au moins une fois dans les 12 mois suivants

Les détails de mesure de ces indicateurs, ainsi que les indicateurs qui permettent de mesurer les objectifs globaux pour l'ensemble de la norme de qualité, sont présentés à l'annexe 2.

## Soutien pendant la réponse au traitement initial

Les personnes atteintes de TOC sont informées de ce à quoi elles doivent s'attendre et reçoivent du soutien pendant le traitement initial. Si celui-ci ne fonctionne pas, les personnes atteintes de TOC devront alors être réévaluées. Elles pourront alors accéder à d'autres options de traitement en fonction de leurs besoins et de leurs préférences individuelles et en harmonie avec l'approche par paliers en matière de soins.

---

**Sources :** American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2012<sup>25</sup> | American Psychiatric Association, 2007<sup>26</sup> | Anxiety Disorders Association of Canada, 2014<sup>5</sup> | British Association for Psychopharmacology, 2014<sup>27</sup> | National Institute for Health and Care Excellence, 2005<sup>21</sup>

### Définition

**Réévalué :** Lorsque le traitement initial ne donne pas de résultats satisfaisants, les professionnels de la santé devraient évaluer les répercussions possibles associées à des états de santé comorbides, au respect du traitement, à la présence de facteurs de stress psychosocial, au niveau des mesures d'adaptation dans la famille et à la capacité de tolérer une période d'essai de psychothérapie adéquate ou les doses maximales de médicaments recommandées<sup>26</sup>. En ce qui concerne les enfants et les adolescents, il faut également tenir compte d'autres facteurs, y compris l'impact des troubles d'apprentissage, les facteurs de risque psychosociaux et environnementaux (p. ex., discorde familiale) ou des problèmes de santé mentale parmi les membres de la famille. Il faudra peut-être envisager d'autres interventions en fonction de ces facteurs.

### Justification

Souvent, les traitements psychologiques ou pharmacologiques initiaux ne soulagent pas tous les symptômes de TOC. Par exemple, au moins 40 % des personnes ne répondent pas au

# 9

## Soutien pendant la réponse au traitement initial

premier médicament qu'elles essaient. Il faut donc informer toute personne atteinte de TOC de ce fait et normaliser les attentes par rapport aux traitements initiaux<sup>5,27</sup>. Dans le cas des médicaments, bon nombre de personnes peuvent ne ressentir aucun effet positif pendant les premières semaines, mais verront une amélioration remarquée avec le temps. Il est donc important que les personnes atteintes de TOC effectuent une période d'essai adéquate de psychothérapie ou reçoivent un traitement initial complet, avec dose particulière et durée spécifique d'un médicament adapté à leur TOC pour pouvoir profiter pleinement des avantages du traitement initial et déterminer l'efficacité du médicament et la tolérabilité de la personne.

Lorsque les traitements initiaux ne donnent pas de résultats satisfaisants après une période d'essai complète avec un médicament spécifiquement adapté au TOC, la personne atteinte de TOC devrait être réévaluée avant de se voir offrir d'autres traitements. La réévaluation vise à déterminer tout autre facteur susceptible d'influencer la réponse au traitement et d'aider à déterminer la prochaine option thérapeutique appropriée.

### **La signification de cet énoncé de qualité**

#### **Pour les personnes atteintes de TOC**

Votre professionnel de la santé vous indiquera dans combien de temps vous devriez voir une réaction au traitement. Si le traitement ne fonctionne pas, votre professionnel de la santé devrait vous poser des questions afin de réévaluer votre TOC et votre situation. Vous devriez alors vous voir offrir une autre option de traitement qui tient compte de vos besoins et de vos préférences et est harmonisée avec l'approche par paliers en matière de soins.

#### **Pour les cliniciens**

Informez les personnes atteintes de TOC de ce à quoi elles doivent s'attendre et leur offrir du soutien. S'assurer que les personnes atteintes de TOC qui ne répondent pas au traitement initial ont accès à une réévaluation complète. Conformément à l'approche par paliers en matière de soins, offrir le traitement correspondant à la prochaine étape, ce qui peut vouloir dire augmenter la dose, changer les conditions de prise du médicament, combiner différents traitements ou consulter un professionnel de la santé ayant une expertise spécialisée dans les TOC.

## Pour les planificateurs des services de santé

Veiller à ce que des systèmes, des processus et des ressources soient en place pour que les personnes atteintes de TOC qui ne répondent pas au traitement initial soient réévaluées et se voient offrir d'autres options de traitement fondées sur une approche par paliers en matière de soins.

### INDICATEURS DE QUALITÉ : MANIÈRE DE MESURER L'AMÉLIORATION PAR RAPPORT À CET ÉNONCÉ

---

- Pourcentage de personnes atteintes de TOC qui ne répondent pas au traitement initial et sont réévaluées par un professionnel de la santé avant de se voir offrir d'autres options de traitement
- Pourcentage de personnes atteintes de TOC qui ne répondent pas au traitement initial, sont réévaluées et dont le plan de traitement suit une approche par paliers en matière de soins
- Pourcentage de personnes atteintes de TOC qui ont suivi une approche par paliers en matière de soins en ce qui concerne leur traitement et dont les symptômes se sont atténués

Les détails de mesure de ces indicateurs, ainsi que les indicateurs qui permettent de mesurer les objectifs globaux pour l'ensemble de la norme de qualité, sont présentés à l'annexe 2.

## Traitement intensif

Lorsque le traitement psychologique ou pharmacologique ne fonctionne pas ou dans les cas de TOC grave, les personnes reçoivent plutôt un traitement intensif, en harmonie avec l'approche par paliers en matière de soins.

---

Sources : American Psychiatric Association, 2007<sup>26</sup> | National Institute for Health and Care Excellence, 2005<sup>21</sup>

### Définition

**Traitement intensif** : Les traitements spécifiques au TOC incluent des soins individualisés fournis par une équipe interprofessionnelle possédant une expertise spécialisée complémentaire dans les TOC. Les traitements intensifs peuvent inclure une TCC plus intensive avec exposition avec prévention de la réponse, des psychothérapies alternatives, l'essai d'un médicament recommandé ou un médicament concomitant. Il existe également des traitements somatiques associés à des recherches émergentes qui pourraient être appropriées dans certaines circonstances. Veuillez consulter les recommandations pour la pratique clinique pour obtenir de l'information sur les preuves à l'appui (p. ex. stimulation magnétique transcrânienne répétitive (SMTR), stimulation cérébrale profonde, capsulotomie ou cingulotomie)<sup>5</sup>. Le traitement intensif du TOC peut inclure un programme de services en établissement ou des services aux patients hospitalisés.

### Justification

Les personnes qui ont essayé des traitements psychologiques et pharmacologiques conventionnels sans succès et qui continuent de présenter des symptômes invalidants qui interfèrent avec leur capacité de fonctionner peuvent nécessiter un traitement plus intensif. Un tel traitement fera appel à une expertise spécialisée dans le traitement du TOC. Ce type de soins peut aussi exiger d'orienter la personne vers des services spécialisés et inclure un programme de services en établissement ou des services aux patients hospitalisés. Une telle approche est

# 10

## Traitement intensif

harmonisée avec l'approche par paliers en matière de soins qui commence par le traitement le moins intensif et le plus efficace.

### La signification de cet énoncé de qualité

#### Pour les personnes atteintes de TOC

Si votre TOC est grave ou si les traitements psychologiques ou pharmacologiques ne vous conviennent pas, votre équipe de soins de santé devrait vous orienter vers un traitement intensif spécialisé.

#### Pour les cliniciens

Veiller à ce que les personnes atteintes de TOC grave ou celles qui ne répondent pas aux traitements psychologiques ou pharmacologiques conventionnels soient orientées vers un traitement intensif spécialisé.

#### Pour les planificateurs des services de santé

Veiller à ce que des systèmes, des processus et des ressources soient en place pour que les personnes atteintes d'un TOC grave ou qui ne répondent pas au traitement traditionnel puissent avoir accès à un traitement intensif spécialisé.

### INDICATEUR DE QUALITÉ : MANIÈRE DE MESURER L'AMÉLIORATION PAR RAPPORT À CET ÉNONCÉ

---

- Pourcentage de personnes atteintes d'un TOC grave ou qui ne répondent pas aux traitements psychologiques ou pharmacologiques conventionnels et qui sont orientées vers un traitement intensif spécialisé.

Les détails de mesure de cet indicateur, ainsi que les indicateurs qui permettent d'évaluer les objectifs globaux pour l'ensemble de la norme de qualité, sont présentés à l'annexe 2.

## Prévention des rechutes

Les personnes atteintes de TOC qui reçoivent un traitement sont également informées et éduquées sur la façon de prévenir les rechutes et de gérer les symptômes si jamais ils se manifestent de nouveau.

---

**Sources :** American Psychiatric Association, 2007<sup>26</sup> | British Association for Psychopharmacology, 2014<sup>27</sup> | National Institute for Health and Care Excellence, 2005<sup>21</sup>

### Définition

**Prévention des rechutes :** La rechute se produit lorsque les symptômes s'aggravent et reviennent au niveau préalable au traitement. Si une personne présente peu ou pas de symptômes importants, elle est dite « en rémission ».

Pour éviter un retour aux anciennes façons de penser et aux anciens comportements, les personnes atteintes de TOC doivent préparer des stratégies qui leur permettront de gérer leurs symptômes si ceux-ci réapparaissent. L'information et l'éducation sur le maintien de l'état de rétablissement et la prévention des rechutes devraient inclure les éléments suivants :

- Comprendre la nature du trouble obsessionnel-compulsif
- Savoir ce qui se passe à la fin du traitement
- Savoir comment réagir aux symptômes
- Planifier le suivi à long terme
- Savoir comment accéder aux services de santé mentale, au besoin

## Justification

Le TOC a une évolution fluctuante ou épisodique. Même avec un traitement efficace, les personnes atteintes de TOC risquent de voir leurs symptômes réapparaître (rechute). Il est important de reconnaître que même si l'espoir et le rétablissement sont possibles, certaines expériences associées au TOC peuvent réapparaître (comme les pensées intrusives et dérangeantes) et qu'il faut savoir comment y faire face.

Aider les personnes atteintes de TOC à gérer leur risque de rechute est un élément essentiel du traitement. Par exemple, en ce qui concerne la psychothérapie, le patient et l'équipe de soins de santé peuvent vouloir inclure des séances de rappel (des séances de suivi après le traitement de psychothérapie principal). En ce qui concerne la pharmacothérapie, les membres de l'équipe peuvent insister sur l'importance de faire une période d'essai complète avec le médicament afin de réduire la probabilité de rechute.

Les stratégies avec soins de soutien et préservation de la santé afin d'éviter les rechutes peuvent inclure différentes choses, y compris connaître les déclencheurs et signaux d'alarme, acquérir et utiliser différentes habiletés, adopter des comportements associés au mode de vie, s'occuper de soi et savoir comment obtenir l'aide de professionnels de la santé, au besoin<sup>37</sup>. Cette préparation met l'accent sur les forces, l'autonomie et les capacités personnelles des personnes. Elle leur permet également de participer à leurs propres soins, ainsi que d'affirmer leur autonomie et leur auto-détermination.

Lorsque vient le temps d'arrêter la prise de médicaments par les enfants et les adolescents, ces derniers, tout comme les membres de leurs familles et les aidants devraient être informés des mesures à prendre pour éviter toute rechute et s'assurer de connaître les symptômes de sevrage<sup>21</sup>. Le traitement psychologique doit, quant à lui, se poursuivre pendant toute la période pendant laquelle la personne ne prend plus de médicament afin de réduire tout risque de rechute<sup>21</sup>.

## La signification de cet énoncé de qualité

### Pour les personnes atteintes de TOC

Votre équipe de soins de santé devrait vous informer et vous éduquer sur la façon de prévenir les rechutes et de les gérer. Les membres de l'équipe devraient vous parler des éléments suivants :

# 11

## Prévention des rechutes

- La nature du trouble obsessionnel-compulsif
- À quoi s'attendre quand on est en phase de rétablissement et qu'on ne suit plus de traitement
- Quand s'inquiéter et quoi faire
- À quel moment effectuer le suivi auprès de votre équipe de soins de santé
- Les stratégies à utiliser pour gérer vos symptômes
- Comment accéder aux services de santé mentale si vous avez besoin de plus de soutien

### Pour les cliniciens

Informez et éduquez les personnes atteintes de TOC en ce qui concerne la façon de prévenir une rechute et de gérer les symptômes après leur retour à la maison. De telles discussions devraient inclure la nature des TOC, à quoi s'attendre une fois le traitement terminé, l'intervalle approprié pour le suivi avec l'équipe de soins de santé, les stratégies à utiliser pour gérer les symptômes et la façon d'accéder aux services de santé mentale si elles ont besoin de plus de soutien.

### Pour les planificateurs des services de santé

Veillez à ce que des systèmes, des processus et des ressources soient en place pour que les personnes atteintes d'un trouble obsessionnel-compulsif puissent être informées et éduquées sur la prévention des rechutes, la façon de gérer les symptômes (s'ils réapparaissent) et comment accéder à des services de santé mentale en temps opportun.

### INDICATEURS DE QUALITÉ : MANIÈRE DE MESURER L'AMÉLIORATION PAR RAPPORT À CET ÉNONCÉ

---

- Pourcentage de personnes atteintes de TOC qui suivent un traitement et savent comment prévenir les rechutes et gérer les symptômes (s'ils réapparaissent)
- Pourcentage de personnes dont les symptômes de TOC ont été en rémission et qui rechutent dans l'année qui suit

Les détails de mesure de ces indicateurs, ainsi que les indicateurs qui permettent de mesurer les objectifs globaux pour l'ensemble de la norme de qualité, sont présentés à l'annexe 2.

## Transitions dans les soins

Les personnes atteintes de TOC reçoivent des soins appropriés pendant toute leur vie et vivent des transitions harmonieuses entre les différents services et professionnels de la santé, y compris entre les divers milieux de soins et lorsqu'elles doivent passer des services pour enfants et adolescents à ceux pour adultes.

---

Sources : American Psychiatric Association, 2007<sup>26</sup> | National Institute for Health and Care Excellence, 2005<sup>21</sup>

### Définition

**Transition en douceur** : Un ensemble d'actions conçues pour assurer la coordination sûre et efficace et la continuité des soins pour les personnes qui voient un changement dans leur état de santé, changent de professionnel de la santé, de service ou d'emplacement (dans leur milieu, entre différents milieux ou dans différents milieux). Une transition dans les soins peut notamment se produire lorsqu'une personne sort de l'hôpital et retourne à la maison ou lorsqu'elle passe des soins primaires aux soins communautaires (milieu) ou des soins pour enfants et adolescents aux soins pour adultes (service). Pour de plus amples renseignements sur les transitions, veuillez consulter la norme de qualité *La transition de l'hôpital au domicile*.

### Justification

Le trouble obsessionnel-compulsif perdurera pendant toute la vie d'une personne. Il faut donc s'assurer de lui fournir des soins appropriés pendant toute sa vie, y compris des soins coordonnés entre les services destinés à des personnes d'un âge précis (p. ex. passage de l'enfance à l'adolescence à l'âge adulte, grossesse, post-partum et période périnatale, ainsi que lorsque les adultes sont plus âgés)<sup>21</sup>. Le trouble obsessionnel-compulsif peut être chronique et avoir des répercussions sur certains des aspects les plus intimes de la vie d'une personne. Les

professionnels de la santé devraient assurer la continuité des soins et réduire au minimum le besoin d'évaluations multiples par différents professionnels de la santé<sup>21</sup>.

Une transition sans heurt exige une approche coordonnée entre des professionnels de la santé compétents et bien informés qui connaissent l'état clinique de la personne, ses objectifs de soins, son plan de traitement, son plan de soins et ses besoins en matière d'information sur la santé. Une communication opportune et efficace est essentielle pour prévenir les problèmes qui peuvent se produire lorsque les services et les soutiens ne sont pas bien intégrés. Une transition harmonieuse comprend une surveillance et un suivi appropriés, et elle contribuera tant à la qualité des soins qu'à la prévention des rechutes. Il est important de coordonner les soins de la personne avec les professionnels de la santé qui traitent des troubles médicaux concomitants, ainsi qu'avec d'autres cliniciens et organismes sociaux comme les écoles et les programmes de réadaptation professionnelle<sup>26</sup>.

## La signification de cet énoncé de qualité

### Pour les personnes atteintes de TOC

Lorsque vous changez de professionnel de la santé ou de type de service (par exemple, si vous revenez à la maison après avoir été hospitalisé), votre équipe de soins devrait collaborer avec vous pour assurer une transition en douceur. Les soins que vous recevez doivent être adaptés à votre âge. Il faut notamment s'assurer que tout le monde, vous comme les nouveaux membres de l'équipe, possède les informations appropriées et que vous recevez les services dont vous avez besoin.

### Pour les cliniciens

Veiller à ce que les personnes qui passent d'un professionnel de la santé ou d'un service de santé à un autre vivent des transitions coordonnées et harmonieuses. Il faut notamment leur fournir des soins adaptés à l'âge pendant toute leur vie et faciliter la communication entre les milieux et les différents processus connexes.

### Pour les planificateurs des services de santé

Veiller à ce que des systèmes, des processus et des ressources soient en place pour faciliter la communication et l'échange d'information entre les professionnels de la santé et les services afin d'assurer une transition sûre et efficace.

#### INDICATEURS DE QUALITÉ : MANIÈRE DE MESURER L'AMÉLIORATION PAR RAPPORT À CET ÉNONCÉ

---

- Pourcentage de personnes atteintes de TOC qui font la transition entre les services ou les professionnels de la santé et pour qui ce changement s'effectue en douceur
- Pourcentage de personnes atteintes de TOC qui passent des services à l'enfance et à l'adolescence aux services aux adultes et pour qui cette transition s'effectue en douceur

Les détails de mesure de ces indicateurs, ainsi que les indicateurs qui permettent de mesurer les objectifs globaux pour l'ensemble de la norme de qualité, sont présentés à l'annexe 2.

# Énoncé de pratique émergente : Thérapie basée sur la pleine conscience

## 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

Nous ne pouvons fournir d'orientation à l'heure actuelle sur l'utilisation de la thérapie basée sur la pleine conscience pour le traitement du TOC en raison d'un manque de recommandations à propos de cette thérapie dans les lignes directrices utilisées dans l'établissement des énoncés de qualité sur le trouble obsessionnel-compulsif (puisque'il s'agit d'un domaine de recherche émergent). Même si un nombre limité de documents indiquent que les interventions basées sur la pleine conscience pourraient être utilisées comme traitement complémentaire ou supplémentaire pour le TOC, d'autres données probantes au soutien de son efficacité dans le traitement des TOC sont nécessaires avant qu'un énoncé de qualité puisse être établi.

# Appendices

---

# Appendice 1. Recommandations pour adoption : Manière dont le système de soins de santé peut appuyer la mise en œuvre

Bien que les cliniciens et les organismes s'efforcent de fournir les soins décrits dans la norme de qualité, nous recommandons que des mesures soient prises au sein du système pour aider les intervenants de première ligne à offrir des soins de haute qualité aux les personnes atteintes d'un trouble obsessionnel-compulsif (TOC).

Les obstacles suivants au niveau du système qui affectent la mise en œuvre de cette norme de qualité ont été identifiés :

- On peut faire mieux en ce qui concerne la capacité et l'expertise des fournisseurs de soins de santé d'évaluer, de traiter ou de gérer les TOC. Les personnes atteintes de TOC peuvent recevoir un mauvais diagnostic ou ne pas recevoir le traitement dont elles ont besoin.
- Il y a un manque de clarté entre les différents fournisseurs en ce qui concerne les outils normalisés de détermination ou d'évaluation à utiliser et la manière de les utiliser.
- La détermination et l'évaluation ne sont pas toujours effectuées de manière culturellement appropriée, ce qui est peut-être dû à un manque d'outils de détermination et d'évaluation conçus pour des populations spécifiques (p. ex. les nouveaux arrivants, les populations autochtones et les francophones).
- Lorsqu'une personne atteinte de TOC veut obtenir des soins, elle ne fera pas l'objet d'un triage ou d'un traitement fondé sur l'approche par paliers en matière de soins en raison du manque d'uniformité dans les connaissances et les compétences des prestataires de soins en ce qui concerne cette approche et du niveau d'accès variable aux services (y compris la TCC et l'expertise spécialisée en TOC) dans la province.
- Il y a un manque d'uniformité dans les qualifications des fournisseurs de thérapie cognitivo-comportementale (TCC) et dans leurs connaissances et compétences en ce qui concerne l'utilisation de la TCC dans le traitement des TOC.
- Les patients qui reviennent dans le système après une rechute font face à différents obstacles lorsqu'ils doivent recevoir d'autres soins. Ainsi, ils doivent souvent refaire le processus

d'orientation et attendre avant de pouvoir accéder de nouveau aux différents services après qu'ils aient arrêté de les suivre en raison de leur congé (continuité des soins médiocre).

- Il n'existe que très peu d'options de traitement intensif auxquelles peuvent accéder les personnes atteintes de TOC en Ontario.
- La disponibilité des groupes de soutien pour les personnes atteintes de TOC, les membres de leurs familles et les aidants en Ontario est variable et limitée.
- Les obstacles financiers, comme l'absence d'assurance-maladie complémentaire pour les programmes et les services, empêchent les personnes atteintes de TOC de gérer leur état de façon appropriée.
- Les personnes qui n'ont pas accès à une assurance privée peuvent avoir de la difficulté à se procurer des médicaments d'ordonnance ou à accéder à des traitements, comme la TCC.

Ces obstacles sont apparus à la suite de notre examen des données probantes disponibles, d'une analyse des programmes existants, de vastes consultations avec le Comité consultatif sur la norme de qualité pour les troubles anxieux et les troubles obsessionnels-compulsifs, les intervenants et les organisations, ainsi que des commentaires reçus lorsqu'une ébauche de cette norme de qualité a été affichée pour commentaires publics.

Les stratégies d'adoption spécifiques ne devraient pas renforcer les iniquités et inégalités actuelles auxquelles sont confrontées des populations spécifiques, telles les barrières linguistiques, le manque d'accès et les besoins uniques en matière de soins, mais devraient plutôt contribuer à améliorer ou à souligner les domaines dans lesquels des possibilités existent.

## **Le Programme ontarien de psychothérapie pour l'anxiété et la dépression**

Le Programme ontarien de psychothérapie pour l'anxiété et la dépression a été financé en 2017-2018 dans le cadre d'un projet pilote de trois ans visant à mettre à l'essai différentes formes de TCC fondées sur des données probantes afin de déceler l'anxiété et la dépression. Le programme a d'abord été mis en œuvre dans quatre hôpitaux, soit le Centre de dépendance et de santé mentale, le Royal Ottawa Healthcare Group, le Centre des sciences de la santé mentale Ontario Shores et le Centre de soins de santé mentale Waypoint. Ces quatre « carrefours » offrent de la psychothérapie de groupe et de la psychothérapie individuelle dans plusieurs établissements satellites, y compris par des équipes de soins primaires, des organismes communautaires de santé mentale et de dépendance, des organismes de services sociaux et des campus postsecondaires. Pour soutenir la prestation de

services de haute qualité, le programme a élaboré une approche cohérente en matière de formation et de supervision. Une fois les premiers résultats positifs obtenus, le programme pourra ensuite être élargi davantage.

## Recommandations pour adoption

Les recommandations qui suivent visent à combler les lacunes au niveau du système et à éliminer certains des obstacles susmentionnés.

Santé Ontario, le ministère de la Santé de l'Ontario ou d'autres partenaires du système de santé peuvent exiger que des mesures soient prises pour faciliter l'adoption de cette norme de qualité dans la pratique quotidienne.

### Recommandation I

Envisager d'élargir davantage le Programme ontarien de psychothérapie pour l'anxiété et la dépression afin d'augmenter l'accès pour les personnes de tout âge dans l'ensemble de l'Ontario. Le programme vise à permettre un accès direct aux services de santé mentale et de dépendance, y compris aux services associés aux TCO, et à assurer une transition sans heurts dans ces services. L'élargissement du programme devrait cependant s'inspirer des expériences et des leçons qu'ont tirées les quatre hôpitaux qui ont pris part au déploiement initial.

**Mesures à prendre par :** Ministère de la Santé et Santé Ontario

**Calendrier de mise en œuvre :** immédiat (lancement dans un délai de 1 à 2 ans)

### Recommandation II

Pour faciliter une détermination et une évaluation culturellement appropriées, s'assurer de la disponibilité d'outils validés ayant été traduits ou adaptés afin qu'ils puissent être utilisés avec tous les groupes.

**Mesures à prendre par :** Ministère de la Santé et Santé Ontario

**Calendrier de mise en œuvre :** immédiat (lancement dans un délai de 1 à 2 ans)

### Recommandation III

Dresser une liste des groupes de soutien pour les personnes atteintes de TOC et les membres et leur famille en Ontario. Veiller à ce que cette liste soit rendue publique pour qu'elle puisse être utilisée comme base dans la planification et la prestation des services en fonction des besoins.

**Mesures à prendre par :** Centre de dépendance et de santé mentale et Association canadienne pour la santé mentale, Ontario

**Appui :** Division des équipes Santé Ontario

**Calendrier de mise en œuvre :** moyen terme (lancement dans un délai de 2 à 4 ans)

#### Recommandation IV

Effectuer une évaluation des besoins et une planification des capacités afin de comprendre la demande pour des services de traitement intensif pour les personnes atteintes de TOC pour lesquelles le traitement psychologique ou pharmacologique ne fonctionne pas (ou qui sont atteintes d'un TOC grave) et de connaître la disponibilité de ces services. S'assurer que la disponibilité des ressources est proportionnelle aux besoins et améliorer la connaissance des options de traitement intensif destinées aux personnes atteintes de TOC.

**Mesures à prendre par :** Ministère de la Santé

**Calendrier de mise en œuvre :** moyen terme (lancement dans un délai de 2 à 4 ans)

#### Recommandation V

Élaborer un processus normalisé pour la collecte de données et l'établissement de rapports pour le secteur de la santé mentale et des dépendances qui soit conforme aux recommandations formulées dans d'autres normes de qualité en matière de santé mentale et de dépendance. Veiller à ce que cette stratégie comprenne de nouvelles façons de tirer parti des données et de l'information recueillies au soutien des soins.

**Mesures à prendre par :** Ministère de la Santé et Santé Ontario

**Calendrier de mise en œuvre :** moyen terme (lancement dans un délai de 2 à 4 ans)

---

§ Ces recommandations incluent également la mise en place d'une fiche de rendement provinciale commune pour les services obtenus pendant toute la vie d'une personne grâce à l'utilisation d'un identificateur de client unique et à l'élargissement de la collecte d'information sociodémographique, y compris les paramètres associés à la présente norme de qualité.

## Appendice 2. Mesure à l'appui de l'amélioration

Le Comité consultatif sur la norme de qualité relative aux troubles anxieux et aux troubles obsessionnels-compulsifs a défini certains objectifs généraux pour cette norme de qualité. Ces objectifs ont été mis en correspondance avec des indicateurs qui peuvent servir à suivre les progrès réalisés pour améliorer les soins aux personnes atteintes d'un trouble anxieux en Ontario. Certains indicateurs sont mesurables à l'échelle provinciale, tandis que d'autres ne peuvent être mesurés qu'à l'aide de données de source locale.

La collecte et l'utilisation des données associées à cette norme de qualité sont facultatives. Toutefois, les données vous aideront à évaluer la qualité des soins que vous prodiguez et l'efficacité de vos efforts d'amélioration de la qualité.

Nous savons que cette norme comprend une longue liste d'indicateurs. Nous vous avons remis cette liste afin que vous n'ayez pas à créer vos propres indicateurs d'amélioration de la qualité. Nous vous recommandons d'identifier les domaines sur lesquels vous devez vous concentrer dans la norme de qualité, puis d'utiliser un ou plusieurs des indicateurs associés pour guider et évaluer vos efforts d'amélioration de la qualité.

Pour évaluer la prestation équitable des soins, vous pouvez stratifier les indicateurs mesurés localement selon les caractéristiques socioéconomiques et démographiques des patients, comme l'âge, le niveau de scolarité, le genre, le revenu, la langue et le sexe.

Notre [guide de mesure](#) fournit plus d'informations et des étapes concrètes sur la façon d'intégrer la mesure dans votre travail de planification et d'amélioration de la qualité.

### Manière de mesurer le succès global

#### Indicateurs pouvant être mesurés à l'aide de données provinciales

**Pourcentage de personnes ayant dû se rendre à l'urgence de façon imprévue en raison d'un TOC et pour qui l'urgence a été le premier point de contact pour les soins en santé mentale et pour le traitement des dépendances.**

- Dénominateur : nombre total de personnes ayant dû se rendre à l'urgence de façon imprévue en raison d'un TOC

- Numérateur : nombre de personnes incluses dans le dénominateur qui n'avaient pas consulté pour des soins en santé mentale et en traitement des dépendances au cours des deux années précédentes
- Sources des données : Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA), Base de données sur les congés des patients (BDPCP), Base de données sur les demandes de règlement du Régime de l'assurance-santé de l'Ontario (RAMO), Système ontarien d'information sur la santé mentale (SIOSM)

### **Pourcentage de consultations imprévues et répétées à l'urgence en raison de problèmes de santé mentale et de dépendance dans les 30 jours suivant une consultation non planifiée à l'urgence en raison d'un TOC**

- Dénominateur : nombre total de consultations imprévues à l'urgence en raison d'un TOC
- Numérateur : nombre de consultations à l'urgence incluses dans le dénominateur et qui ont été suivies, dans les 30 jours après la sortie de l'hôpital, d'une nouvelle consultation imprévue à l'urgence pour des problèmes de santé mentale et de dépendance
- Source des données : SNISA

### **Pourcentage de réadmissions de patients en raison de problèmes de santé mentale et de dépendance dans les 30 jours suivant leur congé de l'hôpital pour TOC**

- Dénominateur : nombre total d'admissions à l'hôpital en raison d'un TOC
- Numérateur : nombre d'admissions à l'hôpital incluses dans le dénominateur et qui ont été suivies, dans les 30 jours après la sortie de l'hôpital, d'une réadmission en raison de problèmes de santé mentale et de dépendance
- Sources des données : BDPCP, SIOSM

### **Indicateurs ne pouvant être mesurés qu'à l'aide de données locales**

Pourcentage de personnes soupçonnées d'être atteintes de TOC ou ayant reçu un diagnostic positif de TOC et qui font l'objet d'une évaluation globale en temps opportun afin de déterminer si elles sont atteintes ou non de TOC, d'établir la gravité de leurs symptômes, si elles présentent des comorbidités et si elles ont une déficience fonctionnelle associée.

- Dénominateur : nombre total de personnes soupçonnées d'être atteintes de TOC ou qui ont reçu un résultat de dépistage positif pour un TOC
- Numérateur : nombre de personnes incluses dans le dénominateur et qui font l'objet d'une évaluation globale afin de déterminer si elles sont atteintes de TOC, d'établir la gravité de leurs symptômes, si elles présentent des troubles comorbides et si elles ont une déficience fonctionnelle associée
- Source des données : collecte de données locales
- Remarque : Veuillez consulter l'énoncé de qualité 2 pour plus de détails

**Pourcentage de personnes atteintes de TOC pour lesquelles la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) avec exposition avec prévention de la réponse a été jugée appropriée et qui suivent une TCC avec exposition avec prévention de la réponse donnée par un professionnel de la santé ayant une expertise en TOC**

- Dénominateur : nombre total de personnes atteintes de TOC pour lesquelles la TCC avec exposition avec prévention de la réponse a été jugée appropriée
- Numérateur : nombre de personnes incluses dans le dénominateur qui suivent une TCC avec exposition avec prévention de la réponse donnée par un professionnel de la santé ayant une expertise en TOC
- Source des données : collecte de données locales
- Remarque : La pertinence de la TCC avec exposition avec prévention de la réponse est fondée sur une approche par paliers en matière de soins. Veuillez consulter l'énoncé de qualité 4 pour obtenir plus d'informations sur l'approche par paliers en matière de soins. Veuillez consulter l'énoncé de qualité 6 pour plus de détails sur la TCC pour le TOC

**Pourcentage de personnes atteintes de TOC qui disent avoir vu une amélioration de leur qualité de vie.**

- Dénominateur : nombre total de personnes atteintes de TOC
- Numérateur : nombre de personnes incluses dans le dénominateur et qui indiquent une amélioration de leur qualité de vie
- Source des données : collecte de données locales

**Pourcentage de personnes atteintes de TOC qui sont « tout à fait d'accord » avec la question suivante : « Les services que je reçois m'aident à surmonter plus facilement mes difficultés. »**

- Dénominateur : nombre total de personnes atteintes de TOC qui répondent à la question suivante : « Les services que je reçois m'aident à surmonter plus facilement mes difficultés. ».
- Numérateur : nombre de personnes incluses dans le dénominateur qui sont « tout à fait d'accord »
- Source des données : collecte de données locales
- Remarques :
  - Cette question est tirée de l'Outil de perception des soins en Ontario Santé mentale et toxicomanie (question 30) élaboré au Centre de dépendance et de santé mentale (CAMH). Cette question est parfaitement harmonisée avec la norme de qualité globale et peut être utile pour déterminer l'expérience du patient. Elle fait partie d'un sondage plus vaste réalisé par CAMH auquel on peut accéder après avoir accepté un protocole d'entente et un contrat de licence avec CAMH. Veuillez consulter [la communauté de pratique de l'OPOC](#) pour de plus amples renseignements
  - Cet indicateur est également un domaine d'intérêt de l'Initiative E-QIP (Excellence par l'amélioration de la qualité). Pour en savoir plus, consultez [CMHA](#) ou [AMHO](#)

**Pourcentage de personnes atteintes de TOC qui terminent la TCC avec exposition avec prévention de la réponse et ont un rétablissement stable**

- Dénominateur : nombre total de personnes atteintes de TOC qui terminent la TCC avec exposition avec prévention de la réponse
- Numérateur : nombre de personnes incluses dans le dénominateur qui ont un rétablissement stable
- Source des données : collecte de données locales
- Remarques :
  - Il y a rétablissement stable lorsque le résultat obtenu par un client sur une échelle de cotes de gravité validées pour le TOC<sup>38</sup> :
    - ° Se situe au-dessus d'un seuil clinique avant le début du traitement et au-dessous de ce seuil après la fin du traitement (réduction des symptômes); et
    - ° Varie (amélioration) d'un nombre fixe de points (statistiquement significatif) entre le début et la fin du traitement

- Veuillez consulter l'énoncé de qualité 1 pour obtenir plus d'informations sur les échelles et le guide de mesure pour plus de détails sur la façon de calculer s'il s'agit ou non d'un rétablissement stable

### **Pourcentage de personnes atteintes de TOC qui terminent la TCC avec exposition avec prévention de la réponse et ont une amélioration stable**

- Dénominateur : nombre total de personnes atteintes de TOC qui terminent la TCC avec exposition avec prévention de la réponse
- Numérateur : nombre de personnes incluses dans le dénominateur qui ont une amélioration stable
- Source des données : collecte de données locales
- Remarques :
  - Une amélioration stable se produit lorsque le résultat obtenu par un client sur une échelle de cotes de gravité validées d'un TOC varie (s'améliore) d'un nombre fixe de points (statistiquement significatif) entre le début et la fin du traitement<sup>38</sup>
  - Veuillez consulter l'énoncé de qualité 1 pour obtenir plus d'informations sur les échelles et le guide de mesure pour plus de détails sur la façon de calculer s'il s'agit ou non d'une amélioration stable

### **Pourcentage de personnes atteintes d'un TOC modéré à grave ou qui ne répondent pas à un traitement psychologique pour lesquelles un traitement pharmacologique a été jugé approprié et qui reçoivent un inhibiteur sélectif du recaptage de la sérotonine (ISRS) avec dose particulière et durée spécifique pour le TOC**

- Dénominateur : nombre total de personnes atteintes d'un TOC modéré à grave ou qui ne répondent pas à un traitement psychologique pour lesquelles un traitement pharmacologique a été jugé approprié
- Numérateur : nombre de personnes incluses dans le dénominateur qui reçoivent un ISRS selon une dose particulière et pendant une durée spécifique au TOC
- Source des données : collecte de données locales
- Remarque : La pertinence du traitement pharmacologique est fondée sur une approche par paliers en matière de soins. Veuillez consulter l'énoncé de qualité 4 pour obtenir plus d'informations sur l'approche par paliers en matière de soins.

## Manière de mesurer l'amélioration par rapport aux énoncés spécifiques

### Énoncé de qualité 1 : Détermination et dépistage approprié

Pourcentage de personnes soupçonnées d'être atteintes de TOC qui font l'objet d'une détermination à l'aide de questions de dépistage reconnues et d'échelles de cotes de gravité validées.

- Dénominateur : nombre total de personnes soupçonnées d'être atteintes de TOC
- Numérateur : nombre de personnes incluses dans le dénominateur qui ont fait l'objet d'une détermination à l'aide de questions de dépistage reconnues et d'échelles de cotes de gravité validées
- Source des données : collecte de données locales

Nombre de jours entre la première fois où une personne soupçonnée d'être atteinte de TOC consulte un professionnel de la santé et le moment où son état est déterminé à l'aide de questions de dépistage reconnues et à l'aide des échelles de cotes de gravité validées.

- Calcul : peut être mesuré sous la forme d'une moyenne, d'une médiane ou d'une distribution statistique (en jours) entre la date où une personne soupçonnée d'être atteinte de TOC consulte pour la première fois un professionnel de la santé et celle où son trouble est déterminé à l'aide de questions de dépistage reconnues et d'échelles de cotes de gravité validées
- Source des données : collecte de données locales

### Énoncé de qualité 2 : Évaluation globale

Pourcentage de personnes soupçonnées d'être atteintes de TOC ou qui ont reçu un résultat de dépistage positif pour un TOC et font l'objet d'une évaluation globale

- Dénominateur : nombre total de personnes soupçonnées d'être atteintes de TOC ou qui ont reçu un résultat de dépistage positif pour un TOC
- Numérateur : nombre de personnes incluses dans le dénominateur qui ont fait l'objet d'une évaluation globale
- Source des données : collecte de données locales
- Remarque : Veuillez consulter l'énoncé de qualité 1 pour la définition d'une personne soupçonnée d'être atteinte de TOC. Cet indicateur est également inclus dans la section « Comment nous mesurerons notre succès »

**Pourcentage de personnes soupçonnées d'être atteintes de TOC ou qui ont reçu un résultat de dépistage positif pour un TOC et font l'objet d'une évaluation globale entreprise dans les huit semaines suivant le premier point de contact**

- Dénominateur : nombre total de personnes soupçonnées d'être atteintes de TOC ou qui ont reçu un résultat de dépistage positif pour un TOC et pour lesquelles l'évaluation globale a été entreprise
- Numérateur : nombre de personnes incluses dans le dénominateur qui font l'objet d'une évaluation globale dans les huit semaines suivant le premier point de contact
- Source des données : collecte de données locales
- Remarque : Veuillez consulter l'énoncé de qualité 1 pour la définition d'une personne soupçonnée d'être atteinte de TOC.

**Nombre de jours entre la date où une personne soupçonnée d'être atteinte de TOC ou ayant reçu un résultat de dépistage positif pour un TOC a son premier point de contact et celle où une évaluation globale est entreprise**

- Calcul : peut être mesuré sous la forme d'une moyenne, d'une médiane ou d'une distribution statistique (en jours) entre la date où une personne soupçonnée d'être atteinte de TOC ou ayant reçu un résultat de dépistage positif pour un TOC a son premier point de contact et celle où une évaluation globale est entreprise
- Source des données : collecte de données locales

**Énoncé de qualité 3 : Soutien à la famille**

**Pourcentage d'adultes atteints de TOC qui choisissent de faire participer les membres de leur famille à leurs soins, qui sont orientés vers les ressources et le soutien disponibles et se voient proposer de la psychoéducation par un professionnel de la santé**

- Dénominateur : nombre total d'adultes atteints de TOC qui choisissent de faire participer les membres de leur famille à leurs soins
- Numérateur : nombre de personnes atteintes de TOC dont les membres de la famille sont orientés vers les ressources et le soutien disponibles et qui se voient proposer de la psychoéducation (y compris sur la façon d'éviter les mesures d'adaptation) donnée par un professionnel de la santé
- Source des données : collecte de données locales

### **Pourcentage d'enfants et d'adolescents atteints de TOC dont les membres de la famille sont orientés vers les ressources et le soutien disponibles et qui se voient proposer de la psychoéducation par un professionnel de la santé**

- Dénominateur : nombre total d'enfants et d'adolescents atteints de TOC
- Numérateur : nombre de personnes atteintes de TOC dont les membres de la famille sont orientés vers les ressources et le soutien disponibles et qui se voient proposer de la psychoéducation (y compris sur la façon d'éviter les mesures d'adaptation) donnée par un professionnel de la santé
- Source des données : collecte de données locales

### **Pourcentage de personnes atteintes de TOC dont les membres de la famille participent à leurs soins et qui disent se sentir soutenus et informés à propos des TOC**

- Dénominateur : nombre total de personnes atteintes de TOC qui choisissent de faire participer les membres de leur famille à leurs soins
- Numérateur : nombre de personnes incluses dans le dénominateur dont la famille dit se sentir soutenue et informée en ce qui concerne les TOC
- Source des données : collecte de données locales

### **Pourcentage de personnes atteintes de TOC dont les membres de la famille participent à l'évaluation et au traitement et qui indiquent une réduction des comportements d'adaptation**

- Dénominateur : nombre total de personnes atteintes de TOC qui choisissent de faire participer les membres de leur famille à leur évaluation et à leur traitement
- Numérateur : nombre de personnes incluses dans le dénominateur dont la famille dit se sentir soutenue en ce qui concerne la réduction des mesures d'adaptation
- Source des données : collecte de données locales
- Remarque : penser à utiliser un outil validé pour évaluer les comportements d'adaptation

## **Énoncé de qualité 4 : Approche par paliers en matière de soins pour le TOC**

**Pourcentage de personnes atteintes de TOC qui ont un plan de traitement qui suit une approche par paliers en matière de soins**

- Dénominateur : nombre total de personnes atteintes de TOC qui ont un plan de traitement
- Numérateur : nombre de personnes incluses dans le dénominateur dont le plan de traitement suit une approche par paliers en matière de soins
- Stratifié par : enfants et adolescents (moins de 18 ans), adultes (18 ans et plus)
- Source des données : collecte de données locales

### **Pourcentage de personnes atteintes de TOC qui ont suivi une approche par paliers en matière de soins en ce qui concerne leur traitement et dont les symptômes se sont atténués**

- Dénominateur : nombre total de personnes atteintes de TOC qui ont suivi une approche par paliers en matière de soins
- Numérateur : nombre de personnes incluses dans le dénominateur qui ont vu une amélioration des symptômes
- Source des données : collecte de données locales
- Remarques :
  - Une échelle de cotes de gravité validées peut être utilisée pour évaluer l'amélioration des symptômes. Veuillez consulter l'énoncé de qualité 1 pour les échelles de cotes de gravité validées
  - Cet indicateur est également inclus dans l'énoncé de qualité 9

### **Énoncé de qualité 5 : Auto-assistance**

#### **Pourcentage de personnes atteintes de TOC pour qui l'auto-assistance a été jugée appropriée et qui disent se sentir soutenues lorsqu'elles accèdent aux ressources d'auto-assistance en fonction de leurs besoins et de leurs préférences individuelles**

- Dénominateur : nombre total de personnes atteintes de TOC pour lesquelles l'auto-assistance a été jugée appropriée
- Numérateur : nombre de personnes incluses dans le dénominateur qui déclarent se sentir soutenues lorsqu'elles accèdent aux ressources d'auto-assistance selon leurs besoins et leurs préférences individuelles

- Stratifié par : enfants et adolescents (moins de 18 ans), adultes (18 ans et plus)
- Source des données : collecte de données locales (p. ex., au moyen d'un sondage auprès des patients)
- Remarque : La pertinence de l'auto-assistance est fondée sur une approche par paliers en matière de soins. Veuillez consulter l'énoncé de qualité 4 pour obtenir plus d'informations sur l'approche par paliers en matière de soins.

### **Énoncé de qualité 6 : Thérapie cognitivo-comportementale pour le TOC**

**Pourcentage de personnes atteintes de TOC pour lesquelles la TCC avec exposition avec prévention de la réponse a été jugée appropriée et qui suivent une TCC avec exposition avec prévention de la réponse donnée par un professionnel de la santé ayant une expertise dans les TOC**

- Dénominateur : nombre total de personnes atteintes de TOC pour lesquelles la TCC avec exposition avec prévention de la réponse a été jugée appropriée
- Numérateur : nombre de personnes incluses dans le dénominateur qui suivent une TCC avec exposition avec prévention de la réponse donnée par un professionnel de la santé ayant une expertise en TOC
- Source des données : collecte de données locales
- Remarque : La pertinence de la TCC avec exposition avec prévention de la réponse est fondée sur une approche par paliers en matière de soins. Veuillez consulter l'énoncé de qualité 4 pour obtenir plus d'informations sur l'approche par paliers en matière de soins. Cet indicateur est également inclus dans la section « Comment nous mesurerons notre succès »

**Pourcentage de personnes atteintes de TOC qui suivent une TCC avec exposition avec prévention de la réponse donnée par un professionnel de la santé spécialisé dans les TOC dans les six semaines suivant l'évaluation globale**

- Dénominateur : nombre total de personnes atteintes de TOC qui suivent une TCC avec exposition avec prévention de la réponse donnée par un professionnel de la santé ayant une expertise en TOC
- Numérateur : nombre de personnes incluses dans le dénominateur dont la TCC avec exposition avec prévention de la réponse commence dans les six semaines suivant l'évaluation globale

- Source des données : collecte de données locales

### **Disponibilité locale des programmes de TCC donnés par des professionnels de la santé formés et certifiés**

- Source des données : collecte de données locales

## **Énoncé de qualité 7 : Traitement pharmacologique spécifique au TOC**

**Pourcentage de personnes atteintes d'un TOC modéré à grave ou qui ne répondent pas à un traitement psychologique pour lesquelles un traitement pharmacologique a été jugé approprié et qui reçoivent un ISRS avec dose particulière pendant une durée spécifique pour le TOC**

- Dénominateur : nombre total de personnes atteintes d'un TOC modéré à grave ou qui ne répondent pas à un traitement psychologique pour lesquelles un traitement pharmacologique a été jugé approprié
- Numérateur : nombre de personnes incluses dans le dénominateur qui reçoivent un ISRS selon une dose particulière et pendant une durée spécifique au TOC
- Source des données : collecte de données locales
- Remarques :
  - La pertinence du traitement pharmacologique est fondée sur une approche par paliers en matière de soins. Veuillez consulter l'énoncé de qualité 4 pour obtenir plus d'informations sur l'approche par paliers en matière de soins. Cet indicateur est également inclus dans la section « Comment nous mesurerons notre succès »
  - Consulter les recommandations pour la pratique clinique afin d'obtenir de plus amples renseignements sur les recommandations relatives à la dose spécifique pour le TOC.

**Pourcentage de personnes atteintes de TOC qui se sont vues offrir un ISRS et qui ont l'impression d'avoir un rôle à jouer dans les discussions sur les médicaments qu'elles prennent, ce qui inclut les avantages, risques potentiels, effets secondaires et effets indésirables**

- Dénominateur : nombre total de personnes atteintes de TOC qui se voient offrir un ISRS
- Numérateur : nombre de personnes incluses dans le dénominateur qui ont l'impression d'avoir un rôle à jouer dans les discussions sur les médicaments qu'elles prennent, ce qui inclut les

avantages, risques potentiels, effets secondaires et effets indésirables

- Source des données : collecte de données locales

### **Énoncé de qualité 8 : Surveillance**

**Pourcentage de personnes atteintes de TOC qui suivent une psychothérapie et dont la réponse au traitement (efficacité et tolérabilité) est surveillée à l'aide d'outils validés, ainsi qu'avec une évaluation de leur évolution clinique effectuée à chacun des traitements effectués par le médecin traitant**

- Dénominateur : nombre total de personnes atteintes de TOC qui suivent une psychothérapie
- Numérateur : nombre de personnes incluses dans le dénominateur dont la réponse au traitement (efficacité et tolérabilité) est surveillée à l'aide d'outils validés, ainsi qu'avec une évaluation de leur évolution clinique lors de chacun des traitements effectués par le médecin traitant
- Source des données : collecte de données locales
- Remarque : Veuillez consulter l'énoncé de qualité 1 pour les échelles de cotes de gravité validées

**Pourcentage de personnes atteintes de TOC qui reçoivent de la pharmacothérapie et dont le trouble n'est pas encore stabilisé, ce qui veut dire que la réponse au traitement (efficacité et tolérabilité) est surveillée à l'aide d'outils validés et d'une évaluation mensuelle de leur évolution clinique par le médecin traitant**

- Dénominateur : nombre total de personnes atteintes de TOC qui reçoivent de la pharmacothérapie et dont le trouble n'est pas encore stabilisé
- Numérateur : nombre de personnes incluses dans le dénominateur dont la réponse au traitement (efficacité et tolérabilité) est surveillée à l'aide d'outils validés et d'une évaluation de leur évolution clinique effectuée chaque mois, par le médecin traitant
- Source des données : collecte de données locales
- Remarque : Veuillez consulter l'énoncé de qualité 1 pour les échelles de cotes de gravité validées

**Pourcentage de personnes atteintes de TOC en rémission qui sont suivies par un professionnel de la santé au moins une fois dans les 12 mois suivants**

- Dénominateur : nombre total de personnes atteintes de TOC qui sont en rémission (peu ou

pas de symptômes importants)

- Numérateur : nombre de personnes incluses dans le dénominateur qui ont eu un suivi par un professionnel de la santé au moins une fois dans les 12 mois
- Source des données : collecte de données locales

### **Énoncé de qualité 9 : Soutien pendant la réponse initiale au traitement**

**Pourcentage de personnes atteintes de TOC qui ne répondent pas au traitement initial et sont réévaluées par un professionnel de la santé avant de se voir offrir d'autres options de traitement**

- Dénominateur : nombre total de personnes atteintes de TOC qui ne répondent pas au traitement initial
- Numérateur : nombre de personnes incluses dans le dénominateur qui sont réévaluées par un professionnel de la santé avant de se voir offrir d'autres options de traitement
- Stratifié par : enfants et adolescents (moins de 18 ans), adultes (18 ans et plus)
- Source des données : collecte de données locales

**Pourcentage de personnes atteintes de TOC qui ne répondent pas au traitement initial, sont réévaluées et dont le plan de traitement suit une approche par paliers en matière de soins**

- Dénominateur : nombre total de personnes atteintes de TOC qui ne répondent pas au traitement initial et qui sont réévaluées
- Numérateur : nombre de personnes incluses dans le dénominateur qui ont un plan de traitement qui suit une approche par paliers en matière de soins
- Stratifié par : enfants et adolescents (moins de 18 ans), adultes (18 ans et plus)
- Source des données : collecte de données locales

**Pourcentage de personnes atteintes de TOC qui ont suivi une approche par paliers en matière de soins en ce qui concerne leur traitement et dont les symptômes se sont atténués**

- Dénominateur : nombre total de personnes atteintes de TOC qui ont suivi une approche par

paliers en matière de soins

- Numérateur : nombre de personnes incluses dans le dénominateur qui ont vu une amélioration des symptômes
- Source des données : collecte de données locales
- Remarques :
  - Une échelle de cotes de gravité validées peut être utilisée pour évaluer l'amélioration des symptômes. Veuillez consulter l'énoncé de qualité 1 pour les échelles de cotes de gravité validées
  - Cet indicateur est également inclus dans l'énoncé de qualité 4

### **Énoncé de qualité 10 : Traitement intensif**

**Pourcentage de personnes atteintes d'un TOC grave ou qui ne répondent pas aux traitements psychologiques ou pharmacologiques conventionnels et qui sont orientées vers un traitement intensif spécialisé**

- Dénominateur : nombre total de personnes atteintes d'un TOC grave qui ne répondent pas au traitement psychologique ou pharmacologique
- Numérateur : nombre de personnes incluses dans le dénominateur qui sont orientées afin d'obtenir un traitement intensif
- Source des données : collecte de données locales

### **Énoncé de qualité 11 : Prévention des rechutes**

**Pourcentage de personnes atteintes de TOC qui suivent un traitement et savent comment prévenir les rechutes et gérer les symptômes (s'ils réapparaissent)**

- Dénominateur : nombre total de personnes atteintes de TOC qui suivent un traitement
- Numérateur : nombre de personnes incluses dans le dénominateur qui ont confiance dans la façon de prévenir une rechute et de gérer les symptômes s'ils réapparaissent
- Stratifié par : enfants et adolescents (moins de 18 ans), adultes (18 ans et plus)

- Source des données : collecte de données locales

### **Pourcentage de personnes dont les symptômes de TOC ont été en rémission et qui rechutent dans l'année qui suit**

- Dénominateur : nombre total de personnes atteintes de TOC qui sont en rémission (peu ou pas de symptômes importants après le traitement)
- Numérateur : nombre de personnes incluses dans le dénominateur qui rechutent dans un délai d'un an
- Source des données : collecte de données locales

### **Énoncé de qualité 12 : Transitions dans les soins**

#### **Pourcentage de personnes atteintes de TOC qui font la transition entre les services ou les professionnels de la santé et pour qui ce changement s'effectue en douceur**

- Dénominateur : nombre total de personnes atteintes de TOC qui font la transition entre des services ou des professionnels de la santé
- Numérateur : nombre de personnes incluses dans le dénominateur qui vivent une transition sans heurt
- Stratification potentielle : par type de transition
- Source des données : collecte de données locales

#### **Pourcentage de personnes atteintes de TOC qui passent des services à l'enfance et à l'adolescence aux services aux adultes et pour qui cette transition s'effectue en douceur**

- Dénominateur : nombre total de personnes atteintes de TOC qui passent des services pour enfants et adolescents aux services pour adultes
- Numérateur : nombre de personnes incluses dans le dénominateur qui vivent une transition sans heurt
- Source des données : collecte de données locales

## Appendice 3. Glossaire

**Aidant :** Le non-professionnel qui fournit gratuitement des soins et du soutien à la personne atteinte de TOC. Il peut s'agir d'un membre de sa famille, d'un ami ou de toute autre personne qu'elle a nommée. D'autres termes couramment utilisés pour décrire ce rôle comprennent « partenaire de soins », « aidant informel », « aidant familial », « personne soignante », « aidant naturel » et « aidant principal ».

**Adapté à la culture :** Une approche qui intègre les traditions, les valeurs et les croyances culturelles ou religieuses, qui utilise la langue préférée de la personne, qui adapte les conseils propres à sa culture et qui tient compte du désir de la personne de faire participer les membres de sa famille ou de sa collectivité.<sup>39</sup>

**Famille :** Les personnes les plus proches d'une personne en ce qui concerne la connaissance, les soins et l'affection. Il peut s'agir de la famille biologique, de la famille par alliance, de la famille que vous choisissez ou de vos amis. La personne décide qui constitue sa famille et qui participe à la prestation des soins.

**Professionnels de la santé :** Des professions réglementées, comme les travailleurs sociaux, les psychothérapeutes, les infirmières, les infirmières praticiennes, les médecins, les psychologues, les ergothérapeutes et les pharmaciens.

# Remerciements

## Comité consultatif

Santé Ontario (Qualité) remercie les personnes suivantes pour leurs généreuses contributions volontaires en temps et en expertise afin d'aider à créer cette norme de qualité :

### **Randi E. McCabe (coprésidente)**

Directeur, Clinique de traitement et de recherche sur l'anxiété, St. Joseph's Healthcare Hamilton

### **Peggy M.A. Richter (coprésidente)**

Chef, Centre des troubles anxieux Frederick W. Thompson, Centre des sciences de la santé Sunnybrook

### **Sharon Bal**

Médecin de famille, Organisation de santé familiale Delta Coronation

### **Mary Bartram**

Travailleuse sociale agréée, chercheure postdoctorale, Université McGill

### **Jaime Brown**

Conseillère en expérience vécue; Coach de recherche, Centre d'excellence en santé mentale des enfants et des adolescents

### **Suzanne Filion**

Directrice du développement stratégique, Hôpital Général de Hawkesbury and District General Hospital Inc.

### **Cheryl Fiske**

Ergothérapeute, Centre des sciences de la santé mentale Ontario Shores

### **Mark Freeman**

Conseiller en expérience vécue; Spécialiste du soutien par les pairs; auteur

### **Judith Laposa**

Psychologue et clinicienne-chercheure, Centre de dépendance et de santé mentale; professeure adjointe, Université de Toronto

### **Lisa Leblanc**

Chef d'équipe, Équipe de traitement communautaire assertif, Association canadienne pour la santé mentale, succursale de Kenora

### **Melanie Lefebvre**

Conseiller en expérience vécue; Coordinatrice de programme, Collège Cambrian d'arts appliqués et de technologie; ancienne Gestionnaire de cas, Association canadienne pour la santé mentale – Sudbury / Manitoulin

### **Barbara Loeprich**

Infirmière praticienne, Centre de santé autochtone De Dwa Da Dehs Nyes

### **Sandy Marangos**

Directrice de programme, Services de santé mentale et d'urgence, Hôpital général de North York

### **Carol Miller**

Conseiller en expérience vécue; Spécialiste du savoir, genre au travail

### **Kimberly Moran**

Conseillère en expérience vécue; Chef de la direction, Santé mentale pour enfants Ontario

**Neil A. Rector**

Scientifique principale et psychologue,  
Sunnybrook Health Sciences Centre

**Karen Rowa**

Psychologue, Clinique de traitement et  
de traitement de l'anxiété, St. Joseph's  
Healthcare Hamilton

**Steven Selchen**

Chef de psychiatrie, Hôpital Joseph Brant

**Noam Soreni**

Psychiatre, Équipe de consultation  
pédiatrique en TOC, Clinique de recherche  
et de traitement de l'anxiété, Soins de santé  
St-Joseph Hamilton, professeur agrégé,  
Université McMaster

**Lindsay Yarrow**

Directrice des services cliniques et des  
services d'intégration communautaire, de  
dépendance et de santé mentale, Kingston  
Frontenac Lennox et Addington

# Références

1. Mental Health Commission of Canada. Changing directions, changing lives: the Mental Health Strategy for Canada [Internet]. Calgary (AB): The Commission; 2012 [cited 2018 Nov 29]. Available from: [https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/MHStrategy\\_Strategy\\_ENG.pdf](https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/MHStrategy_Strategy_ENG.pdf)
2. Mental Health Commission of Canada. Recovery [Internet]. Calgary (AB): The Commission; 2016 [updated 2018 Jul 09; cited 2018 Nov 29]. Available from: <http://www.mentalhealthcommission.ca/English/focus-areas/recovery>
3. Health Canada. First Nations Wellness Continuum: summary report [Internet]. Ottawa (ON): Queen's Printer; 2015 [cited 2018 July 18]. Available from: [http://www.thunderbirdpf.org/wp-content/uploads/2015/01/24-14-1273-FN-Mental-Wellness-Summary-EN03\\_low.pdf](http://www.thunderbirdpf.org/wp-content/uploads/2015/01/24-14-1273-FN-Mental-Wellness-Summary-EN03_low.pdf)
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Arlington (VA): The Association; 2013.
5. Katzman MA, Bleau P, Blier P, Chokka P, Kjernisted K, Van Ameringen M, et al. Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. *BMC Psychiatry*. 2014;14 Suppl 1:S1.
6. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *JAMA Psychiatry*. 2005;62(6):593-602.
7. Ruscio AM, Stein DJ, Chiu WT, Kessler RC. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Mol Psychiatry*. 2010;15(1):53-63.
8. Kessler RC, Petukhova M, Sampson NA, Zaslavsky AM, Wittchen HU. Twelve-month and lifetime prevalence and lifetime morbid risk of anxiety and mood disorders in the United States. *Int J Methods Psychiatr Res*. 2012;21(3):169-84.
9. Osland S, Arnold PD, Pringsheim T. The prevalence of diagnosed obsessive compulsive disorder and associated comorbidities: a population-based Canadian study. *Psychiatry Res*. 2018;268:137-42.
10. Anxiety disorders: obsessive-compulsive disorder [Internet]. Ottawa (ON): Queen's Printer; 2015 [updated 2015 Nov 27; cited 2018 Jan 22]. Available from: <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-619-m/2012004/sections/sectionb-eng.htm#a5>
11. Singapore Ministry of Health. Clinical practice guidelines: anxiety disorders [Internet]. Singapore: The Ministry; 2015 [cited 2018 Nov 29]. Available from: [https://www.moh.gov.sg/content/dam/moh\\_web/HPP/Doctors/cpg\\_medical/current/2015/anxiety\\_disorders/cpg\\_Anxiety%20Disorders%20%20Apr%202015%20-%20Full%20Guidelines.pdf](https://www.moh.gov.sg/content/dam/moh_web/HPP/Doctors/cpg_medical/current/2015/anxiety_disorders/cpg_Anxiety%20Disorders%20%20Apr%202015%20-%20Full%20Guidelines.pdf)
12. Albert U, De Ronchi D, Maina G, Pompili M. Suicide risk in obsessive-compulsive disorder and exploration of risk factors: a systematic review. *Curr Neuropharmacol*. 2019;17(8):681-96.
13. DuPont RL, Rice DP, Shiraki S, Rowland CR. Economic costs of obsessive-compulsive disorder. *Med Interface*. 1995;8(4):102-9.
14. Canadian Institute for Health Information. Health System Resources for Mental Health and Addictions Care in Canada [Internet]. Ottawa (ON): The Institute; 2019. Available from: <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/mental-health-chartbook-report-2019-en-web.pdf>
15. Brien S, Grenier L, Kapral ME, Kurdyak P, Vigod ST. Taking stock: a report on the quality of mental health and addictions services in Ontario. An HQO/ICES report [Internet]. Toronto (ON): Health Quality Ontario and Institute for Clinical Evaluative Sciences; 2015 [cited 2018 Oct 3]. Available from: <http://www.hqontario.ca/portals/0/Documents/pr/theme-report-taking-stock-en.pdf>
16. Simonds LM, Thorpe SJ. Attitudes toward obsessive-compulsive disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2003;38(6):331-6.
17. Simonds LM, Elliott SA. OCD patients and non-patient groups reporting obsessions and compulsions: phenomenology, help-seeking, and access to treatment. *Br J Med Psychol*. 2011;74(4):431-49.
18. Garcia-Soriano G, Rufer M, Delsignore A, Weidt S. Factors associated with non-treatment or delayed treatment seeking in OCD sufferers: a review of the literature. *Psychiatry Res*. 2014;220(1-2):1-10.

19. Kohn R, Saxena S, Levav I, Saraceno B. The treatment gap in mental health care. *Bulletin of the World Health Organization*. 2004;82(11):858-66.
20. Pinto A, Mancebo MC, Eisen JL, Pagano ME, Rasmussen SA. The Brown Longitudinal Obsessive Compulsive Study: clinical features and symptoms of the sample at intake. *J Clin Psychiatry*. 2006;67(5):703-11.
21. National Institute for Health and Care Excellence. Obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder: treatment [Internet]. London (UK): The Institute; 2005 [cited 2018 Nov 29]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg31/resources/obsessivecompulsive-disorder-and-body-dysmorphic-disorder-treatment-pdf-975381519301>
22. McCabe RE, Milosevic I, Rowa K, Shnaider P, Pawluk EJ. Diagnostic Assessment Research Tool (DART). Hamilton (ON): St. Joseph's Healthcare/McMaster University; 2017.
23. Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale [Internet]. Psychology Tools; 2018 [cited 2018 Mar 22]. Available from: <https://psychology-tools.com/yale-brown-obsessive-compulsive-scale/>
24. Foa EB, Huppert JD, Leiberg S, Langner R, Kichic R, Hajcak G, et al. The Obsessive-Compulsive Inventory: development and validation of a short version. *Psychol Assess*. 2002;14(4):485-96.
25. Geller DA, March J, AACAP Committee on Quality Issues. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2012;51(1):98-113.
26. Koran LM, Hanna GL, Hollander E, Nestadt G, Simpson HB. Practice guideline for the treatment of patients with obsessive-compulsive disorder [Internet]. Arlington (VA): American Psychiatric Association; 2007 [cited 2018 Jul 11]. Available from: [http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/site-wide/practice\\_guidelines/guidelines/ocd.pdf](http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/site-wide/practice_guidelines/guidelines/ocd.pdf)
27. Baldwin DS, Anderson IM, Nutt DJ, Allgulander C, Bandelow B, den Boer JA, et al. Evidence-based pharmacological treatment of anxiety disorders, post-traumatic stress disorder and obsessive-compulsive disorder: a revision of the 2005 guidelines from the British Association for Psychopharmacology. *J Psychopharmacol*. 2014;28(5):403-39.
28. Rapp AM, Bergman RL, Piacentini J, McGuire JF. Evidence-based assessment of obsessive-compulsive disorder. *J Central Nerv Syst Dis*. 2016;8:13-29.
29. Pallanti S, Grassi G, Sarrecchia ED, Cantisani A, Pellegrini M. Obsessive-compulsive disorder comorbidity: clinical assessment and therapeutic implications. *Front Psychiatry*. 2011;2:70.
30. Strauss C, Hale L, Stobie B. A meta-analytic review of the relationship between family accommodation and OCD symptom severity. *J Anxiety Disord*. 2015;33:95-102.
31. Lebowitz ER, Panza KE, Bloch MH. Family accommodation in obsessive-compulsive and anxiety disorders: a five-year update. *Expert Rev Neurother*. 2016;16(1):45-53.
32. Coles ME, Heimberg RG, Weiss BD. The public's knowledge and beliefs about obsessive compulsive disorder. *Depress Anxiety*. 2013;30(8):778-85.
33. Sunderland K, Mishkin W, Peer Leadership Group, Mental Health Commission of Canada. Guidelines for the practice and training of peer support [Internet]. Calgary (AB): Mental Health Commission of Canada; 2013 [cited 2018 Nov 29]. Available from: [https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/peer\\_support\\_guidelines.pdf](https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/peer_support_guidelines.pdf)
34. Cyr C, McKee H, O'Hagan M, Priest R, Mental Health Commission of Canada. Making the case for peer support: report to the Peer Support Project Committee of the Mental Health Commission of Canada [Internet]. Calgary (AB): Mental Health Commission of Canada; 2016 [cited 2018 Nov 29]. Available from: [https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/2016-07/MHCC\\_Making\\_the\\_Case\\_for\\_Peer\\_Support\\_2016\\_Eng.pdf](https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/2016-07/MHCC_Making_the_Case_for_Peer_Support_2016_Eng.pdf)

## REFERENCES CONTINUED

35. Bandelow B, Sher L, Bunevicius R, Hollander E, Kasper S, Zohar J, et al. Guidelines for the pharmacological treatment of anxiety disorders, obsessive-compulsive disorder and posttraumatic stress disorder in primary care. *Int J Psychiatry Clin Pract.* 2012;16(2):77-84.
36. National Institute for Health and Care Excellence. Anxiety disorders [Internet]. London (UK): The Institute; 2014 [cited 2018 Mar 16]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/qs53/resources/anxiety-disorders-pdf-2098725496261>
37. Anxiety Canada. How to prevent a relapse [Internet]. Vancouver (BC): Anxiety Canada; 2018 [cited 2018 Aug 1]. Available from: <https://www.anxiety-canada.com/adults/how-prevent-relapse>
38. National Collaborating Centre for Mental Health. The improving access to the psychological therapies manual: appendices and helpful resources [Internet]. London (UK): The Centre; 2018 [cited 2019 Aug 8]. Available from: <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2018/06/iapt-manual-resources-v2.pdf>
39. Crowshoe L, Dannenbaum D, Green M, Henderson R, Naqshbandi Hayward M, Toth E. Type 2 diabetes in Indigenous peoples. *Can J Diabetes.* 2018;42:S296-S306.

# À propos de nous

Une fois pleinement établie, notre but sera de permettre la prestation de soins et de services de santé de grande qualité pour tous les Ontariens, au moment et à l'endroit où ils en ont besoin, tout en leur offrant la meilleure expérience possible à chaque étape du parcours.

Pour plus d'informations, visitez : [ontariohealth.ca/fr/notre-equipe](https://ontariohealth.ca/fr/notre-equipe)

# Besoins de renseignements supplémentaires

Visiter notre site Web à [hqontario.ca](http://hqontario.ca) ou communiquer avec nous à l'adresse [qualitystandards@hqontario.ca](mailto:qualitystandards@hqontario.ca) pour toute question ou rétroaction sur ce guide.

**Santé Ontario (Qualité)**

130 rue Bloor Ouest, 10<sup>e</sup> étage  
Toronto, Ontario  
M5S 1N5

**Tél.** : 416-323-6868

**Sans frais** : 1-866-623-6868

**Télécopieur** : 416-323-9261

**Courriel** : [qualitystandards@hqontario.ca](mailto:qualitystandards@hqontario.ca)

**Site Web** : [hqontario.ca](http://hqontario.ca)