

NORMES DE QUALITÉ

La dépression clinique

Soins aux adultes et
aux adolescents

MISE À JOUR 2025

Portée de cette norme de qualité

Cette norme de qualité traite des soins aux personnes qui sont atteintes d'une dépression clinique ou qui sont soupçonnées d'en avoir une. La norme de qualité s'applique aux adultes et aux adolescents âgés de 13 ans et plus, et elle tient compte de tous les milieux de soins. Elle ne s'applique pas aux personnes atteintes de dépression post-partum ou aux enfants de moins de 13 ans.

Cette norme de qualité se concentre sur la dépression clinique unipolaire. Certaines déclarations se réfèrent tout particulièrement aux personnes atteintes d'une dépression clinique qui est classée comme étant légère, modérée ou grave. Une gamme d'échelles de mesure scientifiquement validées permet aux cliniciens de déterminer cette classification en fonction de facteurs comme le nombre, la durée et l'intensité des symptômes, la présence ou l'absence de symptômes psychotiques et le niveau de déficience fonctionnelle de la personne.

S'il y a lieu, les énoncés de qualité correspondent à ceux du document d'orientation [*Utilisation cliniquement appropriée des soins virtuels pour la dépression et les troubles liés à l'anxiété*](#) de Santé Ontario¹. Ce document d'orientation vise à fournir un soutien aux cliniciens en soins primaires qui utilisent des modalités virtuelles dans le cadre d'un modèle hybride de soins (c.-à-d. des soins qui impliquent une combinaison de visites virtuelles et en personne, selon le cas) pour la gestion de la dépression et des troubles liés à l'anxiété.

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 partenaires de soins à savoir ce qu'ils doivent demander relativement aux soins;
- Aider les cliniciens 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 et les guides du patient qui les accompagnent sont élaborées par Santé Ontario, en collaboration avec les cliniciens, les patients et les partenaires de soins de l'Ontario.

Pour obtenir plus de renseignements, veuillez contacter QualityStandards@OntarioHealth.ca.

Énoncés de qualité pour améliorer les soins : Résumé

Ces énoncés de qualité décrivent à quoi ressemblent des soins de grande qualité pour les personnes atteintes de dépression clinique.

Énoncé de qualité 1 : Évaluation complète

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

Énoncé de qualité 2 : Évaluation du risque suicidaire et intervention

Les personnes atteintes d'une dépression clinique qui présentent un risque considérable pour elles mêmes ou pour d'autres, y compris celles qui présentent des symptômes psychotiques, ont immédiatement accès à une évaluation du risque de suicide et à une intervention préventive.

Énoncé de qualité 3 : Prise de décision partagée

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

Énoncé de qualité 4 : Traitement après le diagnostic initial

Les personnes atteintes d'une dépression majeure ont accès en temps opportun à un traitement initial, y compris la pharmacothérapie ou une psychothérapie fondée sur des données probantes (ou les deux) en fonction de leur préférence, de la gravité de leurs symptômes et de leur capacité à tolérer le traitement. Les personnes pour qui des essais adéquats de pharmacothérapie ou de psychothérapie fondée sur des données probantes n'ont pas été efficaces ont la possibilité de recourir à la stimulation magnétique transcrânienne répétitive.

Énoncé de qualité 5 : Thérapies complémentaires et autogestion

Les personnes atteintes d'une dépression clinique sont informées des traitements d'appoint et des stratégies d'autogestion qui peuvent compléter la pharmacothérapie ou la psychothérapie.

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

Les personnes atteintes d'une dépression clinique sont surveillées pour l'apparition ou l'augmentation des idées suicidaires après le début d'un traitement. Les personnes atteintes d'une dépression clinique ont un rendez-vous de suivi avec leur clinicien au moins toutes les deux semaines pendant au moins six semaines ou jusqu'à ce que l'on obtienne une adhésion au traitement et une

réponse. Après cela, elles ont un rendez-vous de suivi au moins toutes les quatre semaines jusqu'à ce qu'elles entrent en rémission.

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

Les personnes atteintes de dépression clinique qui prennent des antidépresseurs sont mises en observation pendant 2 semaines afin de détecter de quelconques effets; passé ce délai, l'ajustement de la dose ou changement des médicaments peuvent être considérés. Les personnes atteintes d'une dépression clinique qui n'ont pas de réponse à leur médication après huit semaines se voient offrir un médicament différent ou supplémentaire, une psychothérapie ou une combinaison des deux.

Énoncé de qualité 8 : Poursuite de la médication

Les personnes prenant des médicaments qui entrent en rémission après leur premier épisode de dépression clinique sont priées de continuer leur traitement pendant au moins six mois après la rémission. On conseille aux personnes présentant des épisodes récurrents de dépression clinique qui prennent des médicaments et entrent en rémission de continuer leur traitement pendant au moins deux ans après la rémission.

Énoncé de qualité 9 : Thérapie par électrochocs

Les personnes atteintes d'une dépression clinique grave et celles atteintes d'une dépression difficile à traiter ont accès à une thérapie par électrochocs.

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

Les personnes atteintes d'une dépression clinique qui ont atteint la rémission complète, mais qui connaissent des épisodes récurrents ont accès en temps opportun à une réévaluation et à un traitement.

Énoncé de qualité 11 : Sensibilisation et soutien

Les personnes atteintes d'une dépression clinique, les membres de leur famille et les partenaires de soins reçoivent une éducation sur la dépression clinique et des renseignements sur les services de soutien communautaire et de crise.

Énoncé de qualité 12 : Transitions en matière de soins

Les personnes atteintes d'une dépression clinique qui passent d'un clinicien à un autre ont un plan de soins documenté qui est mis à leur disposition et à celle de leur clinicien d'accueil dans les sept jours suivant la transition, avec un calendrier précis pour le suivi. Les personnes atteintes d'une dépression clinique qui reçoivent leur congé de l'établissement de soins de courte durée ont un rendez-vous de suivi prévu avec un clinicien dans les sept jours.

Table des matières

Portée de cette norme de qualité.....	2
Qu'est-ce qu'une norme de qualité?	2
Énoncés de qualité pour améliorer les soins : Résumé	3
Résumé des mises à jour de 2024 et 2025	6
Justification de la nécessité de cette norme	9
Mesure à l'appui de l'amélioration.....	10
Énoncé de qualité 1 : Évaluation complète	12
Énoncé de qualité 2 : Évaluation du risque suicidaire et intervention.....	15
Énoncé de qualité 3 : Prise de décision partagée	18
Énoncé de qualité 4 : Traitement après le diagnostic initial.....	20
Énoncé de qualité 5 : Thérapies complémentaires et autogestion	23
Énoncé de qualité 6 : Observer l'adhésion et la réponse au traitement.....	26
Énoncé de qualité 7 : Optimiser, modifier ou ajouter des thérapies	28
Énoncé de qualité 8 : Poursuite de la médication	30
Énoncé de qualité 9 : Thérapie par électrochocs.....	32
Énoncé de qualité 10 : Évaluation et traitement en cas d'épisodes récurrents	34
Énoncé de qualité 11 : Sensibilisation et soutien	36
Énoncé de qualité 12 : Transitions en matière de soins	38
Énoncé de pratique émergente : Interventions non pharmacologiques.....	41
Appendice 1 : À propos de cette norme de qualité	42
Appendice 2 : Glossaire	44
Appendice 3 : Valeurs et principes directeurs.....	46
Remerciements	50
Références	52
À propos de nous	57

Résumé des mises à jour de 2024 et 2025

En 2023/24, nous avons effectué un examen des données probantes afin de saisir les lignes directrices de pratique clinique et les évaluations des technologies de la santé nouvelles ou mises à jour publiées depuis la publication initiale de cette norme de qualité en 2016.

En 2025, nous avons mis à jour l'énoncé de qualité 4 (traitement après le diagnostic initial) pour inclure la stimulation magnétique transcrânienne répétitive (SMTr) pour les personnes pour qui des essais adéquats de pharmacothérapie ou de psychothérapie fondée sur des données probantes n'ont pas été efficaces.

Ces mises à jour harmonisent la norme de qualité avec les données cliniques les plus récentes et la pratique actuelle en Ontario.

Voici un résumé des changements apportés à la norme de qualité globale :

- Liens, références secondaires et sources de données mis à jour, le cas échéant
- Mise à jour de la mise en forme pour qu'elle s'harmonise sur la conception et l'image de marque actuelles de Santé Ontario
- Révision des ressources connexes (guide du patient, tableau sommaire, dossier d'amélioration, spécifications techniques) afin de tenir compte des changements apportés aux normes de qualité et de s'harmoniser à la conception et à l'image de marque actuelles de Santé Ontario
- Données mises à jour dans le cas de l'amélioration des diapositives, dans la section « Justification de la nécessité de cette norme » et dans les justifications de l'énoncé de qualité, le cas échéant
- Remplacer le terme « antidépresseurs » par médicaments ou pharmacothérapie, le cas échéant
- Ajout d'un principe directeur sur l'intersectionnalité afin de s'harmoniser sur le contenu ajouté sur la prestation de soins adaptés à la culture et guidés par les traumatismes aux populations qui méritent l'équité

Voici un résumé des changements apportés à des énoncés de qualité particuliers :

- Énoncé de qualité 1 :
 - Modification de la définition de l'évaluation globale pour inclure l'exclusion de la dépression secondaire des autres causes
 - Mise à jour de la justification avec des indications sur le moment où l'on peut soupçonner des personnes d'être atteintes d'une dépression clinique et ajout de considérations pour les populations qui méritent l'équité
 - Mise à jour de l'énoncé sur le public « Pour les cliniciens » pour inclure l'utilisation d'entrevues directes et de considérations pour les adolescents, conformément au

document *Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care*², ainsi que la nécessité pour les cliniciens d'avoir l'éducation, les connaissances et les compétences nécessaires pour fournir des soins de manière adaptée à la culture, guidée par les traumatismes, exempte de racisme et sans oppression

- Mise à jour de l'énoncé sur le public « Pour les organismes et les planificateurs des services de santé » pour inclure des dispositions visant à ce que les membres de l'équipe de soins de santé reçoivent une formation et une éducation permanentes en matière de soins adaptés à la culture et guidés par les traumatismes
- Énoncé de qualité 2 : Modifier la justification pour mettre en évidence le fait qu'une évaluation du risque de suicide doit être effectuée à chaque rencontre clinique et ajouter des facteurs de risque de suicide que doivent connaître l'équipe de soins de santé, les membres de la famille et les partenaires de soins.
- Énoncé de qualité 3 : Mise à jour de la justification d'inclure des modèles de collaboration mettant l'accent sur la participation interprofessionnelle de deux cliniciens ou plus dans le cadre du processus décisionnel commun, conformément aux lignes directrices du Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) de 2023³.
- Énoncé de qualité 4 :
 - Ajout des termes « gravité des symptômes » et « capacité à tolérer le traitement » à l'énoncé de qualité et à l'énoncé de qualité à jour pour inclure la SMTr en conformité avec les lignes directrices du CANMAT 2023 à jour³ et l'évaluation des technologies de la santé de Santé Ontario 2021,⁴ et les définitions et les énoncés sur le public connexes à jour en conséquence.
 - Ajout d'une définition de la *pharmacothérapie*
 - Mise à jour de la définition de *psychothérapie fondée sur des données probantes* pour inclure la psychothérapie interpersonnelle adaptée aux adolescents et la thérapie cognitive comportementale guidée par le clinicien sur Internet (fondée sur l'évaluation des technologies de la santé de 2019 par Qualité des services de santé Ontario⁵) comme exemples et modification de la fréquence des séances fondée sur les lignes directrices de 2023 de CANMAT³
 - Modification de la justification pour inclure des renseignements sur l'efficacité de la pharmacothérapie et de la psychothérapie comme traitements initiaux
 - Libellé incorporé centré sur la personne en remplaçant « résiste au traitement » par « les personnes pour lesquelles les essais adéquats précédents n'ont pas été efficaces »
- Énoncé de qualité 5 : Ajout d'adaptations culturelles et d'interventions guidées en santé numérique en tant que traitements d'appoint, conformément aux lignes directrices de CANMAT de 2023³ et ajout de définitions connexes.

- Énoncé de qualité 6 :
 - Modification de la définition de la *réponse* pour inclure « l'échelle de cotation validée pour les soins fondés sur la mesure » et ajout d'une référence à l'énoncé de qualité 1
 - Modification de la justification pour souligner l'importance de surveiller de près les personnes présentant un risque de suicide et ajout d'une référence à l'énoncé de qualité 2
 - Ajout du risque de suicide à la liste des facteurs de risque dans l'énoncé sur le public « Pour les cliniciens »
- Énoncé de qualité 7 :
 - Mise à jour de la définition de l'*apparition des effets* pour l'harmoniser sur les lignes directrices de CANMAT de 2023³ et ajout d'une référence à l'énoncé de qualité 1
 - Modification de la justification pour inclure l'utilisation d'un traitement séquentiel pour prévenir la récurrence
 - Ajout de références dans l'énoncé sur le public « Pour les cliniciens » aux outils en ligne pour aider au titrage des médicaments et au schéma posologique, et classification des médicaments par pharmacologie et mécanisme d'action
- Énoncé de qualité 8 : Modification de la justification pour inclure d'autres facteurs de risque pour la rémission nécessitant un traitement d'entretien à long terme avec un médicament et de reconnaître les risques de la pharmacothérapie à long terme.
- Ajout de définitions pour la *dépression clinique grave* et la *dépression difficile à traiter*, et harmonisation de la définition de la *thérapie par électrochocs*, de la justification et des indicateurs de qualité avec la terminologie mise à jour. Dans la justification, des renseignements ont été ajoutés sur l'utilisation de la stimulation magnétique transcrânienne répétitive comme solution de rechange moins invasive à l'électroconvulsothérapie
- Énoncé de qualité 10 : Remplacer le terme « symptômes de rechute » par « épisodes récurrents » dans l'énoncé de qualité pour l'harmoniser avec la définition précédemment incluse.
- Énoncé de qualité 12 : Références ajoutées à la justification des normes de qualité [*Transition des services de soins de santé pour les jeunes aux services de soins de santé pour adultes*](#)⁷ et [*Transitions entre l'hôpital et la maison*](#)⁸.

Justification de la nécessité de cette norme

La dépression clinique est l'un des troubles mentaux les plus courants. Elle impose un fardeau humain et économique considérable aux gens et à la société. Chaque année, environ 7 % des personnes répondent aux critères diagnostiques de la dépression clinique et environ de 13 % à 15 % de ces personnes auront d'une dépression clinique pour le reste de leur vie^{9,10}. En 2020, environ 15 % des Canadiens ont obtenu un diagnostic de dépression clinique, soit le double de la prévalence observée entre 2015 et 2019, avant la pandémie de COVID-19 (coronavirus)^{11,12}.

La dépression clinique touche les personnes de tous âges, y compris les personnes âgées, même si elle est plus fréquente chez les personnes qui ont entre la vingtaine et le début de la trentaine. Les études démontrent des taux plus élevés de dépression chez les femmes que chez les hommes. Les personnes atteintes d'une dépression clinique peuvent se sentir constamment tristes et irritables et peuvent perdre de l'intérêt pour des activités agréables. Elles peuvent également présenter des changements dans leurs habitudes de sommeil et d'alimentation, et elles ont de la difficulté à se concentrer ou à réfléchir clairement. Ces symptômes ont souvent une incidence négative sur les relations personnelles ainsi que sur le rendement et la présence au travail. Les personnes atteintes d'une dépression clinique se sentent souvent coupables et ressentent une détresse importante, ce qui les conduit potentiellement à penser à l'automutilation ou au suicide.

Il existe des écarts importants dans la qualité des soins que reçoivent les personnes atteintes d'une dépression clinique en Ontario. Par exemple, depuis 2010-2011, seulement environ une personne sur trois qui ont obtenu leur congé de l'hôpital pour un diagnostic primaire de dépression clinique ou d'autres troubles de l'humeur ont obtenu la visite de suivi recommandée avec un médecin dans les sept jours (cohorte de dépression clinique, ICES, 2022-2023)¹³.

Il y a aussi des inégalités dans les soins offerts aux gens pour la dépression clinique. Par exemple, les personnes vivant dans des régions à faible revenu sont plus susceptibles que celles vivant dans des régions à revenu élevé de se rendre à nouveau au service des urgences pour un trouble de santé mentale et de dépendance dans les 30 jours suivant la première visite au service des urgences pour une dépression clinique (cohorte de dépression clinique, ICES, 2022-2023). De plus, une étude a révélé qu'entre 2016 et 2019, environ 29 % des personnes âgées de 66 ans et plus vivant dans les collectivités rurales de l'Ontario ont reçu un suivi de leur médecin de famille prescripteur dans les 30 jours suivant la première prescription de médicaments pour la dépression clinique, comparativement à 36 % chez celles vivant dans les collectivités urbaines¹⁴.

Mesure à l'appui de l'amélioration

Le Comité consultatif sur la norme de qualité « La dépression clinique : Soins aux adultes et aux adolescents » a cerné 9 indicateurs généraux pour la surveillance des progrès en matière d'amélioration des soins apportés aux Ontariens atteints de dépression clinique. Ces indicateurs sont destinés aux personnes souhaitant mettre en œuvre la norme de qualité sur la dépression clinique, y compris les cliniciens travaillant dans des rôles régionaux ou locaux. Les détails des mesures sont fournis dans les [spécifications techniques](#).

Indicateurs pouvant être mesurés à l'aide de données provinciales

- Nombre de décès par suicide chez les personnes hospitalisées en raison d'un diagnostic primaire de dépression clinique
- Pourcentage de personnes atteintes de dépression clinique qui se suicident dans les 30 jours ou les trois, six ou 12 mois qui suivent un séjour à l'hôpital
- Pourcentage de consultations aux urgences pour dépression clinique au cours desquelles le diagnostic de dépression clinique a été établi pour la première fois
- Pourcentage de personnes atteintes de dépression clinique dont les symptômes dépressifs se sont améliorés durant un séjour à l'hôpital
- Pourcentage de réadmissions dans un hôpital dans les sept jours et dans les 30 jours suivant l'obtention du congé d'un hôpital pour cause de dépression clinique, stratifié selon la raison de la réadmission :
 - N'importe quel motif
 - Problème de santé mentale ou de dépendance
 - Dépression clinique
- Pourcentage de visites non prévues aux services des urgences dans les sept jours et dans les 30 jours suivant l'obtention du congé d'un hôpital pour cause de dépression clinique, stratifié selon la raison de la visite :
 - N'importe quel motif
 - Problème de santé mentale ou de dépendance
 - Dépression clinique
 - Automutilation

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

- Pourcentage de personnes atteintes d'une dépression clinique, ou de membres de la famille de personnes atteintes d'une dépression clinique, dont la cote globale des services reçus est bonne ou très bonne.
- Pourcentage de personnes atteintes d'une dépression clinique qui estiment que les soins qu'elles reçoivent à l'hôpital sont excellents, très bons ou bons.
- Pourcentage de personnes atteintes de dépression clinique pour lesquelles les besoins non satisfaits ont diminué au fil du temps

Énoncé de qualité 1 : Évaluation complète

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

Sources : American Psychological Association, 2019¹⁵ | Australia's National Depression Initiative, 2011¹⁶ | Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments, 2023³ | Department of Veterans Affairs and Department of Defense, 2022¹⁷ | Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care, 2018² | National Institute for Health and Care Excellence, 2022¹⁸ | Registered Nurses' Association of Ontario, 2016¹⁹

Définitions

Accès en temps opportune : Dans le cas d'une suspicion de dépression clinique grave, dans les sept jours suivant le contact initial. Dans les cas de dépression clinique légère à modérée, dans les quatre semaines suivant le contact initial (consensus du Comité consultatif).

Évaluation complète : Cela comprend ce qui suit :

- Examen physique
- Examen de l'état mental
- Examens de laboratoire pertinents
- Antécédents psychosociaux (y compris les facteurs socio-économiques, les antécédents personnels et familiaux de dépression¹⁷ et les traumatismes)
- Chez les personnes âgées, évaluation cognitive
- Diagnostic de dépression clinique au moyen des critères de la cinquième édition du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-5)
- Outils validés d'évaluation de la gravité des symptômes et degré de déficience fonctionnelle³ :
 - Inventaire de dépression de Beck (BDI-I ou BDI-II)
 - Échelle d'évaluation de l'état dépressif du Centre d'études épidémiologique (CES-D)
 - Questionnaire sur la santé (PHQ-9)
 - Inventaire rapide de symptomatologie dépressive ; auto-évaluation (QIDS-SR)
 - Échelle d'autoévaluation de la dépression de Zung
- Évaluation des comorbidités médicales et psychiatriques potentielles (surtout bipolarité et psychose)
 - L'évaluation devrait exclure la dépression secondaire des autres causes (p. ex., hypothyroïdie, carence en vitamine B-12 ou en vitamine D, syphilis ou douleur)¹⁷, tenir

compte de la gravité des symptômes et tenir compte de l'existence de tout problème de santé physique chronique associé à une déficience fonctionnelle, à la durée et à l'évolution de la maladie^{2,18,20}

- Anciens traitements et antécédents médicamenteux complets, y compris l'automédication
- Consommation de substances actuelle et passée et problèmes de toxicomanie
- Évaluation du risque de suicide par un professionnel qualifié à l'aide d'une échelle d'évaluation du risque de suicide validée
 - Remarque : L'évaluation du risque de suicide chez les adolescents et les jeunes adultes devrait faire participer les parents ou les partenaires de soins de la personne (voir l'énoncé de qualité 2)

L'évaluation doit être respectueuse des antécédents culturels, ethniques et spirituels. On devrait obtenir des renseignements de la famille et de tiers concernés, s'il y a lieu.

Justification

On peut soupçonner les gens d'avoir une dépression clinique en présence de n'importe quel problème émotionnel comme principale plainte, un dépistage positif sur un outil de dépistage validé ou la présence d'autres signes et symptômes malgré un résultat de dépistage négatif². Une évaluation complète permet de diagnostiquer avec exactitude ce trouble et de recueillir des mesures de base. Elle permet également de déterminer les conditions ou les problèmes sous-jacents potentiels (p. ex., facteurs physiques, cognitifs, psychiatriques, fonctionnels ou psychosociaux) qui peuvent causer des symptômes et elle guide le traitement ultérieur. De plus, l'évaluation permet de déterminer rapidement le risque de suicide.

Les populations racialisées, autochtones, à deux esprits, transgenres, non binaires et certaines populations religieuses ont une prévalence plus élevée de la dépression, ainsi qu'un manque d'accès et de sous-utilisation des services de santé mentale en raison d'obstacles comme les coûts de traitement, les croyances culturelles, la stigmatisation, les barrières linguistiques (par exemple, les traductions en français et dans d'autres langues), la peur d'être jugé par le clinicien, la répartition géographique inégale des services et les services de santé fragmentés³. La prestation de soins adaptés à la culture et guidés par le traumatisme, dans lesquels les besoins socioculturels et linguistiques de ces populations qui méritent l'équité et l'influence des traumatismes transgénérationnels et autres sur l'évaluation et la gestion sont explicitement pris en compte, améliore les soins psychiatriques et les résultats pour les patients³.

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les personnes soupçonnées d'être atteintes d'une dépression clinique

Vous devriez faire l'objet d'une évaluation complète, ce qui signifie que votre équipe de soins cherchera à en savoir plus sur vous pour vous aider du mieux possible. On vous posera des questions

sur votre santé physique, vos antécédents médicaux, les médicaments que vous prenez, et la façon dont vous passez votre temps et vous vous sentez.

Pour les cliniciens

Si vous soupçonnez qu'une personne est atteinte d'une dépression clinique, remplissez et consignez une évaluation complète en temps opportun (c.-à-d. dans les sept jours suivant le contact initial pour une dépression clinique grave soupçonnée ou dans les quatre semaines suivant le contact initial pour une dépression clinique légère à modérée). L'évaluation doit comprendre des entrevues directes avec la personne (et avec sa famille ou ses partenaires de soins, le cas échéant). Les adolescents soupçonnés d'avoir une dépression clinique doivent être interrogés séparément des familles ou des partenaires de soins². Assurez-vous d'avoir l'éducation, les connaissances et les compétences nécessaires pour prodiguer des soins de façon appropriée, guidée par les traumatismes, sans racisme et sans oppression qui reconnaît l'identité intersectionnelle des personnes (voir l'Annexe 3, Principes directeurs, intersectionnalité).

Pour les organisations et les planificateurs des services de santé

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

Veillez à ce que tous les membres des équipes de soins de santé à domicile et en milieu communautaire reçoivent une éducation et une formation continues en matière de soins adaptés à la culture et axés sur les traumatismes. Veillez à ce que la main-d'œuvre représente la diversité de la population desservie en fonction de son origine raciale, ethnique et culturelle et à ce que les pratiques de soins soient culturellement appropriées, sans racisme et sans oppression.

Indicateurs de qualité : Manière de mesurer l'amélioration par rapport à cet énoncé

- Pourcentage de personnes atteintes de dépression clinique grave diagnostiquée par un clinicien, qui font l'objet d'une évaluation complète dans les sept jours qui suivent la première consultation
- Pourcentage de personnes atteintes de dépression légère à modérée, constatée par un clinicien, qui font l'objet d'une évaluation complète dans les quatre semaines qui suivent la première consultation

Les détails de mesure de ces indicateurs, ainsi que des indicateurs généraux, qui permettent de mesurer l'amélioration par rapport aux objectifs de l'ensemble de la norme de qualité, sont disponibles dans les [spécifications techniques](#).

Énoncé de qualité 2 : Évaluation du risque suicidaire et intervention

Les personnes atteintes d'une dépression clinique qui présentent un risque considérable pour elles-mêmes ou pour d'autres, y compris celles qui présentent des symptômes psychotiques, ont immédiatement accès à une évaluation du risque de suicide et à une intervention préventive.

Sources : Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments, 2023³ | Department of Veterans Affairs and Department of Defense, 2022¹⁷ | National Institute for Health and Care Excellence, 2022¹⁸ | Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, 2016¹⁹

Définitions

Accès immédiat : L'aide est offerte au point de contact²¹.

Évaluation du risque suicidaire : Cela comprend des questions au sujet de ce qui suit²¹ :

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

Des professionnels formés peuvent utiliser des échelles d'évaluation du risque de suicide pour diriger les évaluations²¹.

Mesures de prévention : Les interventions pour prévenir le suicide comprennent l'admission non sollicitée à l'hôpital, l'observation toutes les 15 minutes ou une observation individuelle constante pendant le séjour à l'hôpital, le traitement médicamenteux urgent et la thérapie urgente par électrochocs.

Justification

Les personnes atteintes d'une dépression clinique présentent un risque de suicide accru au cours de leur vie et devraient être évaluées en fonction du risque de suicide au moment du contact initial et à chaque rencontre clinique pendant le traitement^{3,17,19}. L'équipe de soins de santé, les membres de la famille et les partenaires de soins devraient être attentifs au risque de suicide chez les personnes tristes ou déprimées ainsi que les personnes qui présentent des symptômes d'agitation, de négativité et de désespoir ou des idées suicidaires. L'équipe de soins de santé, les membres de la famille et les partenaires de soins devraient également être attentifs aux facteurs de risque suivants : tentatives de suicide antérieures, antécédents familiaux de suicide, antécédents de violence physique ou sexuelle, violence familiale et comorbidités comme les troubles post-traumatiques, l'alcoolisme, les troubles de la personnalité, les troubles du sommeil et les douleurs chroniques³.

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les personnes atteintes de dépression clinique

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

Pour les cliniciens

Si vous soupçonnez qu'une personne atteinte d'une dépression clinique peut présenter un risque pour elle-même ou pour d'autres, ou si elle présente des signes ou signale des symptômes de psychose, remplissez et consignez une évaluation complète du risque de suicide, comme décrit dans la section Définitions de cet énoncé. Si la personne est considérée comme présentant un risque de suicide, vous devez intervenir de manière préventive d'urgence comme décrit dans la section Définitions.

Pour les organisations et les planificateurs des services de santé

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

Indicateur de qualité : Manière de mesurer l'amélioration par rapport à cet énoncé

- Pourcentage de personnes atteintes d'une dépression clinique qui, selon un clinicien, présentent un risque considérable pour elles-mêmes ou pour d'autres, ou qui présentent des signes psychotiques ou qui signalent avoir des symptômes psychotiques, qui ont immédiatement accès à l'évaluation du risque de suicide et, au besoin, à une intervention préventive.

Les détails de mesure de cet indicateur, ainsi que des indicateurs généraux, qui permettent de mesurer l'amélioration par rapport aux objectifs de l'ensemble de la norme de qualité, sont disponibles dans les [spécifications techniques](#).

Énoncé de qualité 3 : Prise de décision partagée

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

Sources : American Psychological Association, 2019¹⁵ | Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments, 2023³ | Department of Veterans Affairs and Department of Defense, 2022¹⁷ | National Institute for Health and Care Excellence, 2022¹⁸ | Registered Nurses' Association of Ontario 2016¹⁹

Définition

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

Justification

Les personnes atteintes d'une dépression clinique, leur famille ou leurs partenaires de soins (si désiré) et leur équipe de soins de santé devraient prendre ensemble des décisions en matière de soins de santé^{17,18}. Le traitement est généralement plus efficace lorsqu'il respecte les préférences de la personne. Les gens doivent être informés des effets, des incidences défavorables, des risques et du coût des options de traitement s'appliquant à leur état. L'aide à la décision permet d'obtenir tous ces renseignements de manière accessible. Les modèles de soins collaboratifs mettant l'accent sur la participation interprofessionnelle d'au moins deux cliniciens peuvent soutenir efficacement une réduction des symptômes dépressifs et des idées suicidaires dans les milieux de soins primaires, en particulier pour les personnes présentant des comorbidités et les personnes méritant l'équité, y compris celles provenant de situations socioéconomiques moins avantageuses³.

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les personnes atteintes de dépression clinique

Vous devriez recevoir les outils et les renseignements nécessaires pour vous aider à discuter de votre état de santé avec votre clinicien et à prendre les décisions de traitement qui vous conviennent.

Pour les cliniciens

Faites participer les personnes atteintes d'une dépression clinique dans toutes les décisions concernant leur traitement. Expliquez de façon compréhensible les effets potentiels, les effets secondaires, les risques et les coûts de toutes les options de traitement et discutez de la façon dont ces options peuvent s'harmoniser avec les préférences, les valeurs et les objectifs de rétablissement des gens. Offrez aux personnes atteintes d'une dépression clinique et, si désiré, à leur famille ou à leurs partenaires de soins une aide à la prise de décisions qui fournit cette information dans un langage qu'elles comprennent²². Des exemples d'aide à la décision comprennent celles fournies par [l'Université Laval, l'Université McMaster et l'Université McGill](#) (en anglais seulement) et par [l'Institut de recherche de l'Hôpital d'Ottawa](#).

Pour les organisations et les planificateurs des services de santé

Assurez la disponibilité d'outils d'aide à la prise de décisions fondées sur des données probantes et à jour pour les personnes atteintes d'une dépression clinique dans un langage qu'elles comprennent. Offrez un environnement qui permet de discuter avec les personnes atteintes d'une dépression, leurs familles et leurs partenaires de soins des options de traitement.

Indicateurs de qualité : Manière de mesurer l'amélioration par rapport à cet énoncé

- Pourcentage de personnes atteintes de dépression clinique qui déclarent prendre des décisions de concert avec leur clinicien au sujet de leur traitement
- Pourcentage de personnes atteintes de dépression clinique qui ont accès à une aide à la décision pendant qu'elles prennent des décisions de concert avec leur clinicien au sujet de leur traitement

Les détails de mesure de ces indicateurs, ainsi que des indicateurs généraux, qui permettent de mesurer l'amélioration par rapport aux objectifs de l'ensemble de la norme de qualité, sont disponibles dans les [spécifications techniques](#).

Énoncé de qualité 4 : Traitement après le diagnostic initial

Les personnes atteintes d'une dépression majeure ont accès en temps opportun à un traitement initial, y compris la pharmacothérapie ou une psychothérapie fondée sur des données probantes (ou les deux) en fonction de leur préférence, de la gravité de leurs symptômes et de leur capacité à tolérer le traitement. Les personnes pour qui des essais adéquats de pharmacothérapie ou de psychothérapie fondée sur des données probantes n'ont pas été efficaces ont la possibilité de recourir à la stimulation magnétique transcrânienne répétitive.

Sources : American Psychological Association, 2019¹⁵ | British Association for Psychopharmacology, 2015²³ | Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments, 2023³ | Department of Veterans Affairs and Department of Defense, 2022¹⁷ | Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care, 2018² | Health Quality Ontario, 2019⁵ | Health Quality Ontario, 2021⁴ | National Institute for Health and Care Excellence, 2022¹⁸ | Registered Nurses' Association of Ontario 2016¹⁹

Définitions

Accès en temps opportun : Pour les cas de dépression grave soupçonnée, dans les sept jours suivant le contact; pour les cas de dépression légère à modérée, dans les quatre semaines suivant le contact (consensus du Comité consultatif).

Pharmacothérapie : Les médicaments avec activité antidépressive sont l'option de traitement initiale pour les personnes ayant un épisode dépressif clinique de gravité faible à modérée. Lorsqu'il y a une réponse partielle au traitement initial, un médicament antipsychotique atypique (c.-à-d. un modulateur de l'activité de la sérotonine et de la dopamine) peut être ajouté à faible dose³. Pour les personnes qui ont un épisode dépressif clinique grave avec des symptômes psychotiques, une combinaison d'un médicament avec une activité antidépressive et d'un médicament antipsychotique atypique (c.-à-d. un modulateur de l'activité de la sérotonine et de la dopamine) à des doses plus élevées devrait être envisagée³.

Psychothérapie fondée sur les données probantes : Cela comprend un traitement basé sur les discussions, dont la recherche clinique a démontré qu'elle peut aider une personne à identifier et à

modifier des émotions, des pensées et des comportements troublants, comme la thérapie comportementale cognitive (TCC) et la psychothérapie interpersonnelle adaptée pour les adolescents (IPT-A)^{24,25}. D'autres psychothérapies efficaces comprennent l'activation comportementale, la thérapie cognitivo-comportementale fournie par Internet (TCCi) guidée par un clinicien, la psychothérapie dynamique à court terme et la thérapie cognitive fondée sur la pleine conscience^{5,17,24}.

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

- prodiguées individuellement ou en groupe;
- inclue au moins de 12 à 16 sessions deux fois par semaine sur une période de trois à quatre mois;
- prodiguées par une ou un thérapeute qui a suivi la formation appropriée, conformément à un manuel de traitement.

Les deux : Les personnes atteintes d'une dépression modérée à grave ou persistante devraient se voir offrir une psychothérapie fondée sur des données probantes en combinaison avec une pharmacothérapie.

Stimulation magnétique transcrânienne répétitive (SMTr) : la SMTr devrait être envisagée pour les personnes pour qui au moins deux essais adéquats de pharmacothérapie ou de psychothérapie fondée sur des données probantes n'ont pas été efficaces.^{3,17} La procédure de SMTr comporte la stimulation des neurones corticaux à l'aide d'impulsions de champ magnétique focalisées appliquées de manière externe sur le cuir chevelu à partir d'une bobine magnétique. Il est généralement administré pendant 20 à 40 minutes par séance, avec 5 séances par semaine pendant 4 à 6 semaines.^{3,4} Les avancées récentes de la technologie ont abouti à la stimulation par rafales thêta comme une forme accélérée d'administration pour la SMTr. Pour une efficacité accrue du traitement, les patients devraient être encouragés à poursuivre le traitement initial, comprenant des médicaments ayant une activité antidépresseur, tout en recevant la SMTr.³

Justification

La pharmacothérapie et la psychothérapie fondée sur des données probantes peuvent être des traitements efficaces pour la dépression clinique. Pour le traitement initial, le choix entre les deux devrait être fondé sur le contexte, la disponibilité, la préférence de la personne atteinte d'une dépression clinique, la gravité des symptômes et sa capacité de tolérer le traitement³. Pendant l'étape du traitement aigu, les médicaments ayant une activité antidépresseive réduisent les symptômes de déprime, de culpabilité, de pensées suicidaires, d'anxiété et de symptômes somatiques plus efficacement que la psychothérapie, alors que la psychothérapie (surtout la TCC) peut être plus efficace que les médicaments ayant une activité antidépresseive aux suivis du sixième au douzième mois³. L'ajout ou l'initiation de la TCC peut également être efficace pour réduire les pensées suicidaires et les tentatives de suicide chez les personnes ayant des antécédents récents de l'un de ces symptômes. La combinaison de la pharmacothérapie et de la psychothérapie peut s'avérer efficace pour les personnes atteintes d'une dépression clinique modérée à grave et pour celles pour lesquelles des essais de traitement adéquats antérieurs n'ont pas été efficaces. De plus, la SMTr peut

également être efficace pour les personnes pour lesquelles au moins deux essais adéquats de pharmacothérapie ou de psychothérapie fondée sur des preuves n'ont pas été efficaces.^{3,4,17}

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les personnes atteintes de dépression clinique

Votre clinicien devrait vous offrir le choix entre un médicament et une psychothérapie pour traiter votre dépression. Si votre dépression ne s'améliore pas, on devrait vous proposer les deux traitements en association. Si après avoir reçu au moins deux essais de médication ou de psychothérapie votre dépression ne s'améliore pas, demandez à votre clinicien si vous pouvez essayer la SMTr.

Pour les cliniciens

Offrez aux personnes atteintes d'une dépression clinique une pharmacothérapie ou une psychothérapie fondée sur des données probantes (comme la TCC ou la psychothérapie interpersonnelle, disponible par aiguillage au [Programme de psychothérapie structurée de l'Ontario](#)). Offrez une combinaison des deux traitements aux personnes atteintes d'une dépression clinique modérée à grave ou persistante qui ont essayé des médicaments ou une psychothérapie sans réponse adéquate. Offrez la SMTr aux personnes pour qui au moins deux essais adéquats de pharmacothérapie ou de psychothérapie fondée sur des preuves n'ont pas été efficaces. Surveillez le risque de suicide à chaque rencontre clinique pendant le traitement (voir l'énoncé de qualité 2).

Pour les organisations et les planificateurs des services de santé

Faire en sorte que des médicaments, des psychothérapies, et la SMTr (en cas de besoin) qui ont fait leurs preuves sont disponibles et accessibles en temps opportun à toutes les personnes atteintes de dépression clinique.

Indicateurs de qualité : Manière de mesurer l'amélioration par rapport à cet énoncé

- Pourcentage de personnes atteintes de dépression grave qui prennent des médicaments associés à une psychothérapie dans les sept jours qui suivent leur évaluation
- Pourcentage de personnes atteintes de dépression légère à modérée qui reçoivent des médicaments ou une psychothérapie dans les quatre semaines qui suivent leur évaluation
- Disponibilité de psychothérapie qui a fait ses preuves
- Disponibilité de la SMTr

Les détails de mesure de ces indicateurs, ainsi que des indicateurs généraux, qui permettent de mesurer l'amélioration par rapport aux objectifs de l'ensemble de la norme de qualité, sont disponibles dans les [spécifications techniques](#).

Énoncé de qualité 5 : Thérapies complémentaires et autogestion

Les personnes atteintes d'une dépression clinique sont informées des traitements d'appoint et des stratégies d'autogestion qui peuvent compléter la pharmacothérapie ou la psychothérapie.

Sources: American Psychological Association, 2019¹⁵ | Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments, 2023³ | Department of Veterans Affairs and Department of Defense, 2022¹⁷ | National Institute for Health and Care Excellence, 2022¹⁸

Définitions

Thérapies complémentaires : Cela comprend la luminothérapie, le yoga, l'activité physique, les adaptations culturelles et les interventions guidées en santé numérique^{17,18,26} :

- **Luminothérapie** : Cette thérapie consiste à s'exposer chaque jour à une lumière vive, généralement administrée à domicile au moyen d'une lampe fluorescente spéciale. La dose standard de lumière est de 10 000 lux (unités de l'éclairement) administrée tôt le matin pendant 30 minutes chaque jour
- **Yoga** : Il s'agit d'une discipline qui intègre des postures physiques, des exercices de respiration et la méditation. Il faudrait faire en moyenne quatre séances par semaine pendant au moins quatre semaines, et 45 à 60 minutes par séance
- **Activité physique** : Toute activité physique administrée pendant au moins huit semaines, généralement trois fois par semaine pendant 30 à 60 minutes par séance
- **Adaptation culturelle** : Il s'agit notamment de traitements psychologiques fondés sur des données probantes adaptés ou modifiés à l'aide d'expressions idiomatiques et de métaphores culturellement appropriés, d'adaptations thérapeutiques par l'intermédiaire d'appariement culturel ou de formation et d'intégration de la religion et de la spiritualité.
- **Interventions guidées en santé numérique** : Ces interventions sont effectuées par ordinateur, téléphone intelligent ou tablette pendant 15 à 60 minutes par semaine et sont utilisées pour promouvoir l'autogestion de la dépression, en s'appuyant sur des psychothérapies fondées sur des données probantes comme la TCC et l'activation comportementale, ainsi que la pleine conscience; les utilisateurs sont guidés par un thérapeute qualifié, un soutien par les pairs ou un conseiller laïc.

Stratégies d'autogestion : Cela comprend l'hygiène du sommeil et l'alimentation :

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

Justification

Les thérapies et les stratégies d'autogestion telles que la luminothérapie, le yoga, l'activité physique, les adaptations culturelles, les interventions guidées de santé numérique, l'activation comportementale, l'hygiène du sommeil et une bonne nutrition peuvent être des compléments efficaces à la pharmacothérapie ou à la psychothérapie pour la dépression clinique, ce qui peut entraîner une amélioration plus rapide et une diminution des symptômes résiduels²⁷. Les thérapies qui sont plus faisables et plaisantes pour les personnes font en sorte qu'elles participent à améliorer leur probabilité d'être efficace²⁸.

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les personnes atteintes de dépression clinique

En plus de la médication et de la psychothérapie, votre clinicien devrait vous offrir ou vous donner des renseignements sur d'autres choses que vous pouvez faire qui pourraient améliorer votre dépression. Par exemple, la luminothérapie, le yoga, l'exercice physique, les traitements qui intègrent certains aspects de votre culture ou de votre religion et les programmes numériques que vous pouvez faire sur un ordinateur, un téléphone intelligent ou une tablette avec le soutien d'un thérapeute. Il est également très important de maintenir un horaire régulier de sommeil et de bien manger.

Pour les cliniciens

Avisez les personnes atteintes d'une dépression clinique des traitements d'appoint et des stratégies d'autogestion qui peuvent compléter la pharmacothérapie ou la psychothérapie. Il s'agit de la luminothérapie, du yoga, de l'activité physique, des adaptations culturelles, des interventions guidées en santé numérique, de l'hygiène du sommeil et de la nutrition.

Pour les organisations et les planificateurs des services de santé

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

Indicateur de qualité : Manière de mesurer l'amélioration par rapport à cet énoncé

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

Les détails de mesure de cet indicateur, ainsi que des indicateurs généraux, qui permettent de mesurer l'amélioration par rapport aux objectifs de l'ensemble de la norme de qualité, sont disponibles dans les [spécifications techniques](#).

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

Les personnes atteintes d'une dépression clinique sont surveillées pour l'apparition ou l'augmentation des idées suicidaires après le début d'un traitement. Les personnes atteintes d'une dépression clinique ont un rendez-vous de suivi avec leur clinicien au moins toutes les deux semaines pendant au moins six semaines ou jusqu'à ce que l'on obtienne une adhésion au traitement et une réponse. Après cela, elles ont un rendez-vous de suivi au moins toutes les quatre semaines jusqu'à ce qu'elles entrent en rémission.

Sources : Australia's National Depression Initiative, 2011¹⁶ | Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments, 2023³ | National Institute for Health and Care Excellence, 2022¹⁸

Définitions

Réponse : Cela est indiqué par une amélioration des symptômes d'au moins 50 % dans les huit semaines suivant le début du traitement³. L'amélioration est déterminée à l'aide de la même échelle de cotation validée pour les soins fondés sur la mesure utilisés au cours de l'évaluation initiale (voir l'énoncé de qualité 1).

Rémission : Ce facteur est défini comme étant une cote inférieure au seuil prédéterminé de l'échelle de cotation des symptômes de dépression utilisée au cours de l'évaluation initiale et des suivis ou comme l'absence ou la quasi-absence de symptômes pendant au moins huit semaines³.

Justification

Il est essentiel d'évaluer la réponse au traitement pour optimiser les soins. La non-adhésion au traitement est une principale raison pour laquelle un traitement ne produit pas de résultats et les symptômes reviennent. Lorsque la dépression est de plus en plus conceptualisée et traitée comme un état récurrent ou chronique, on devrait encourager les efforts visant à améliorer l'adhésion au traitement. On devrait mettre davantage l'accent sur l'observation rapprochée des adolescents et des jeunes adultes (c.-à-d. les personnes de moins de 25 ans) et les personnes présentant un risque de suicide (voir l'énoncé de qualité 2).

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les personnes atteintes de dépression clinique

Votre clinicien devrait vous surveiller de près pour voir la manière dont vous réagissez au traitement et pour apporter des changements à votre traitement si vous ne vous sentez pas mieux.

Pour les cliniciens

Effectuez un suivi au moins toutes les deux semaines avec les personnes prenant des médicaments pendant au moins six semaines ou jusqu'à ce que l'on obtienne une adhésion au traitement et une réponse. Ensuite, effectuez le suivi toutes les quatre semaines jusqu'à l'obtention de la rémission. Fournissez aux personnes atteintes d'une dépression clinique des renseignements sur l'importance d'être un traitement uniforme et continu malgré l'amélioration ou les effets secondaires.

Remarque : Les personnes qui présentent des facteurs de risque importants comme des symptômes psychotiques, un risque de suicide et des effets secondaires importants des médicaments doivent faire l'objet d'un suivi plus fréquent ou plus long, à votre discrétion.

Pour les organisations et les planificateurs des services de santé

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

Indicateur de qualité : Manière de mesurer l'amélioration par rapport à cet énoncé

- Pourcentage de personnes prenant des médicaments pour une dépression clinique qui font l'objet d'une surveillance pendant au moins six semaines après le début du traitement ou d'une augmentation des idées suicidaires.

Les détails de mesure de cet indicateur, ainsi que des indicateurs généraux, qui permettent de mesurer l'amélioration par rapport aux objectifs de l'ensemble de la norme de qualité, sont disponibles dans les [spécifications techniques](#).

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

Les personnes atteintes de dépression clinique qui prennent des antidépresseurs sont mises en observation pendant 2 semaines afin de détecter de quelconques effets; passé ce délai, l'ajustement de la dose ou changement des médicaments peuvent être considérés. Les personnes atteintes d'une dépression clinique qui n'ont pas de réponse à leur médication après huit semaines se voient offrir un médicament différent ou supplémentaire, une psychothérapie ou une combinaison des deux.

Sources : American Psychological Association, 2019¹⁵ | British Association for Psychopharmacology, 2015²³ | Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments, 2023²⁰ | National Institute for Health and Care Excellence, 2022¹⁸

Définitions

Début des effets : Le point où une amélioration ou une réduction précoce de 20 % ou plus sur une échelle de cotation des symptômes est observée dans les deux à quatre semaines suivant le début du traitement³. L'amélioration est déterminée à l'aide de la même échelle de cotation validée pour les soins fondés sur la mesure utilisés au cours de l'évaluation initiale (voir l'énoncé de qualité 1).

Réponse : Cette réponse est indiquée par une amélioration des symptômes d'au moins 50 % dans les huit semaines suivant le début de la prise d'un médicament³. L'amélioration est déterminée à l'aide de la même échelle de cotation validée pour les soins fondée sur la mesure utilisée au cours de l'évaluation initiale (voir l'énoncé de qualité 1). Bien que huit semaines après le début de la prise d'un médicament soit un moment typique pour envisager un changement de traitement si l'on n'obtient pas de réponse, d'autres délais peuvent être plus appropriés pour certaines sous-populations; par exemple, les personnes âgées peuvent avoir besoin de 12 semaines pour obtenir une réponse.

Justification

La surveillance et l'évaluation de la réponse au traitement sont essentielles à l'optimisation du traitement par pharmacothérapie. Si la réaction au médicament est inadéquate, il est impératif que le fournisseur de soins explique et propose d'autres options de traitement. Pour prévenir la récurrence, il faudrait offrir un traitement séquentiel aux personnes atteintes d'une dépression clinique grave

(c.-à-d., ajouter une psychothérapie après avoir stabilisé les symptômes au moyen d'un médicament; voir l'énoncé de qualité 4)³.

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les personnes atteintes de dépression clinique

Si vous commencez à prendre un nouveau médicament, votre clinicien devrait vous surveiller de près pour voir si cela vous aide et pour voir si vous éprouvez des effets indésirables. Les effets indésirables sont des effets découlant de la prise d'un médicament. Par exemple, la fatigue, les maux d'estomac et la constipation. Si vous ne vous sentez pas mieux après huit semaines avec ce médicament, votre clinicien devrait vous offrir un autre médicament, une psychothérapie ou une combinaison de médicaments et de psychothérapie.

Pour les cliniciens

Évaluez les personnes pendant deux semaines après le début de la prise d'un nouveau médicament pour déterminer leur réponse. Si nécessaire, ajustez la posologie ou changez les médicaments à ce moment. Effectuez une évaluation supplémentaire toutes les deux semaines pendant six à huit semaines. S'ils ne répondent pas, offrez un médicament différent, une psychothérapie, ou les deux.

Le site [SwitchRx.com](https://www.switchrx.com) (en anglais seulement) est un outil clinique en ligne pour aider à la titration des médicaments et à la transition des horaires³. La page [Neuroscience-Based Nomenclature](#) (en anglais seulement) est une publication et une application numérique qui classe les médicaments par leur pharmacologie et leur mécanisme d'action; elle présente quatre dimensions supplémentaires de l'information pertinente pour chaque médicament dans la nomenclature²⁹.

Pour les organisations et les planificateurs des services de santé

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

Indicateurs de qualité : Manière de mesurer l'amélioration par rapport à cet énoncé

- Pourcentage de personnes qui reçoivent des médicaments pour la dépression clinique et qui sont surveillées pendant deux semaines pour le début des effets du traitement.
- Pourcentage de personnes qui n'ont pas reçu de réponse à leur traitement pour dépression clinique dans les huit semaines et qui se voient offrir un autre médicament ou une psychothérapie supplémentaire.

Les détails de mesure de ces indicateurs, ainsi que des indicateurs généraux, qui permettent de mesurer l'amélioration par rapport aux objectifs de l'ensemble de la norme de qualité, sont disponibles dans les [spécifications techniques](#).

Énoncé de qualité 8 : Poursuite de la médication

Les personnes prenant des médicaments qui entrent en rémission après leur premier épisode de dépression clinique sont priées de continuer leur traitement pendant au moins six mois après la rémission. On conseille aux personnes présentant des épisodes récurrents de dépression clinique qui prennent des médicaments et entrent en rémission de continuer leur traitement pendant au moins deux ans après la rémission.

Sources : American Psychological Association, 2019¹⁵ | British Association for Psychopharmacology, 2015²³ | Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments, 2023³ | Department of Veterans Affairs and Department of Defense, 2022¹⁷ | National Institute for Health and Care Excellence, 2022¹⁸

Définitions

Rémission : Ce terme est défini comme étant une cote inférieure au seuil prédéterminé de l'échelle de cotation des symptômes de dépression utilisée au cours de l'évaluation initiale et des suivis ou comme l'absence ou la quasi-absence de symptômes pendant au moins huit semaines³.

Épisodes récurrents de dépression clinique : Il s'agit de trois épisodes ou plus, dont deux survenus au cours des cinq dernières années avec au moins six mois entre épisodes.

Justification

Les personnes atteintes de dépression clinique qui se remettent d'un épisode dépressif grâce aux médicaments peuvent réduire le risque de symptômes résiduels, de rechute et de récurrence en continuant de prendre leur médicament pendant un certain temps³⁰. Pour prévenir la rechute et la récurrence, il faut conseiller aux personnes qui ont des épisodes récurrents fréquents, des épisodes graves ou chroniques, des troubles psychiatriques comorbides ou autres troubles médicaux, des symptômes résiduels ou des épisodes difficiles à traiter de prendre leur médicament pendant au moins deux ans après avoir obtenu une rémission symptomatique. Il faut également les informer des risques d'un traitement d'entretien à long terme avec des médicaments et de la façon dont ces risques se comparent aux risques de récurrence d'une dépression^{18,20}.

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les personnes atteintes de dépression clinique

Pour éviter le risque de retour de votre dépression, lorsque vous vous sentez mieux, vous devriez continuer à prendre vos médicaments pendant la période recommandée par votre clinicien. Votre clinicien en déterminera la durée avec vous.

Pour les cliniciens

Avisez les personnes qui entrent en rémission avec des médicaments après leur premier épisode de dépression clinique de continuer leur traitement pendant au moins six mois. Avisez les personnes qui entrent en rémission avec des médicaments après un épisode récurrent de dépression clinique de continuer leur traitement pendant au moins deux ans.

Pour les organisations et les planificateurs des services de santé

Assurez la disponibilité continue des médicaments pour les personnes atteintes de dépression clinique.

Indicateurs de qualité : Manière de mesurer l'amélioration par rapport à cet énoncé

- Pourcentage de personnes en rémission après un premier épisode de dépression clinique à qui on conseille de poursuivre le traitement aux médicaments pendant au moins six mois après l'entrée en rémission
- Pourcentage de personnes qui, après un premier épisode de dépression clinique, entrent en rémission grâce aux médicaments et poursuivent le traitement pendant au moins six mois encore
- Pourcentage de personnes qui ont des épisodes récurrents de dépression clinique, sont en rémission et à qui on conseille de poursuivre le traitement aux médicaments pendant au moins deux ans après l'entrée en rémission
- Pourcentage de personnes qui ont des épisodes récurrents de dépression clinique, sont en rémission et poursuivent le traitement aux médicaments pendant au moins deux ans après l'entrée en rémission

Les détails de mesure de ces indicateurs, ainsi que des indicateurs généraux, qui permettent de mesurer l'amélioration par rapport aux objectifs de l'ensemble de la norme de qualité, sont disponibles dans les [spécifications techniques](#).

Énoncé de qualité 9 : Thérapie par électrochocs

Les personnes atteintes d'une dépression clinique grave et celles atteintes d'une dépression difficile à traiter ont accès à une thérapie par électrochocs.

Sources : British Association for Psychopharmacology, 2015²³ | Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments, 2023³ | Department of Veterans Affairs and Department of Defense, 2022¹⁷ | National Institute for Health and Care Excellence, 2022¹⁸

Définitions

Dépression clinique grave : Cette situation est vécue par les personnes qui présentent la plupart des symptômes de dépression et dont les symptômes sont graves et associés à une déficience fonctionnelle importante (p. ex., une cote de 16 ou plus sur le questionnaire sur la santé du patient [PHQ-9] ou de 24 ou plus sur l'échelle de dépression de Hamilton). Elle peut se produire avec ou sans symptômes psychotiques^{17,18,31}.

Dépression difficile à traiter : Il s'agit d'une dépression persistante qui se produit lorsque les essais standard ou adéquats de traitement n'ont pas été efficaces. Le terme est utilisé dans le cadre d'une approche concertée axée sur le patient pour discuter de la réponse insatisfaisante au traitement et ne suppose pas nécessairement une rémission des symptômes^{3,6,32}.

Thérapie par électrochocs : Une procédure thérapeutique qui implique l'application d'un stimulus électrique au cerveau³³. Elle est habituellement effectuée environ trois fois par semaine pendant deux à quatre semaines ou en six à 12 séances³.

Justification

La thérapie par électrochocs est un traitement sûr et efficace pour la dépression clinique grave et la dépression difficile à traiter, particulièrement lorsqu'elle a été choisie par la personne à partir d'une expérience positive passée avec cette dernière, lorsqu'une réponse rapide est nécessaire (p. ex., l'état de la personne est devenu mortel parce qu'elle ne mange pas ou ne boit pas), ou lorsque des essais adéquats de pharmacothérapie ou de psychothérapie n'ont pas été efficaces³⁴. Les personnes atteintes d'une dépression clinique devraient être sensibilisées aux effets potentiels, aux effets secondaires et aux risques des thérapies par électrochocs afin de pouvoir prendre une décision éclairée au sujet de ce traitement. Si la thérapie par électrochocs est contre-indiquée ou n'est pas choisie par la personne, la stimulation magnétique transcrânienne répétitive peut être considérée comme une solution de rechange moins invasive qui ne nécessite pas d'anesthésie et qui a un fardeau d'effets secondaires plus faible (voir l'énoncé de qualité 4).^{3,4}

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les personnes atteintes de dépression clinique

Si votre dépression est grave ou si elle ne s'améliore pas avec les médicaments ou la psychothérapie, votre clinicien devrait vous offrir un autre type de traitement appelé thérapie par électrochocs ou vous expliquer la manière de l'obtenir. La thérapie par électrochocs est une procédure au cours de laquelle un petit courant électrique est transmis au cerveau d'une personne sous anesthésie générale.

Pour les cliniciens

Offrez la thérapie par électrochocs ou fournir de l'information sur cette dernière aux personnes atteintes d'une dépression clinique grave et aux personnes atteintes d'une dépression difficile à traiter qui n'ont pas répondu à des essais adéquats de traitements pharmacologiques et non pharmacologiques. Offrez la également comme thérapie d'entretien à ceux et celles qui y ont déjà répondu positivement. Si la thérapie par électrochocs est contre-indiquée ou n'est pas choisie par la personne, la stimulation magnétique transcrânienne répétitive (SMTr) peut être considérée comme une solution de rechange moins invasive.

Pour les organisations et les planificateurs des services de santé

Assurez-vous que la thérapie par électrochocs est disponible pour les personnes atteintes d'une dépression clinique grave et les personnes atteintes d'une dépression difficile à traiter.

Indicateurs de qualité : Manière de mesurer l'amélioration par rapport à cet énoncé

- Pourcentage de personnes atteintes d'une dépression clinique grave ou d'une dépression difficile à traiter auxquelles on a offert une thérapie par électrochocs.
- Pourcentage de personnes atteintes d'une dépression clinique grave ou d'une dépression difficile à traiter qui reçoivent une thérapie par électrochocs.
- Disponibilité de la thérapie par électrochocs

Les détails de mesure de ces indicateurs, ainsi que des indicateurs généraux, qui permettent de mesurer l'amélioration par rapport aux objectifs de l'ensemble de la norme de qualité, sont disponibles dans les [spécifications techniques](#).

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

Les personnes atteintes d'une dépression clinique qui ont atteint la rémission complète, mais qui connaissent des épisodes récurrents ont accès en temps opportun à une réévaluation et à un traitement.

Source : Consensus du Comité consultatif

Définitions

Épisodes récurrents : Il s'agit de trois épisodes ou plus de dépression clinique, dont deux survenus au cours des cinq dernières années avec au moins six mois entre épisodes.

Accès en temps opportune : Dans le cas d'une dépression clinique grave soupçonnée, dans les sept jours suivant l'épisode récurrent diagnostiqué. Pour les cas de dépression clinique soupçonnée légère à modérée, dans les quatre semaines suivant l'épisode récurrent diagnostiqué.

Justification

Il arrive souvent aux personnes qui ont un premier épisode de dépression clinique de connaître des épisodes de dépression récurrents³⁰. Le cas échéant, il est essentiel que ces personnes fassent immédiatement l'objet d'une réévaluation et aient accès aux traitements qui ont produit de bons résultats par le passé.

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les personnes atteintes de dépression clinique

Si vous vous êtes remis de la dépression, mais que votre état a de nouveau empiré, vous devriez être évalué et recevoir un traitement de nouveau. Si un clinicien soupçonne que vous êtes atteint d'une dépression clinique grave, vous devriez avoir accès à l'évaluation et au traitement dans les sept jours. Si un clinicien soupçonne que vous êtes atteint d'une dépression clinique légère à modérée, vous devriez avoir accès à l'évaluation et au traitement dans les quatre semaines.

Pour les cliniciens

Évaluez et traitez les personnes atteintes d'une dépression clinique qui ont atteint la pleine rémission et qui ont des épisodes récurrents dans les sept jours pour les personnes soupçonnées d'avoir une dépression clinique grave ou quatre semaines pour celles soupçonnées d'avoir une dépression clinique légère à modérée.

Pour les organisations et les planificateurs des services de santé

Veillez à ce que des systèmes, des processus et des ressources soient en place pour le triage approprié et le traitement opportun des personnes qui ont des épisodes récurrents de dépression clinique.

Indicateurs de qualité : Manière de mesurer l'amélioration par rapport à cet énoncé

- Pourcentage de personnes atteintes d'une dépression clinique légère à modérée en pleine rémission qui reçoivent une évaluation complète dans les quatre semaines suivant le contact initial pour un épisode récurrent de dépression clinique.
- Pourcentage de personnes atteintes d'une dépression clinique grave en pleine rémission qui reçoivent une évaluation complète dans les sept jours suivant le contact initial pour un épisode récurrent de dépression clinique.

Les détails de mesure de ces indicateurs, ainsi que des indicateurs généraux, qui permettent de mesurer l'amélioration par rapport aux objectifs de l'ensemble de la norme de qualité, sont disponibles dans les [spécifications techniques](#).

Énoncé de qualité 11 : Sensibilisation et soutien

Les personnes atteintes d'une dépression clinique, les membres de leur famille et les partenaires de soins reçoivent une éducation sur la dépression clinique et des renseignements sur les services de soutien communautaire et de crise.

Sources : Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments, 2023³ | Department of Veterans Affairs and Department of Defense, 2022¹⁷ | Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care, 2018² | National Institute for Health and Care Excellence, 2022¹⁸ | Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, 2016¹⁹

Définitions

Membres de la famille : Les personnes les plus proches d'une personne en termes de connaissances, de soins et d'affection; cela peut inclure la famille biologique ou la famille d'origine, la famille par le mariage ou la famille de choix et les amis. La personne définit sa famille et les personnes qui participeront à ses soins.

Partenaires de soins : Des personnes non rémunérées qui fournissent des soins et du soutien à titre non professionnel, comme les parents, d'autres membres de la famille, des amis ou toute autre personne identifiée par la personne atteinte d'une dépression clinique.

Éducation sur la dépression clinique : L'enseignement devrait porter sur les sujets suivants :

- Les signes et les symptômes de la dépression
- Les options de traitement, leurs effets potentiels et leurs effets secondaires
- Les stratégies d'autogestion comme la surveillance des symptômes et des risques de suicide, la participation à une activité significative, la bonne alimentation, la pratique de l'hygiène du sommeil, les activités physiques et la réduction de la consommation de tabac et d'alcool
- Le risque de rechute et signes et symptômes précoces de rechute à surveiller
- Les autosoins et la résilience pour les membres de la famille et les partenaires
- Les renseignements sur les ressources locales pour l'éducation et l'appui

Justification

Les personnes atteintes d'une dépression clinique, les membres de leur famille et les partenaires de soins peuvent bénéficier d'une éducation sur l'état de santé et de l'information sur le soutien

communautaire et les services de crise offerts dans leur collectivité. L'éducation devrait se concentrer sur la nature de la dépression clinique, les signes et symptômes, les options de traitement, les stratégies d'autogestion, la façon de réduire le risque de rechute et les stratégies d'autosoins pour les membres de la famille et les partenaires de soins.

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les personnes atteintes de dépression clinique

Votre clinicien devrait vous offrir, ainsi qu'aux membres de votre famille et aux partenaires de soins, des renseignements sur votre état de santé, y compris les signes et symptômes d'une dépression clinique, les options thérapeutiques, leurs effets potentiels et les effets secondaires, ainsi que des choses que vous pouvez faire en plus du traitement qui pourrait aider (par exemple, bien manger et faire de l'exercice). Elles devraient également vous parler des services de soutien communautaire et des services de crise qui vous sont offerts.

Pour les cliniciens

Offrez aux personnes atteintes de dépression clinique et à leurs familles et partenaires de soins une éducation sur la dépression clinique et des renseignements sur les services de soutien communautaire et de crise qui leur sont offerts.

Pour les organisations et les planificateurs des services de santé

Assurez la disponibilité de matériel éducatif approprié sur la dépression clinique et de l'information sur le soutien communautaire et les services de crise pour les personnes atteintes de dépression clinique et leurs familles, ainsi que les partenaires de soins.

Indicateur de qualité : Manière de mesurer l'amélioration par rapport à cet énoncé

- Pourcentage de personnes atteintes d'une dépression clinique qui, avec leur famille et leurs partenaires de soins, reçoivent une éducation sur la dépression clinique et de l'information sur le soutien communautaire et les services de crise

Les détails de mesure de cet indicateur, ainsi que des indicateurs généraux, qui permettent de mesurer l'amélioration par rapport aux objectifs de l'ensemble de la norme de qualité, sont disponibles dans les [spécifications techniques](#).

Énoncé de qualité 12 : Transitions en matière de soins

Les personnes atteintes d'une dépression clinique qui passent d'un clinicien à un autre ont un plan de soins documenté qui est mis à leur disposition et à celle de leur clinicien d'accueil dans les sept jours suivant la transition, avec un calendrier précis pour le suivi. Les personnes atteintes d'une dépression clinique qui reçoivent leur congé de l'établissement de soins de courte durée ont un rendez-vous de suivi prévu avec un clinicien dans les sept jours.

Source : Consensus du Comité consultatif

Définition

Plan de soins documenté : Les renseignements suivants doivent être documentés et fournis aux personnes atteintes de dépression, aux membres de la famille, aux partenaires de soins et aux cliniciens traitant avant toute transition dans les soins :

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

Justification

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

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

personne est obtenu, sa famille ou ses partenaires de soins devraient être informés du risque de suicide.

Pour de plus amples renseignements sur la transition des services de santé pour les jeunes aux services de soins de santé pour adultes et la transition entre l'hôpital et le domicile, voir les normes de qualité suivantes sur le site de Santé Ontario

[*Transition des services de soins de santé pour les jeunes aux services de soins de santé pour adultes*](#)⁷ et [*Transitions entre l'hôpital et la maison*](#)⁸.

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les personnes atteintes de dépression clinique

Si vous passez d'un clinicien à un autre, vous et votre nouveau clinicien devriez recevoir chacun une copie écrite de votre plan de soins de votre clinicien précédent. Un plan de soins est un document qui fournit de l'information sur vos symptômes, votre historique de traitement et vos objectifs de traitement. Votre plan de soins devrait également préciser un calendrier pour vous permettre de voir votre nouveau clinicien. Si vous avez été traité pour une dépression clinique à l'hôpital, vous devriez avoir un rendez-vous de suivi avec un nouveau clinicien avant de quitter l'hôpital, et ce rendez-vous devrait être dans les sept jours suivant votre retour à la maison.

Pour les cliniciens

Lorsque vous confiez les soins d'une personne à un autre clinicien, assurez-vous que ce dernier accepte la personne comme patient, que la personne et le nouveau clinicien reçoivent chacun un plan de soins documentés dans les sept jours qui suivent et qu'un rendez-vous de suivi est prévu avec celui-ci. Lorsque vous donnez le congé à un patient de l'hôpital, assurez-vous qu'il a un rendez-vous de suivi prévu avec un clinicien dans les sept jours suivant l'obtention de son congé.

Pour les organisations et les planificateurs des services de santé

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

Indicateurs de qualité : Manière de mesurer l'amélioration par rapport à cet énoncé

- Pourcentage de personnes atteintes de dépression clinique qui passent d'un clinicien ou d'un milieu de soins à un autre et disposent d'un plan de soins documenté
- Pourcentage de personnes atteintes de dépression clinique qui passent d'un clinicien ou d'un milieu de soins à un autre et dont le plan de soins indique un calendrier de suivi

- Pourcentage de personnes atteintes de dépression clinique qui passent d'un clinicien ou d'un milieu de soins à un autre et dont le plan de soins est remis au nouveau clinicien dans les sept jours
- Pourcentage de personnes atteintes de dépression clinique qui sortent de l'hôpital et voient un psychiatre ou un clinicien de soins primaires dans les sept jours qui suivent la sortie

Les détails de mesure de ces indicateurs, ainsi que des indicateurs généraux, qui permettent de mesurer l'amélioration par rapport aux objectifs de l'ensemble de la norme de qualité, sont disponibles dans les [spécifications techniques](#).

Énoncé de pratique émergente : Interventions non pharmacologiques

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

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

Justification

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

Appendice 1 : À propos de cette norme de qualité

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 personnes atteintes de dépression clinique

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 dépression clinique.

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

De plus, vous voudrez peut-être télécharger le [guide du patient](#) sur la dépression clinique pour vous aider, vous et votre famille, à avoir des conversations éclairées avec vos cliniciens. À l'intérieur, vous y trouverez des informations et 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 dépression clinique. 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, disponibles dans les spécifications techniques. La mesure est la clé de l'amélioration de la qualité. La collecte et l'utilisation de données lors de la mise en œuvre d'une norme de qualité peuvent vous aider à évaluer la qualité des soins que vous dispensez et à cerner les lacunes dans les soins et les domaines à améliorer.

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

- Notre [guide du patient](#) sur la dépression clinique, que vous pouvez partager avec les patients et les familles pour les aider à avoir des conversations avec vous et leurs autres cliniciens. Veuillez mettre à la disposition des gens le guide du patient où vous prodiguez les soins;
- Nos [ressources de mesure](#), y compris les spécifications techniques des indicateurs de cette norme de qualité, le jeu de diapositives « cas d'amélioration » pour vous aider à expliquer pourquoi cette norme a été créée et les données qui la sous-tendent, et notre guide de mesure contenant des renseignements supplémentaires pour soutenir le processus de collecte et de mesure des données;
- Notre [sommaire](#), qui résume la norme de qualité et comprend des liens vers des ressources et des outils utiles;
- 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 de santé en Ontario. C'est un endroit où les cliniciens 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.

Comment le système de santé peut appuyer la mise en œuvre

Pendant que vous travaillez à la mise en œuvre de cette norme de qualité, il peut y avoir des moments où vous trouvez difficile de fournir les soins décrits en raison d'obstacles ou de lacunes au niveau du système. Ces difficultés ont été cernées et documentées dans le cadre de l'élaboration de la norme de qualité, qui comprenait une vaste consultation auprès de cliniciens et de conseillers chevronnés et un examen minutieux des données probantes disponibles et des programmes existants. Bon nombre des leviers du changement du système relèvent de Santé Ontario, et c'est pourquoi nous continuerons de travailler pour éliminer ces obstacles afin d'appuyer la mise en œuvre de normes de qualité. Nous mobiliserons et soutiendrons également d'autres partenaires provinciaux, y compris le ministère de la Santé ou d'autres ministères concernés, dans le cadre d'initiatives stratégiques visant à combler les lacunes au niveau du système.

Entre-temps, il y a de nombreuses mesures que vous pouvez prendre de votre propre chef. Prenez connaissance de la norme et agissez là où vous le pouvez.

Appendice 2 : Glossaire

Terme	Définition
Adolescents	Personnes âgées de 13 à 17 ans.
Adultes	Personnes de 18 ans et plus.
Clinicien de soins primaires	Un médecin de famille (aussi appelé un médecin de soins primaires) ou un infirmier praticien.
Cliniciens	Les professionnels réglementés qui prodiguent des soins à des patients ou à des clients. Par exemple, le personnel infirmier, les infirmiers praticiens, les ergothérapeutes, les pharmaciens, les médecins, les physiothérapeutes, les psychologues, les travailleurs sociaux, les diététistes professionnels et les orthophonistes.
Domicile	Lieu habituel de résidence d'une personne. Il peut s'agir de résidences personnelles, de résidences pour personnes âgées, de résidences avec services d'assistance, d'établissements de soins de longue durée, de centres de soins palliatifs et de refuges.
Équipe de soins	Les cliniciens ainsi que les personnes occupant des métiers non réglementés, comme le personnel administratif, les préposés au soutien comportemental, le personnel chargé du transport des patients, les préposés aux services de soutien à la personne, le personnel chargé des loisirs et le personnel chargé des soins spirituels, et les bénévoles.
Famille	Les personnes les plus proches d'une personne en matière de connaissance, de soins et d'affection. Cela peut comprendre la famille biologique ou d'origine, la famille par alliance ou la famille de choix et les amis. La personne définit les membres de sa famille et les personnes qui participeront à ses soins.
Jeunes adultes	Personnes âgées de 18 à 25 ans.
Partenaire de soins	Une personne non rémunérée qui offre des soins et un soutien à titre non professionnel, comme un parent, un autre membre de la famille, un ami ou toute autre personne désignée par la personne atteinte d'hypertension. Les autres termes couramment utilisés pour décrire ce rôle sont notamment « aidant », « aidant naturel », « aidant familial », « aidant principal ».
Soins adaptés à la culture	Soins qui intègrent les traditions, les valeurs et les croyances culturelles ou confessionnelles; soins qui sont dispensés dans la langue de préférence de la personne; soins qui adaptent les conseils propres à la culture et qui tiennent compte du désir de la personne de faire participer des membres de sa famille ou de sa collectivité ³⁵ .

Terme	Définition
Soins primaires	Un milieu où les gens reçoivent des soins de santé généraux (p. ex., dépistage, diagnostic et gestion) d'un clinicien auquel la personne peut accéder directement sans renvoi. Il s'agit habituellement du clinicien de soins primaires, du médecin de famille, de l'infirmière ou infirmier praticien ou d'un autre clinicien qui a la capacité de faire des renvois, de demander des tests de laboratoire et de prescrire des médicaments.
Transitions dans les soins	Ces cas se produisent lorsque les patients sont transférés entre différents établissements de soins (p. ex., hôpital, soins primaires, soins de longue durée, soins à domicile et soins communautaires) ou entre différents cliniciens au cours d'une maladie aiguë ou chronique.

Appendice 3 : Valeurs et principes directeurs

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 de valeurs des patients, des familles et des personnes soignantes pour 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

Un système de santé de qualité est un système qui offre un bon accès, une bonne expérience et de bons résultats à toutes les personnes en Ontario, peu importe où elles vivent, ce qu'elles ont ou qui elles sont.

Principes directeurs

Outre les valeurs susmentionnées, cette norme de qualité est guidée par les principes énoncés ci-dessous.

Reconnaître l'impact de la colonisation

Les cliniciens devraient reconnaître les effets historiques et actuels de la colonisation dans le contexte de la vie des peuples autochtones partout au Canada, et s'efforcer de s'y remédier. Ce travail consiste à être sensible aux séquelles des traumatismes intergénérationnels et actuels; aux dommages physiques, mentaux, émotionnels et sociaux subis par les populations, les familles et les communautés autochtones ainsi qu'à reconnaître la force et la résilience de ces populations. Cette norme de qualité utilise les guides de pratique clinique existants qui peuvent ne pas inclure des soins adaptés à la culture ou ne pas reconnaître les croyances, les pratiques et les modèles de soins traditionnels des Autochtones.

Services en français

En Ontario, la Loi sur les services en français garantit le droit d'une personne de recevoir des services en français de la part des ministères et organismes du gouvernement de l'Ontario dans [27 régions désignées](#) et dans les bureaux du gouvernement³⁶.

Déterminants sociaux de la santé

L'itinérance et la pauvreté sont deux exemples de conditions économiques et sociales qui influencent la santé des personnes, connues sous le nom de déterminants sociaux de la santé. Parmi les autres déterminants sociaux de la santé figurent le statut professionnel et les conditions de travail, la race et l'origine ethnique, la sécurité alimentaire et la nutrition, le sexe, le logement, le statut d'immigré, l'exclusion sociale et le fait de résider dans une zone rurale ou urbaine. Les déterminants sociaux de la santé peuvent avoir de fortes répercussions sur la santé des individus et des populations; ils jouent un rôle important dans la compréhension des causes profondes de la dégradation de la santé. Les personnes atteintes d'un trouble de la santé mentale ou de dépendance vivent souvent dans des conditions sociales et économiques très stressantes qui aggravent leur santé mentale,³⁷ notamment la stigmatisation sociale, la discrimination et le manque d'accès à l'éducation, à un emploi, aux revenus et à un logement³⁸.

Autogestion des maladies chroniques

Les personnes atteintes de dépression clinique et leurs familles et soignants devraient également recevoir des services qui respectent leurs droits et leur dignité et qui favorisent la prise de décision partagée et l'autogestion³⁹. De plus, les personnes devraient être habilitées à faire des choix éclairés sur les soins et les services qui répondent le mieux à leurs besoins^{40,41}. Les personnes atteintes de dépression clinique devraient s'engager avec leurs cliniciens dans une prise de décision éclairée et partagée concernant leurs options de traitement. Chaque personne est unique et a le droit de définir son propre cheminement vers une santé mentale harmonieuse et le bien-être³⁹.

Identifier et lutter contre le racisme et la discrimination

De nombreuses personnes en Ontario sont victimes de racisme et de discrimination dans leurs interactions avec le système de santé, ce qui nuit à la qualité, à la sécurité et à l'efficacité des soins de santé qu'elles reçoivent^{42,43}. Le racisme désigne la discrimination systémique profondément ancrée dans les cultures, les politiques, les directives, les pratiques ou les procédures organisationnelles; il cause du tort en excluant, en déplaçant, en marginalisant et en perpétuant des obstacles et des traitements injustes à l'égard des populations noires, autochtones, sud-asiatiques et autres populations racialisées⁴⁴. Ces populations sont souvent confrontées à de profondes disparités dans l'accès et la réception de soins de santé opportuns, antiracistes, antioppressifs, culturellement appropriés et adaptés à leur culture^{43,45,46}. Afin de promouvoir l'équité en matière de santé et d'obtenir de meilleurs résultats pour tous, les effets et les répercussions néfastes du racisme et de la discrimination doivent être explicitement identifiés et traités⁴⁴. L'adoption d'une approche antiraciste et antioppressive reconnaît l'existence du racisme et des identités intersectionnelles des personnes; elle cherche ensuite activement à identifier, réduire et éliminer les résultats inéquitables sur le plan racial, les déséquilibres de pouvoir et les structures qui maintiennent ces inégalités⁴⁴.

Soins intégrés

Les personnes atteintes d'une dépression clinique devraient recevoir des soins grâce à une approche intégrée qui facilite l'accès aux services interprofessionnels de plusieurs cliniciens de divers milieux professionnels et de divers milieux de soins de santé afin d'offrir des services complets⁴⁷. Les cliniciens devraient travailler avec les personnes atteintes d'une dépression clinique, leurs familles, leurs partenaires de soins et les collectivités afin d'offrir des soins de la plus haute qualité dans tous les milieux. La collaboration interprofessionnelle, la prise de décision partagée, la coordination des soins et la continuité des soins (y compris les soins de suivi) sont les caractéristiques de cette approche centrée sur le patient⁴⁷.

Intersectionnalité

L'intersectionnalité fait référence aux différences dans les expériences de discrimination et d'injustice que les gens ont fondées sur des catégories sociales comme la race ou l'ethnie, la classe, l'âge et le sexe, et à l'interaction de ces expériences avec des structures de pouvoir composées (p. ex., les médias, les systèmes éducatifs). Ces catégories interconnectées créent des systèmes de discrimination ou de désavantage qui se chevauchent et qui sont interdépendants⁴⁸⁻⁵⁰. Par exemple, la stigmatisation subie par les personnes atteintes d'une dépression clinique peut varier en fonction des caractéristiques cliniques et démographiques comme la race ou l'origine ethnique et l'âge, ainsi que d'autres caractéristiques comme les barrières linguistiques ou la perception du statut socioéconomique. Comprendre la manière dont les divers aspects de l'identité des personnes se recoupent peut donner un aperçu de la complexité des processus qui causent des inégalités en matière de santé et de la façon dont les différentes personnes subissent la stigmatisation et la discrimination⁵¹.

Rétablissement

Cette norme de qualité s'appuie sur le principe du rétablissement, tel que décrit dans la Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada. Les personnes atteintes de dépression clinique peuvent mener une vie enrichissante. Les personnes atteintes de dépression clinique ont droit à des services fournis dans un environnement qui favorise l'espoir, l'autonomisation, l'autodétermination et l'optimisme, et qui sont ancrés dans les valeurs et les pratiques associées aux soins axés sur le rétablissement. Le concept de rétablissement fait référence à « vivre une vie satisfaisante, pleine d'espoir et contributive, même lorsqu'il existe des limitations continues causées par des problèmes et de santé mentale et des maladies »⁵². Comme le décrit la Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada, « le rétablissement – un processus dans lequel les personnes vivant avec des problèmes de santé mentale et des maladies mentales participent activement à leur propre cheminement vers le bien-être – est possible pour tout le monde. Les parcours de rétablissement s'appuient sur les forces individuelles, familiales, culturelles et communautaires et peuvent être soutenus par de nombreux types de services, de soutien et de traitements »⁵³.

Le mieux-être mental se définit comme un équilibre entre le mental, le physique, le spirituel et l'émotionnel, qui s'enrichit à mesure que les individus ont un but dans leur vie quotidienne, de l'espoir pour leur avenir, un sentiment d'appartenance et un sens à leur vie⁵⁴. Ces éléments du mieux-être mental sont soutenus par des facteurs tels que la culture, la langue, les Aînés, les familles et la création. Le Cadre du continuum du mieux-être mental des Premières Nations propose une approche

qui « respecte, valorise et utilise les connaissances, les approches, les langues et les modes de connaissance culturels des Premières Nations »⁵⁴.

Pratique fondée sur les forces

Une pratique axée sur les forces implique activement la personne et le clinicien qui les aide à travailler ensemble pour atteindre les résultats escomptés d'une manière qui s'appuie sur les forces de la personne^{55,56}. La personne est reconnue comme l'expert de sa propre expérience vécue et le clinicien est reconnu comme un expert dans sa discipline et pour faciliter une conversation qui renforce ses forces et ses ressources.

Soins tenant compte des traumatismes

Les soins tenant compte des traumatismes sont des soins de santé qui reflètent une compréhension des traumatismes et des répercussions d'expériences traumatiques sur les gens, et le risque de traumatiser ou de retraumatiser les patients lorsqu'ils reçoivent des soins^{57,58}. Cette approche ne traite pas nécessairement le traumatisme directement. Elle reconnaît plutôt qu'une personne peut avoir vécu un événement traumatique qui pourrait contribuer à ses problèmes de santé actuels, et prend des mesures pour réduire les possibilités de traumatismes (par exemple, en utilisant des stratégies actives concernant le consentement, en répondant aux besoins individuels des patients, en reconnaissant le déséquilibre de pouvoir inhérent aux relations entre le clinicien et le patient, et en facilitant l'action et le choix du patient dans toutes les interactions)^{59,60}. Cette approche insiste sur la création d'un environnement dans lequel la personne se sentira à l'aise de parler de son traumatisme, et sur le fait de comprendre, de respecter et de prendre en compte les effets du traumatisme⁵⁸⁻⁶⁰.

Remerciements

Comité consultatif

Santé Ontario remercie les personnes suivantes pour leurs généreuses contributions volontaires en temps et en expertise afin d'aider à créer cette norme de qualité (lieu de travail lors de l'élaboration de la norme initiale en 2015–2016) :

Pierre Blier (coprésident, 2015–2016)

L'Institut de recherche en santé mentale
du Royal

Peter Voore (coprésident, 2015–2016)

Centre de toxicomanie et de santé mentale

Anita Barnes

Neighbourhood Legal Services

Debbie Bauer

Ergothérapeute, pratique privée

Marie-Hélène Chomienne

Université d'Ottawa, Hôpital Montfort

Rachel Cooper

Hôpital St. Michael, Stella's Place

Michael Dunn

Association canadienne pour la santé mentale

Sonu Gaiind

Hôpital Humber River, Association des
psychiatres du Canada

Sonja Grbevski

Hôtel-Dieu Grace Health Care

Crystal Kaukinen

Lakehead Nurse Practitioner–Led Clinic

Sidney Kennedy

Réseau universitaire de santé, Université de
Toronto, Hôpital St. Michael

Paul Kurdyak

Centre de toxicomanie et de santé mentale

Kathryn Leferman

Centre d'accès aux soins communautaires
d'Érie St-Clair

Sandie Leith

Association canadienne pour la santé mentale

Paul Links

St. Joseph's Health Care

Vesna Milinkovic

Fred Victor Centre

Pauline Pariser (2015–2016)

Taddle Creek Family Health Team, Réseau
universitaire de santé

Chris Perlman

School of Public Health and Health Systems,
Université de Waterloo

Alicia Raimundo

Étudiant

Raj Rasasingham

Université de Toronto – Division de
pédopsychiatrie, Hôpital Humber River

Neil Rector

Forest Hill Centre for Cognitive
Behavioral Therapy

Frank Sirotych

Association canadienne pour la santé mentale

Andrew Wiens

L'Institut de recherche en santé mentale
du Royal

Gillian Young

Centre de toxicomanie et de santé mentale

Ari Zaretsky

Centre Sunnybrook des sciences de la santé

Références

- (1) Ontario Health. Clinically appropriate use of virtual care for depression and anxiety-related conditions: guidance reference document [Internet]. Toronto (ON): King's Printer for Ontario; 2023 Nov [cited 2024 Jan 30]. Available from: <https://www.ontariohealth.ca/sites/ontariohealth/files/DepressionAnxietyRelatedConditionsVirtualCareGuidance.pdf>
- (2) Zuckerbrot RA, Cheung A, Jensen PS, Stein REK, Laraque D, Glad-Pc Steering G, et al. Guidelines for adolescent depression in primary care (GLAD-PC): part I. Practice preparation, identification, assessment, and initial management. *Pediatrics*. 2018;141(3):e20174081.
- (3) Lam RW, Kennedy SH, Adams C, Bahji A, Beaulieu S, Bhat V, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2023 update on clinical guidelines for management of major depressive disorder in adults. *Can J Psychiatry*. 2024;7067437241245384. Epub 2024 May 6.
- (4) Ontario Health. Repetitive transcranial magnetic stimulation for people with treatment-resistant depression: a health technology assessment [Internet]. 2021 [cited 2024 May 31]. 1-232]. Available from: <https://www.hqontario.ca/evidence-to-improve-care/health-technology-assessment/reviews-and-recommendations/repetitive-transcranial-magnetic-stimulation-for-people-with-treatment-resistant-depression>
- (5) Health Quality Ontario. Internet-delivered cognitive behavioural therapy for major depression and anxiety disorders: a health technology assessment. *Ont Health Technol Assess Ser*. 2019;19(6):1-199.
- (6) McAllister-Williams RH, Arango C, Blier P, Demyttenaere K, Falkai P, Gorwood P, et al. The identification, assessment and management of difficult-to-treat depression: An international consensus statement. *J Affect Disord*. 2020;267:264-82.
- (7) Ontario Health. Transitions from youth to adult health care services: care for young people aged 15 to 24 years [Internet]. Toronto (ON): Queen's Printer for Ontario; 2022 [cited 2023 Aug 16]. Available from: <https://hqontario.ca/Portals/0/documents/evidence/quality-standards/qs-transitions-from-youth-to-adult-health-care-services-quality-standard-en.pdf>
- (8) Ontario Health (Quality). Transitions between hospital and home: care for people of all ages [Internet]. Toronto (ON): Queen's Printer for Ontario; 2020 [cited 2023 Aug 16]. Available from: <https://www.hqontario.ca/Portals/0/documents/evidence/quality-standards/qs-transitions-between-hospital-and-home-quality-standard-en.pdf>
- (9) Kennedy SH, Lam RW, Parikh SV, Patten SB, Ravindran AV. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults. *J Affect Disord*. 2009;117 Suppl:S1-S64.
- (10) Public Health Agency of Canada. What is depression? [Internet]. Ottawa (ON): The Agency; 2016 [cited 2016 Jan]. Available from: <http://www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/mi-mm/depression-eng.php>
- (11) Shields M, Tonmyr L, Gonzalez A, Weeks M, Park SB, Robert AM, et al. Original quantitative research – symptoms of major depressive disorder during the COVID-19 pandemic: results from a representative sample of the Canadian population [Internet]. Ottawa (ON): Public Health Agency of Canada; 2021 [cited 2023 Sep]. Available from: <https://www.canada.ca/en/public-health/services/reports-publications/health-promotion->

chronic-disease-prevention-canada-research-policy-practice/vol-41-no-11-2021/symptoms-major-depressive-disorder-covid-19-pandemic-representative-sample-canadian-population.html

- (12) Public Health Infobase. Mental illness during the pandemic: survey on COVID-19 and mental health (cycles 1 and 2) [Internet]. Ottawa (ON): Government of Canada; 2022 Sep 20 [cited 2023 Sep]. Available from: <https://health-infobase.canada.ca/covid-19/mental-health-survey/data-tables.html>
- (13) Brien S, Grenier L, Kapral ME, Kurdyak P, Vigod S. Taking stock: a report on the quality of mental health and addictions services in Ontario [Internet]. Toronto (ON): Health Quality Ontario and Institute for Clinical Evaluative Sciences; 2015 [cited 2016 Apr 12]. Available from: <http://www.hqontario.ca/portals/0/Documents/pr/theme-report-taking-stock-en.pdf>
- (14) Rudoler D, Lane N, Grudniewicz A, Ling V, Snadden D, Stukel TA. The relationship between relational continuity and family physician follow-up after an antidepressant prescription in older adults: a retrospective cohort study. *BMC Primary Care*. 2024;25(1):125.
- (15) American Psychological Association. APA clinical practice guideline for the treatment of depression across three age cohorts [Internet]. Washington (DC): The Association; 2019 [cited 2022 Jun 22]. Available from: <https://www.apa.org/depression-guideline/guideline.pdf>
- (16) Dunt D, Robinson J, Selvarajah S, Young L, Highet N, Shann C, et al. Beyondblue, Australia's national depression initiative: an evaluation for the period 2005–2010. *Int J Ment Health Promotion*. 2011;13(3):22-36.
- (17) Department of Veterans Affairs, Department of Defense. VA/DoD clinical practice guideline for the management of major depressive disorder, version 4.0 [Internet]. Washington (DC): US Government Printing Office; 2022 [cited 2022 Jul 18]. Available from: <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/mdd/VADoDMDDCPGFinal508.pdf>
- (18) National Institute for Health and Care Excellence. Depression in adults: treatment and management [Internet]. London: The Institute; 2022 [cited 2022 Jul 18]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng222/resources/depression-in-adults-treatment-and-management-pdf-66143832307909>
- (19) Registered Nurses' Association of Ontario. Delirium, dementia, and depression in older adults: assessment and care, 2nd ed. [Internet]. Toronto (ON): The Association; 2016 [cited 2022 Jul 18]. Available from: https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/bpg/RNAO_Delirium_Dementia_Depression_Older_Adults_Assessment_and_Care.pdf
- (20) Kennedy SH, Lam RW, McIntyre RS, Tourjman SV, Bhat V, Blier P, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 clinical guidelines for the management of adults with major depressive disorder: section 3. Pharmacological treatments. *Can J Psychiatry*. 2016;61(9):540-60.
- (21) Gelenberg A, Freeman M, Markowitz J, Rosenbaum J, Thase M, Trivedi M, et al. Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder, 3rd ed [Internet]. Arlington (VA): American Psychiatric Association; 2010. Available from: https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/mdd.pdf
- (22) Laval University, McMaster University, McGill University. Selective serotonin reuptake inhibitors for the treatment of depression in adults [Internet]. 2013 [cited 2024 Jun 3]. Available from: https://www.boitedecision.ulaval.ca/en/pdf-boite/?tx_tmboites_tmboitesshow%5Bboite%5D=28

- (23) Cleare A, Pariante CM, Young AH, Anderson IM, Christmas D, Cowen PJ, et al. Evidence-based guidelines for treating depressive disorders with antidepressants: a revision of the 2008 British Association for Psychopharmacology guidelines. *J Psychopharmacol*. 2015;29(5):459-525.
- (24) Parikh SV, Quilty LC, Ravitz P, Rosenbluth M, Pavlova B, Grigoriadis S, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 clinical guidelines for the management of adults with major depressive disorder: section 2. Psychological treatments. *Can J Psychiatry*. 2016;61(9):524-39.
- (25) National Institute of Mental Health. Psychotherapies [Internet]. Bethesda (MD): The Institute; 2023 [cited 2023 Oct 12]. Available from: <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/psychotherapies>
- (26) Ravindran AV, Balneaves LG, Faulkner G, Ortiz A, McIntosh D, Morehouse RL, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 clinical guidelines for the management of adults with major depressive disorder: section 5. Complementary and alternative medicine treatments. *Can J Psychiatry*. 2016;61(9):576-87.
- (27) Terman M, Terman JS. Light therapy for seasonal and nonseasonal depression: efficacy, protocol, safety, and side effects. *CNS Spectr*. 2005;10(8):647-63.
- (28) Mead GE, Morley W, Campbell P, Greig CA, McMurdo M, Lawlor DA. Exercise for depression. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008(4):CD004366.
- (29) ECNP. Neuroscience-based nomenclature [Internet]. Utrecht (Netherlands): ECNP; 2019 [cited 2024 May 22]. Available from: <https://www.ecnp.eu/research-innovation/nomenclature>
- (30) Preventing recurrent depression: long-term treatment for major depressive disorder. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 2007;9(3):214-23.
- (31) MacQueen GM, Frey BN, Ismail Z, Jaworska N, Steiner M, Lieshout RJV, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 clinical guidelines for the management of adults with major depressive disorder: section 6. Special populations: youth, women, and the elderly. *Can J Psychiatry*. 2016;61(9):588-603.
- (32) Parker G. A revisionist model for treatment-resistant and difficult-to-treat depression. *Aust N Z J Psychiatry*. 2024;58(6):460-6.
- (33) Milev RV, Giacobbe P, Kennedy SH, Blumberger DM, Daskalakis ZJ, Downar J, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 clinical guidelines for the management of adults with major depressive disorder: section 4. Neurostimulation treatments. *Can J Psychiatry*. 2016;61(9):561-75.
- (34) Greenhalgh J, Knight C, Hind D, Beverley C, Walters S. Clinical and cost-effectiveness of electroconvulsive therapy for depressive illness, schizophrenia, catatonia and mania: systematic reviews and economic modelling studies. *Health Technol Assess*. 2005;9(9):1-156, iii-iv.
- (35) Diabetes Canada. 2018 Clinical practice guidelines [Internet]. Toronto (ON): Diabetes Canada; 2018 [cited 2023 May 10]. Available from: <https://guidelines.diabetes.ca/docs/CPG-2018-full-EN.pdf>
- (36) Ministry of Health, Ministry of Long-Term Care. French language health services: the French Language Services Act, 1986 (FLSA) [Internet]. Toronto (ON): Queen's Printer for Ontario; 2021 [cited 2023 Jun 16]. Available from: <https://www.health.gov.on.ca/en/public/programs/flhs/flsa.aspx>
- (37) Keleher BH, Armstrong R. Evidence-based mental health promotion resource. Report for the Department of Human Services and VicHealth, Melbourne [Internet]. Melbourne (Australia): State of Victoria, Department of Human Services; 2006 [cited 2023 Sep 22]. Available from:

<https://www2.health.vic.gov.au/Api/downloadmedia/%7BC4796515-E014-4FA0-92F6-853FC06382F7%7D>

- (38) Health Quality Ontario. Taking stock: a report on the quality of mental health and addictions services in Ontario. [Internet]. Toronto (ON): Queen's Printer for Ontario; 2015 [cited 2023 Sept 22]. Available from: <https://www.hqontario.ca/Portals/0/Documents/pr/theme-report-taking-stock-en.pdf>
- (39) Langford AT, Williams SK, Applegate M, Ogedegbe O, Braithwaite RS. Partnerships to improve shared decision making for patients with hypertension: health equity implications. *Ethn Dis*. 2019;29(Suppl 1):97-102.
- (40) Wexler R. Six steps of shared decision making. [Internet]. Boston (MA): Informed Medical Decisions Foundation; 2012 [cited 2023 Jun 16]. Available from: http://resourcehub.practiceinnovationco.org/wpcontent/uploads/2017/09/SixStepsSDM2_Skolinik.pdf
- (41) National Institute for Health and Care Excellence. Medicines adherence: involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence [Internet]. London: The Institute; 2009 [cited 2023 Aug 2]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg76>
- (42) Sickel Cell Awareness Group of Ontario. Addressing the health equity gap in sickle cell disease in Ontario [Internet]. North York (ON): The Group; n.d. [cited 2022 Feb]. Available from: https://sicklecellanemia.ca/healthequity-gap-in-sickle-cell-diseasein-ontariocanada?utm_source=rss&utm_medium=rss&utm_campaign=healthequity-gap-in-sickle-cell-diseasein-ontario-canada.
- (43) Centre for Addiction and Mental Health. Dismantling anti-Black racism: a strategy of fair and just CAMH [Internet]. Toronto (ON): The Centre; 2022 [cited 2022 Jul]. Available from: <https://www.camh.ca/-/media/files/camh-dismantlinganti-black-racism-pdf.pdf>.
- (44) Ontario Health. Equity, inclusion, diversity and anti-racism framework [Internet]. Toronto (ON): Ontario Health; 2025 [cited 2025 Jun 30]. Available from: <https://www.ontariohealth.ca/system/equity/framework>.
- (45) Anti-Black racism [Internet]. Toronto (ON): Black Health Alliance; 2018 [cited 2023 Jun 14]. Available from: <https://blackhealthalliance.ca/home/antiblack-racism/>.
- (46) City of Toronto. The Toronto action plan to confront anti-Black racism [Internet]. Toronto (ON): The City; 2017 [cited 2023 Jun 14]. Available from: <https://www.toronto.ca/legdocs/mmis/2017/ex/bgrd/backgroundfile-109126.pdf>.
- (47) World Health Organization. Framework for action on interprofessional education and collaborative practice [Internet]. Geneva: World Health Organization Press; 2010 [cited 2023 May]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/framework-for-action-on-interprofessional-education-collaborative-practice>
- (48) Alani Z. Exploring intersectionality: an international yet individual issue. *Orphanet J Rare Dis*. 2022;17(1):71.
- (49) Crenshaw K. Demarginalizing the intersection of race and sex: a Black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics. *Univ Chicago Legal Forum*. 1989;1989(8).
- (50) Knowledge Translation Program. Enhancing KT projects with an intersectional lens [Internet]. Toronto (ON): Li Ka Shing Knowledge Institute, St. Michael's Hospital; 2019 [cited 2024 Feb 26]. Available from: <https://knowledgetranslation.net/portfolios/intersectionality-and-kt/>
- (51) Chen EY-J, Tung EY-L. Similarities and differences in the longitudinal trajectories of depressive symptoms from mid-adolescence to young adulthood: the intersectionality of gender,

race/ethnicity, and levels of depressive symptoms. *J Racial Ethn Health Disparities*. 2023. Epub 2023 May 10.

- (52) Mental Health Commission of Canada, editor. *Changing directions, changing lives: the mental health strategy for Canada*. Calgary (AB): The Commission; 2012.
- (53) Mental Health Commission of Canada. *Recovery* [Internet]. Ottawa (ON): The Commission; 2023 [cited 2023 Sep 22]. Available from: <https://mentalhealthcommission.ca/recovery>
- (54) Health Canada. *First Nations mental wellness continuum framework: summary report* [Internet]. Ottawa (ON): Her Majesty the Queen in Right of Canada, as represented by the Minister of Health; 2015 [cited 2023 Sep 22]. Available from: https://thunderbirdpf.org/wp-content/uploads/2015/01/24-14-1273-FN-Mental-Wellness-Summary-EN03_low.pdf
- (55) National Institute for Health and Care Excellence. *Transition from children's to adults' services for young people using health or social care services* [Internet]. London: The Institute; 2016 [cited 2023 Jun 14]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng43>
- (56) Social Care Institute for Excellence. *Strengths-based approaches: Care Act guidance on strengths-based approaches* [Internet]. Egham (UK): The Institute; 2015 [cited 2023 Aug]. Available from: <https://www.scie.org.uk/strengths-based-approaches/guidance>
- (57) Kuehn BM. Trauma-informed care may ease patient fear, clinician burnout. *JAMA*. 2020;323(7):595-7.
- (58) Ravi A, Little V. Providing trauma-informed care. *Am Fam Physician*. 2017;95(10):655-7.
- (59) Dowdell EB, Speck PM. Trauma-informed care in nursing practice. *Am J Nurs*. 2022;122(4):30-8.
- (60) Fleishman J, Kamsky H, Sundborg S. Trauma-informed nursing practice. *Online J Issues Nurs*. 2019;24(2).

À propos de nous

Nous sommes un organisme créé par le gouvernement de l'Ontario dans le but d'interconnecter, de coordonner et de moderniser le système de soins de santé de la province. Avec des partenaires, des fournisseurs et des patients, nous œuvrons à rendre le système de santé plus efficace afin que tous les Ontariens aient la possibilité d'améliorer leur santé et leur bien-être.

Centre d'excellence pour la santé mentale et la lutte contre les dépendances

Le [Centre d'excellence pour la santé mentale et la lutte contre les dépendances](#) a été établi au sein de Santé Ontario et est le fondement sur lequel une stratégie de santé mentale et de lutte contre les dépendances est élaborée et maintenue. Cette stratégie reconnaît que les soins de santé mentale et de lutte contre les dépendances sont une composante essentielle d'un système de soins de santé intégré. Le rôle du centre consiste à s'assurer que les soins de santé mentale et de lutte contre les dépendances sont :

- Offerts de façon uniforme dans toute la province
- Intégrés au système de santé élargi
- Plus facilement accessibles
- Réponds aux besoins divers des personnes vivant en Ontario et de leurs familles

Le centre aidera également à mettre en œuvre la Feuille de route pour le mieux-être, le plan de la province visant à bâtir un système complet et interrelié de santé mentale et de lutte contre les dépendances.

Équité, inclusion, diversité et antiracisme

Santé Ontario s'engage à promouvoir l'équité, l'inclusion et la diversité et à lutter contre le racisme au sein du système de santé. Pour ce faire, Santé Ontario a élaboré un [Cadre d'équité, d'inclusion, de diversité et d'antiracisme](#) lequel s'appuie sur les engagements et les relations déjà prévus par la loi et reconnaît la nécessité d'une approche intersectionnelle.

Le cadre de Santé Ontario définit l'équité comme suit : « Contrairement à la notion d'égalité, l'équité n'est pas une question traitant la similitude de traitement. En fait, elle porte plutôt sur l'équité et la justice dans le processus et dans les résultats. Des résultats équitables exigent souvent un traitement différencié et une redistribution des ressources pour que tous les individus et toutes les collectivités soient sur un pied d'égalité. Il faut, pour ce faire, reconnaître et éliminer les obstacles à la prospérité de tous dans notre société. »

Pour plus d'informations sur Santé Ontario, visitez OntarioHealth.ca/fr.

Besoins de renseignements supplémentaires

Visiter hqontario.ca ou communiquer avec nous à l'adresse QualityStandards@OntarioHealth.ca pour toute question ou rétroaction sur cette norme de qualité.

Santé Ontario

500–525, avenue University
Toronto, Ontario
M5G 2L3

Tél. sans frais : 1-877-280-8538

Télétype : 1-800-855-0511

Courriel : QualityStandards@OntarioHealth.ca

Site web : hqontario.ca

Vous voulez obtenir cette information dans un format accessible?
1-877-280-8538, ATS 1-800-855-0511, info@OntarioHealth.ca

ISBN 978-1-4868-9227-3 (PDF)

© Imprimeur du Roi pour l'Ontario, 2025