



L'approche ADAPTE pour soutenir le développement du protocole clinique : *Faire face à la dépression au Québec*

Pasquale Roberge, Ph. D.
Louise Fournier, Ph. D.
Hélène Brouillet, M. Ps.

3^e rencontre annuelle des services sociaux - INESSS
Les guides de pratique : Explorons des savoir-faire
12 avril 2012

DÉCLARATION DE CONFLIT D'INTÉRÊT



+ Prends
soin de
toi +

La réalisation de ce protocole de soins a été financée grâce à une subvention octroyée sans restriction par Astra Zeneca à Louise Fournier et Pasquale Roberge, dans le cadre du programme *Prends soin de toi*.

DESCRIPTION DES TRAVAUX



Ce projet vise la réalisation de travaux d'expertise dans le domaine des soins et services de première ligne en santé mentale, et **plus particulièrement pour la clientèle atteinte de troubles anxieux ou dépressifs.**

Les travaux portent sur les trois thèmes suivants :

- 1) troubles dépressifs
- 2) troubles anxieux
- 3) collaboration médecins de famille et équipes de première ligne en santé mentale



POURQUOI UN PROTOCOLE SUR LA DÉPRESSION ADAPTÉE AU QUÉBEC



POURQUOI S'INTÉRESSER AUX TROUBLES MENTAUX COURANTS ?



- Les troubles anxieux et dépressifs sont les troubles mentaux **les plus fréquents** dans la population générale et sont de plus en plus reconnus comme une priorité de santé publique.
- Ils présentent un risque élevé de **concomitance** avec d'autres troubles mentaux, de **rechutes**, et évoluent fréquemment vers la **chronicité**.
- À un moment ou l'autre de sa vie, **une personne sur quatre** souffrira d'une dépression.
- Ces troubles mentaux constituent une source importante de **détresse**, ainsi que d'incapacités fonctionnelles et sociales.
- **Moins de la moitié** des personnes qui consultent un professionnel de la santé obtiennent un traitement minimalement en adéquation avec les recommandations des guides de pratique clinique, tant au Canada que dans d'autres pays.

CONSTATS ISSUS DE PROJETS DE RECHERCHE



projet
dialogue



projet
cible qualité



projet
jalons

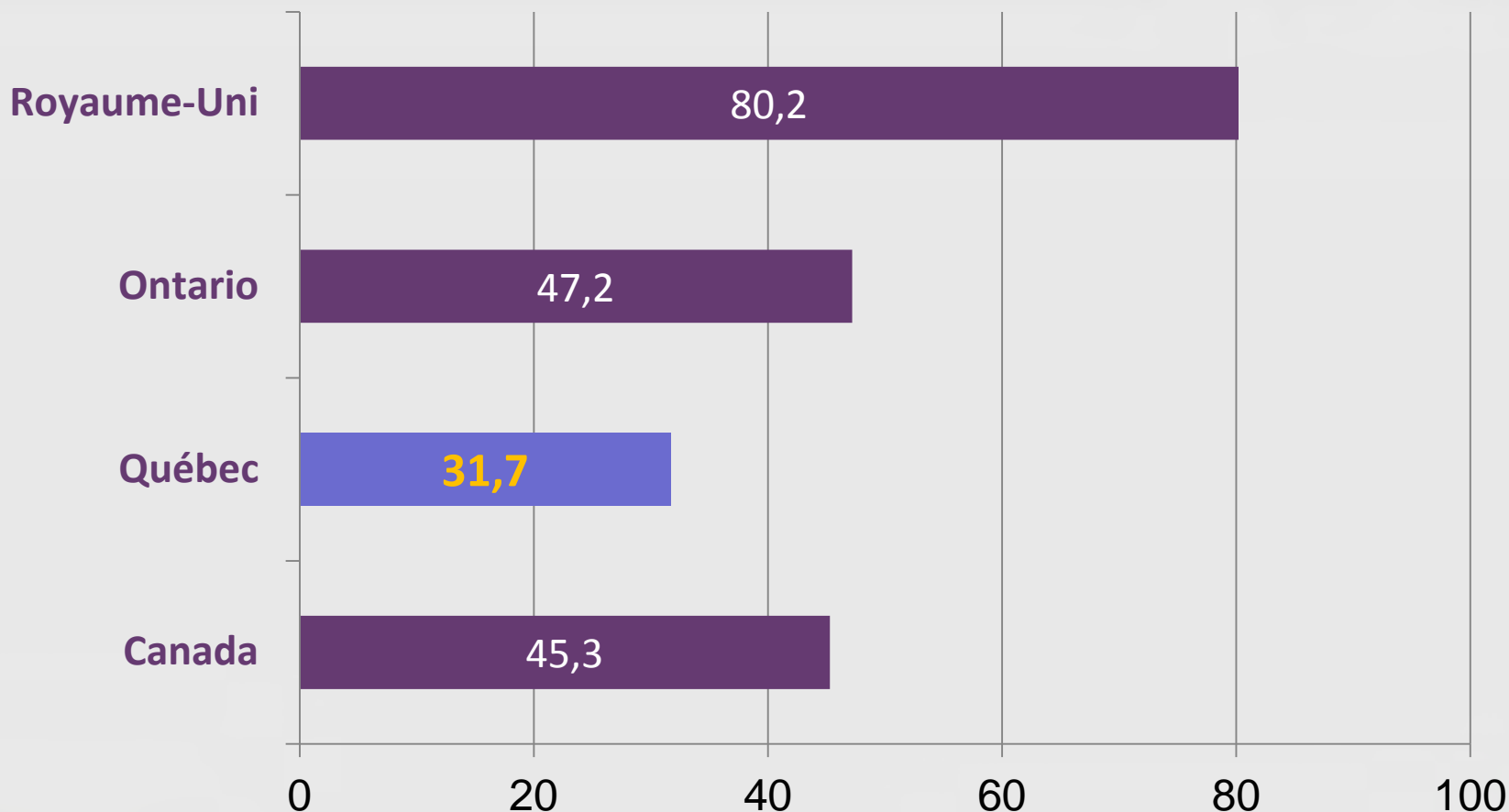


POURQUOI VISER LA 1^{re} LIGNE

- Plus de 80 % des personnes qui consultent pour des raisons de santé mentale s'adressent aux services de première ligne.
- Les omnipraticiens sont les professionnels de la santé les plus souvent consultés par les personnes atteintes de troubles mentaux courants.
- Au Québec, les services de première ligne constituent maintenant l'élément clé du dispositif de soins pour les personnes atteintes de troubles mentaux.
- Les équipes de santé mentale mises en place suite à la réforme (PSMA) doivent être soutenues dans l'organisation et la prestation des soins.

Le protocole développé s'inscrit dans une démarche beaucoup plus vaste qui vise à outiller la 1^{re} ligne en santé mentale dans l'amélioration de la qualité des soins.

UTILISATION DES GPC POUR LE TRAITEMENT DE LA DÉPRESSION PAR LES MÉDECINS DE 1^{re} LIGNE



Le Commissaire à la santé et au bien-être (2010). Perceptions et expériences des médecins de première ligne : le Québec comparé - Résultats de l'enquête internationale du Commonwealth Fund de 2009 auprès des médecins.

GUIDES ET PROTOCOLES



Guide de pratique

Comités d'experts

Données scientifiques



Protocoles de soins et services (local)

« Modèle de bonne pratique »
Adaptation - Contexte - Utilisateur

PHASE INITIALE

6 étapes:

1. Voir si l'adaptation est envisageable
2. Établir un comité organisateur
3. Choisir un sujet
4. Identifier les ressources et les compétences nécessaires
5. Enclencher les tâches relatives à la phase initiale
6. Faire un plan d'adaptation

PHASE INITIALE : PRÉPARATION DU PROCESSUS



Une équipe de recherche composée de :

- 2 chercheuses
- 1 agente de recherche
- 1 chef de projet

La création d'un comité d'experts :

- Identification des membres potentiels
- Prise de contact personnalisée



COMPOSITION DU COMITÉ



Composition du comité :

- Chercheurs
- Spécialistes des troubles concernés
- Gestionnaires d'équipes de première ligne
- Décideurs – niveaux régional et provincial
- Cliniciens : omnipraticien, psychologue, psychiatre, infirmière
- Consultation élargie

Les membres sont appelés à :

- Donner leur avis sur la littérature et les outils proposés
- Proposer des moyens d'adapter les documents au contexte québécois
- Aiguiller l'équipe vers des experts ayant développé des stratégies cliniques en lien avec les thèmes
- Faire découvrir à l'équipe des projets en cours, des expériences prometteuses
- Commenter les productions en cours
- Faire connaître les besoins des milieux

PHASE D'ADAPTATION (7 à 12)

12 étapes (7-12):

7. Déterminer les questions cliniques (PIPOH)
8. Rechercher les GP publiés et autres documents pertinents (sources d'information)
9. Prendre connaissance du contenu des GP identifiés
10. Réduire le nombre de GP identifiés (dimension « rigueur du processus d'élaboration du guide » de la grille AGREE)
11. Évaluer la qualité des GP retenus (grille AGREE)
12. Évaluer la «*currency*» des GP retenus

7. DÉLIMITER LE THÈME CLINIQUE



Population	Trouble dépressif majeur <i>Adultes, incluant des populations particulières</i> <i>Symptômes sous cliniques</i>
Interventions	Dépistage Évaluation Traitement Modalités organisationnelles
Professionnels	Omnipraticiens et autres professionnels de 1 ^{ère} ligne Professionnels de 2 ^{ème} et 3 ^{ème} ligne (concernés) Secteur communautaire
Objectifs (Outcomes)	Diminuer la prévalence de la dépression, améliorer le fonctionnement psychosocial, etc.
Horizon de soins (Healthcare setting)	Organisation des services au Québec (cliniques médicales, ESMA, pratique privée, organismes communautaires, etc.)



8. RECHERCHER DES GUIDES DES PRATIQUE CLINIQUE PUBLIÉS



GROUPES QUI PRODUISENT DES GUIDES	ADRESSE URL
Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI)	www.icsi.org/knowledge
National Institute for Clinical Evidence (NICE)	www.nice.org.uk
New Zealand Guidelines Group	www.nzgg.org.nz
Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)	www.sign.ac.uk

LIBRAIRIES	ADRESSE URL
Canadian Medical Association - INFOBASE	www.cma.ca
Guideline International Network (G-I-N)	www.g-i-n.net
National Electronic Library for Health	www.library.nhs.uk
National Guidelines Clearinghouse (NGC)	www.guideline.gov
National Health and Medical Research Council (NHMRC)	www.nhmrc.gov.au/guidelines
NHS Evidence in Health and Social Care	www.evidence.nhs.uk
TRIP Database	www.tripdatabase.com



9 et 10. PRENDRE CONNAISSANCE DU CONTENU ET RÉDUIRE LE NOMBRE DE GPC

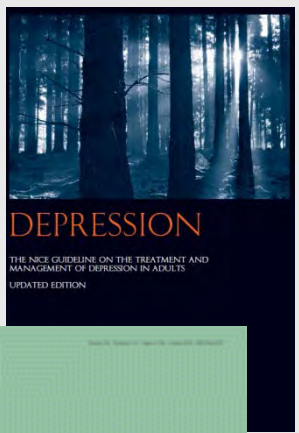


Groupe	Année	Titre	Lieu
Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT)	2009	Guidelines for the Management of Depressive Disorder in Adults	Canada
Clinical Practice Guidelines in the Spanish SHN, Ministry of Health and Consumer Affairs	2008	Clinical Practice Guideline on the Management of Major Depression in Adults	Espagne
Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI)	2009	Major Depression in Adults in Primary Care, 12ème édition	Maine, É-U
Kaiser Permanente Care Management Institute	2006	Depression Clinical Practice Guidelines- 2ème édition	Californie, É-U
The National Institute for Health and Clinical Excellence - NICE	2009	Depression in Adults (update)	Royaume-Uni
New Zealand Guidelines Group	2008	Identification of Common Mental Disorders and Management of Depression in Primary Care	Nouvelle-Zélande



11. ÉVALUER LE CONTENU CLINIQUE DES GUIDES DE PRATIQUE SÉLECTIONNÉS

Comparaison des questions cliniques incluses dans les guides aux questions cliniques d'intérêt retenues à la première étape (PIPOH)



Depression in Adults (update) / The National Institute for Health and Clinical Excellence – (NICE) - 2009

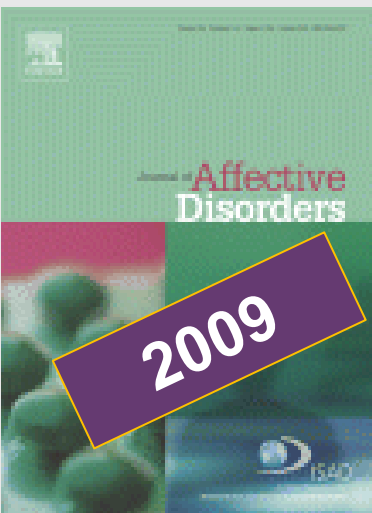


Guidelines for the Management of Depressive Disorder in Adults /Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) – 2009
Journal of Affective Disorder – volume 117, supplement 1

ICSI Health Care Guideline:
Major Depression in Adults in Primary Care
INSTITUTE FOR CLINICAL SYSTEMS IMPROVEMENT
Thirteenth Edition
May 2010

Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). 2009. Major Depression in Adults in Primary Care, 12ème édition, Maine.

11. ÉVALUATION DE LA QUALITÉ ET DE LA COHÉRENCE DES GUIDES



23 critères répartis dans 6 domaines :

1. Champs et objectifs du GPC
2. Participation des groupes concernés dans le développement du GPC
3. Rigueur d'élaboration du GPC
4. Clarté et présentation des niveaux de preuves et des recommandations
5. Applicabilité
6. Indépendance éditoriale

12. ÉVALUER LA “currency” des GPC retenus

PHASE D'ADAPTATION (13 à 18)

12 étapes (13-18):

13. Évaluer le contenu des GP retenus
14. Évaluer la cohérence des GP retenus
15. Évaluer l'acceptabilité et l'applicabilité des recommandations contenues dans les GP retenus
16. Revoir et intégrer les résultats des évaluations
17. Sélectionner de façon définitive les GP (et/ou les recommandations) qui serviront à créer le GP adapté
18. Préparer une version préliminaire du GP adapté

13 et 14. ÉVALUER LE CONTENU ET LA COHÉRENCE DES GP RETENUS



- Construction d'un tableau comparant les recommandations en fonction des trois guides sélectionnés

- Les sous-comités :
 - Évaluation
 - Traitements psychologiques
 - Traitements pharmacologiques
 - Modalités organisationnelles

- Un consensus quant aux recommandations à inclure dans le protocole clinique

EXTRAIT D'UN TABLEAU D'ANALYSE

Psychothérapie



CANMAT	NICE
<p>Cognitive-Behavioural Therapy [Level 1]</p> <ul style="list-style-type: none">• There is Level 1 evidence for CBT in acute MDD, and it is a first-line treatment.• There is Level 1 evidence, and CBT is recommended as a first-line treatment for the maintenance phase of MDD.	<p>For people with persistent subthreshold depressive symptoms or mild to moderate depression who have not benefited from a low-intensity psychosocial intervention, discuss the relative merits of different interventions with the person and provide:</p> <p>a high-intensity psychological intervention, normally one of the following options:</p> <ul style="list-style-type: none">• CBT• interpersonal therapy (IPT)• behavioural activation (but note that the evidence is less robust than for CBT or IPT)• behavioural couples therapy for (...)
<p>Interpersonal Therapy [Level 1 and 2]</p> <ul style="list-style-type: none">• There is Level 1 evidence for IPT as a first-line treatment recommendation for acute MDD.• Level 2 evidence for IPT as a second-line treatment recommendation for the maintenance phase of MDD.	

PHASE D'ADAPTATION – Étapes 15 à 17



ÉTAPES	PAR
14. Évaluer la cohérence des GP retenus	Sous -comité
15. Évaluer l'acceptabilité et l'applicabilité des recommandations contenues dans les GP retenus	Sous-comité Grand comité
16. Revoir et intégrer les résultats des évaluations	Équipe de recherche Sous-comité
17. Sélectionner de façon définitive les GP (et/ou les recommandations) qui serviront à créer le GP adapté	Sous-comité





15. ÉVALUER L'ACCEPTABILITÉ & L'APPLICABILITÉ

Points de discussion quant à la pratique clinique ciblée par le protocole :

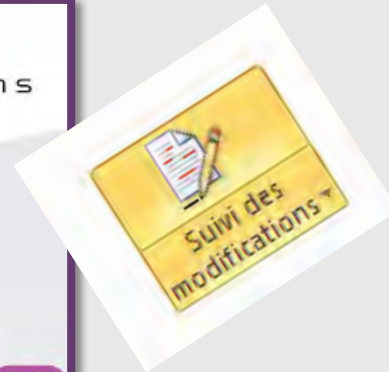
- Concordance avec la population visée;
- Compatibilité avec la vision et les préférences des patients;
- Disponibilité des interventions;
- Disponibilité de l'expertise (connaissances et compétences);
- Présence de contraintes, barrières organisationnelles, règlements, politiques, ressources, etc.;
- Compatibilité avec les valeurs et la culture du milieu.



18. PRÉPARER UNE VERSION PRÉLIMINAIRE DU GP ADAPTÉ



- Rédaction d'une ébauche par l'équipe de recherche



QUELQUES MOTS SUR LE PROCESSUS DE RÉDACTION



- Avoir un cahier méthodologique et en assurer la mise à jour
- Faire preuve de rigueur dans le suivi des différentes versions
- Déterminer comment structurer le protocole (soins par étapes)
- Obtenir les droits auprès de organisations qui ont produits les GP retenus (Nice – CANMAT)
- Indiquer la source des recommandations reprises dans le protocole (utilisation d'un sigle placé en exposant ^{CANMAT / NICE})
- Rédaction par l'équipe de recherche
- Obtenir le soutien de service de traduction et de révision linguistique

PLUSIEURS VERSIONS...



« Rédaction du protocole de soins > anciennes versions du protocole

Ouvrir Imprimer Graver Nouveau dossier

Faire face à la dépression au Québec...	Faire face à la dépression au Québec...	Faire face à la dépression au Québec...
Faire face à la dépression au Québec...	Faire face à la dépression au Québec...	Faire face à la dépression au Québec...
Faire face à la dépression au Québec...	Faire face à la dépression au Québec...	Faire face à la dépression au Québec...
Faire face à la dépression au Québec...	Faire face à la dépression au Québec...	Faire face à la dépression au Québec...
Soigner_la_Depression_1sept_HB	Soigner_la_Depression_26 août_HB	Soigner_la_Depression_25 août_HB
Soigner_la_Depression_23 août_HB...	Soigner_la_Depression_23 août_HB	Soigner_la_Depression_22 août_HB
Soigner_la_Depression_19 août_HB	Soigner_la_Depression_17 août_LF	Soigner_la_Depression_17 août
Soigner_la_Depression_28 juillet_LF	Soigner_la_Depression_28 juillet	Soigner_la_Depression_11 juillet
Soigner_la_Depression_13 juin	Introductio et métho 15-6-11	Soigner_la_Depression_8 juin
Soigner_la_Depression_20 mai	Soigner_la_Depression_03 juin	Soigner_la_Depression_13 mai_DOC
Soigner_la_Depression_13 mai	Soigner_la_Depression_04 mai	8. Psychothérapies et autres traiteme...
1. Page titre	2. AUTEURS ET COLLABORATEURS...	Restructuration Protocole dépressio...
Restructuration Protocole dépressio...	Restructuration Protocole dépressio...	Protocole d
Protocole de soins pour la dépressio...	Protocole de soins pour la dépressio...	Protocole d
Protocole de soins pour la dépressio...	Protocole de soins pour la dépressio...	Protocole d
Protocole de soins GC 20100908	Protocole de soins pour la dépressio...	

Restructuration Protocole dépressio...
Type : Adobe Acrobat Docum
Taille : 562 Ko
Modifié le : 2011-03-23 10:20

PHASE DE FINALISATION (19 à 24)

6 étapes:

19. Planifier une relecture externe du GP adapté
(par les publics-cible de celui-ci)

20. Obtenir l'appui des organisations professionnelles
pertinentes
(approbation et endossement du GP adapté)

21. Consulter les auteurs du (des) GP source utilisé(s)

22. Faire la reconnaissance des documents source

23. Planifier le suivi du GP adapté (révisions et mises à jour)

24. Produire le GP adapté final



RÉVISION EXTERNE ET ADOPTION (ACKNOWLEDGEMENT)



- Identifier et solliciter les participants à la consultation
- Développer un questionnaire
- Assurer un suivi des réponses
- Faire une synthèse des commentaires et les consigner dans le cahier méthodologique
- Planifier des rencontres avec l'équipe de recherche pour discuter des réponses et commentaires
- Déterminer si des modifications doivent être faites
- Rédiger une version finale

CONSULTATION ÉLARGIE



Objectifs :

1. le protocole est simple d'utilisation;
2. les recommandations sont claires, crédibles et faciles à appliquer;
3. on peut s'attendre à des retombées importantes pour les utilisateurs et pour leur clientèle souffrant d'une dépression au Québec.

Qui :

- groupe restreint de cliniciens (omnipraticiens, psychologues, psychiatres, infirmières, travailleurs sociaux, pharmaciens);
- représentants de diverses associations et ordres professionnels
- décideurs œuvrant dans le domaine de la santé mentale;
- 54 personnes ont accepté de participer;
- 30 (plus de 55,6 %) ont participé à la consultation.

THÈMES DE LA CONSULTATION (1/2)



Les résultats combinent les réponses : « Tout à fait en accord » et « en accord »

Facilité d'utilisation et clarté du contenu

- Les objectifs sont clairs (92,3 %)
- Format facile à utiliser (88,5 %)
- Recommandations formulées clairement et sans ambiguïté (92,3 %)

Validité et crédibilité du contenu

- Méthodologie pertinente et crédible (96,1 %)
- Les GPC utilisés sont fiables (92,3 %)
- Crédibilité et expertise de l'équipe de recherche et du comité (92,3 %)

THÈMES DE LA CONSULTATION (2/2)



Applicabilité du protocole

- Adapté à la pratique de 1^{re} ligne (89,1 %)
- Les recommandations seront utiles (100 %)
- Les recommandations permettront une prise en charge adaptée au profil de chaque personne (84 %)
- Des formations ou des outils complémentaires seront nécessaires pour favoriser l'application des recommandations (92,3 %)

Retombées attendues

- Un suivi des recommandations du protocole contribuera à des changements de pratique positifs (92,3 %)
- Un suivi des recommandations du protocole contribuera à améliorer l'état de santé des personnes dépressives (100 %)

LES PRINCIPALES FORCES IDENTIFIÉES



- La clarté de la présentation et de la structure du protocole;
- La construction du protocole s'appuyant sur des données probantes;
- L'intégration du modèle de soins par étapes;
- Les nombreux outils et la liste des références et des ressources;
- Le rappel de l'importance du travail en collaboration.

LES LIMITES

- La longueur
- L'écart entre les recommandations et l'applicabilité réelle du protocole
- La difficulté d'adapter pour chaque patient le traitement pharmacologique, à partir de lignes directrices

Des limites relatives à la diffusion et implantation du protocole:

- Difficulté organisationnelle (pénurie de personnel et lourdeur de la clientèle)
- Difficulté de la mise en place des soins en collaboration
- Difficulté relative au changement de pratique (les cliniciens pouvant être réfractaire au changement)
- Nécessité d'offrir de la formation

LES LEÇONS TIRÉES DE LA DÉMARCHE



LES LEÇONS



Le Comité

- Richesse des membres de par leur expertise et de leur engagement dans la démarche.
- Structurer différemment la composition des sous-comités : experts de contenus vs experts cliniciens.
- Impliquer rapidement les parties prenantes.

Financement

- Le projet n'aurait pas été possible sans le soutien financier de la pharmaceutique.
- Par contre, cela a eu un impact sur la réceptivité du protocole.
- Dans le futur, se tourner vers d'autres sources de financement.

Implantation

- Travailler en parallèle et rapidement les stratégies d'implantation.

Acceptabilité/Applicabilité

- Enjeux importants quant aux psychothérapies recommandées.
- Comment s'assurer d'inclure **l'ensemble des acteurs** qui jouent un rôle important dans la prestation des soins et des services?

MERCI AUX MEMBRES DE NOTRE COMITÉ



Clément Beaucage, M.D., FRCPC

ASSS de la Capitale-Nationale

Madeleine Breton, M. Sc.

CSSS Verdun-Côte-St-Paul

Rodrigue Côté, BAA, B. Sc.

CSSS Vielle Capitale

André Delorme

Direction de la santé mentale, MSSS

Pierre Demers, T.S.

CSSS Verdun-Côte-St-Paul

Michel Gervais, M.D., FRCPC, MBA

Direction de la santé mentale, MSSS

France Laflamme, M. Sc.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

Louise Latulippe

Direction de la santé mentale, MSSS

André Marchand, Ph. D.

Université du Québec à Montréal

Francine P. Morin, M.D., FRCPC

CHUM - Hôpital Notre Dame

Simon Patry, M.D., FRCPC

Institut Universitaire en santé mentale de Québec

Suzanne Pelchat, M.D.

CSSS Québec Nord

Martin D. Provencher, Ph. D.

Université Laval

Jean-Rémy Provost

Revivre

David Robitaille, M.D., FRCPC

CSSS du Suroît

MERCI PARTICULIER AUX AGENTES DE RECHERCHE

Geneviève Cloutier, Ph. D.

Anne-Marie Cloutier, M. Sc.



Hélène Brouillet, M. Ps.

Courtière de connaissances
helene.brouillet@inspq.qc.ca
514.864.1600 poste 3618

Pasquale Roberge, Ph. D.

Chercheure
pasquale.roberge@Usherbrooke.ca

Louise Fournier, Ph. D.

Chercheure
louise.fournier@umontreal.ca

Faire face à la DÉPRESSION au Québec

Protocole de soins à l'intention des intervenants de première ligne

Mars 2012

QUELQUES EXEMPLES.....



AVANT DE PASSER AUX RECOMMANDATIONS



Ce protocole présente des recommandations cliniques spécifiques pour le traitement de la dépression majeure qui ne doivent pas être considérées de manière isolée. Dans une approche intégrée de la santé mentale en première ligne, nous devons aussi tenir compte notamment des contextes et conditions de vie des personnes, des enjeux sociaux, interpersonnels et culturels, et de la cooccurrence entre les problèmes de santé mentale et physique. Pour répondre aux besoins particuliers de chaque personne, la collaboration est de mise.



MODALITÉS ORGANISATIONNELLES



- Les soins en collaboration
- L'éducation du patient et le soutien à l'autogestion des soins
- Des soins en étapes
- Le suivi systématique
- Des mesures standardisées de l'évolution clinique – PHQ 9



AVANT TOUT... LE JUGEMENT CLINIQUE

Ce protocole ne vise pas à supplanter les connaissances professionnelles ni le jugement clinique, mais plutôt à offrir des recommandations éprouvées qui, jumelées à l'expertise clinique, permettront une décision éclairée tant de la part des cliniciens que des personnes atteintes de dépression. Ces recommandations ne l'emportent pas sur la responsabilité individuelle des professionnels de prendre les décisions appropriées en fonction des caractéristiques, des préférences et des conditions particulières de chaque personne atteinte. Les coûts et la disponibilité des ressources doivent également être pris en considération.





POINTS DE BONNES PRATIQUES CLINIQUES

SOINS CENTRÉS SUR LA PERSONNE

Il importe de tenir compte des besoins et des préférences de la personne. Une bonne communication, étayée par de l'information issue de données probantes, est essentielle pour que la personne prenne des décisions éclairées concernant son traitement.

PRINCIPES DE SOINS^{NICE}

— Avec la personne qui souffre de dépression

- › Établir une relation de confiance et explorer les options de traitement avec espoir et optimisme; expliquer comment la maladie peut évoluer et faire savoir qu'un rétablissement est possible.
- › Aborder le sujet de la stigmatisation et de la discrimination parfois associées à la dépression.
- › S'assurer que la confidentialité, la vie privée et la dignité sont respectées.
- › Fournir des renseignements sur la dépression et ses traitements, sur les groupes d'entraide ou de soutien, et sur les autres ressources offertes.



ÉTAPE 4 :

Dépression sévère et complexe²; risque pour la vie; autonégligence grave.

> [page 53](#)

Traitements pharmacologiques, interventions psychologiques de haute intensité, électrochocs, services de gestion de crise, traitements combinés, soins multidisciplinaires, et hospitalisation.

ÉTAPE 3 :

Persistance de symptômes dépressifs sous le seuil diagnostique, ou dépression légère ou modérée avec une réponse inadéquate aux interventions initiales. Dépression modérée à sévère.

> [page 35](#)

Traitements pharmacologiques, interventions psychologiques de haute intensité, traitements combinés, soins en collaboration, et aiguillage vers des évaluations et interventions plus poussées.

ÉTAPE 2 :

Persistance de symptômes dépressifs sous le seuil diagnostique ou dépression légère à modérée.

> [page 32](#)

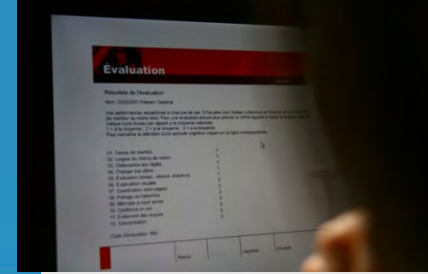
Interventions psychologiques et psychosociales de faible intensité, traitements pharmacologiques et aiguillage vers des évaluations et interventions plus poussées.

ÉTAPE 1 :

Toutes les présentations connues et soupçonnées de la dépression.

> [page 22](#)

Évaluation, soutien, psychoéducation, surveillance active et aiguillage vers des évaluations et interventions plus poussées.



— Dépistage chez les personnes à risque^{NICE/CANMAT}

Pour les personnes à risque, poser deux questions rapides (QSP-2)³:

AU COURS DU DERNIER MOIS :

- Avez-vous éprouvé peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses?
- Vous êtes-vous senti triste, déprimé(e) ou désespéré(e)?

Si la personne répond « oui » à l'une ou l'autre des questions de dépistage de la dépression, un clinicien habilité à faire une évaluation devrait examiner l'état mental de la personne, ainsi que ses difficultés fonctionnelles, interpersonnelles et sociales.



OUTILS D'INFORMATION ET D'ÉDUCATION

Il existe au Québec différents outils d'information et d'éducation destinés aux personnes souffrant de dépression, dont plusieurs sont disponibles gratuitement sur le Web. Ce type de brochure informe les patients atteints de dépression et leurs proches et leur explique les signes et symptômes de la maladie, ses conséquences, ainsi que les traitements à privilégier. À titre d'exemple, deux feuillets d'information sont présentés ici en référence, avec les coordonnées pour se les procurer gratuitement.



Brochure produite par ACTI-MENU :

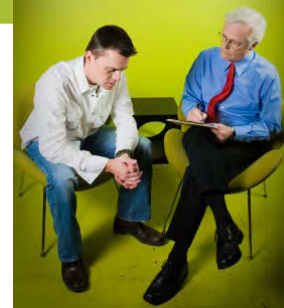
> www.actimenu.ca/publications.php



Fiche d'information produite par l'organisme REVIVRE :

> www.revivre.org/temp.php?data=16

ÉTAPE 2 – Interventions psychosociales et psychologiques de faible intensité



TYPE D'INTERVENTION	L'INTERVENTION DEVRAIT
Bibliothérapie (moins efficace si non soutenue par un clinicien)	<ul style="list-style-type: none"> • être basée sur les principes de la thérapie cognitivo-comportementale (TCC); • être accessible par différents médias (p. ex. livres, sites WEB, DVD).
Soutien individuel à l'autogestion des soins	<ul style="list-style-type: none"> • être basée sur les principes de la TCC (incluant l'activation comportementale et les techniques de résolution de problèmes); • comporter de la documentation adaptée au degré de compréhension de la personne; • être soutenue par un professionnel formé qui facilite l'application du programme d'autogestion des soins et qui en évalue les progrès et les résultats; • comprendre jusqu'à six à huit séances (en personne ou par téléphone), réparties sur neuf à douze semaines, incluant le suivi.
Thérapie cognitivo-comportementale assistée par ordinateur (modalité d'intervention actuellement peu accessible au Québec)	<ul style="list-style-type: none"> • être fournie au moyen d'un programme informatique disponible par logiciel ou sur le Web; • inclure une explication du modèle de la TCC, favoriser l'accomplissement d'exercices entre les séances, recourir à la remise en question des pensées, et comporter une surveillance active du comportement, des schèmes de pensée et des résultats; • être soutenue par un professionnel formé qui assure la facilitation du programme et évalue les progrès et les résultats; • durer habituellement de neuf à douze semaines, incluant le suivi.





— Prise en charge de la réponse partielle ou de l'absence de réponse^{CANMAT}

- L'apparition des effets thérapeutiques peut prendre de deux à quatre semaines et parfois plus.
- Le suivi de la réponse au traitement devrait inclure l'utilisation d'une mesure validée, telle que le QSP-9 ([voir annexe B](#)).

Tableau 10 : Action proposée selon le degré d'amélioration

DEGRÉ D'AMÉLIORATION	PÉRIODE	ACTION
Faible amélioration < 20 % d'amélioration	après deux semaines	Modifier le traitement, par une augmentation de dose, par exemple
Amélioration supérieure à l'amélioration minimale ≥ 20 % d'amélioration	après quatre à six semaines	Poursuivre le traitement pendant encore deux à quatre semaines avant d'envisager d'autres stratégies
Aucune amélioration	après une dose optimisée d'antidépresseur	Réévaluer les questions relatives au diagnostic et au traitement

qualaxia.org



projet
jalons

Pour outiller et soutenir la première ligne en santé mentale

RÉFÉRENCES



- Association des psychiatres du Canada (2006). Guide de pratique clinique. Traitement des troubles anxieux, *Revue canadienne de psychiatrie*, 51, suppl.2.
- Asarnow, J.R., Jaycox, L.H., Duan, N., LaBorde, A.P., Rea, M.M., Murray, P., & al. (2005). Effectiveness of a quality improvement intervention for adolescent depression in primary care clinics: a randomized controlled trial. *JAMA.*, 293(3), 311-9.
- Brouwers, M., Stacey, D., & O'Conner, A. (2009). Knowledge creation : synthesis, tools and products. *Canadian medical association journal*, doi:10.1503/cmaj.081230.
- Burgers, J., Grol, R., & Eccles, M. (2005). Clinical guidelines as a tool for implementing change in patient care. Dans Grol, R, Wensing, M., & Eccles, M., *Improving Patient Care. The implementation of change in clinical practice* (71-92). Oxford: Elsevier.
- Craven, A.C. & Bland, R. (2006). Better Practices in Collaborative Mental Health Care: An Analysis of the Evidence Base. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51(Supp.1).
- Fervers, B., Burgers, J., Haugh, M.C., Latreille, J., Mlika-Cabanne, N., Paquet, L., & al. (2006). Adaptation of clinical guidelines: literature review and proposition for a framework and procedure. *International journal for quality in health care*, 18, 3, 167-176.
- Field, M.J. & Lohr, K.N. (1992). *Institute of Medicine. Guidelines for clinical practice. From development to use*. Institute of Medicine, Washington, DC: National Academy Press.
- Fournier, L., Aubé, D., Roberge, P., Lessard, L., Duhoux, A., Caulet, M. & Poirier, L.-R. (2007). *Vers une première ligne forte en santé mentale: Messages clés de la littérature scientifique*. Rapport de recherche. Montréal, Québec : Institut national de santé publique du Québec.
- Gellatly, J. & al. (2007). What makes self-help interventions effective in the management of depressive symptoms? Meta-analysis and meta-regression. *Psychological Medicine*, 37, 1217-28.



RÉFÉRENCES



- Gensichen, J., Beyer, M., Gerlach, F.M., Von Korff, M. & Ormel, J. (2005). Case management to improve major depression in primary health care: a systematic review. *Psychological Medicine*, 35, 1-8.
- Gilbody, S., Whitty, P., Grimshaw, J. & Thomas, R. (2003). Educational and organizational interventions to improve the management of depression in primary care: a systematic review. *JAMA*, 289, 3145-51.
- Haute autorité de santé (2007). *Méthode et processus d'adaptation des recommandations pour la pratique clinique existantes. Guide méthodologique*. La Plaine: Collège de la Haute Autorité de santé. www.has-sante.fr
- Hepner, K.A., Rowe, M., Rost, K., Hickey, S.C., Sherbourne, C.D., Ford, D.E., Meredith, L.S., & Rubenstein, L.V. (2007). The effect of adherence to practice guidelines on depression outcomes. *Ann Intern Med*, 147(5), 320-9.
- Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). 2009. Major Depression in Adults in Primary Care, 12ème édition, Maine.
- Jacob, R. (2008). *Élaboration des rapports sur les politiques publiques et la santé. Guide méthodologique*. Montréal: Institut national de santé publique du Québec.
- Keller, MB. (2006). Long-term treatment of patients with recurrent unipolar major depression: evidence to clinical practice. *CNS Spectr.*11(12 Suppl 15), 4-5.
- Kitson, A., Harvey, G., Mc Cormack, B. et al (1998). Enabling the implementation of evidence based practice: a conceptual framework. *Qual Health Care*, 7, 149-58.

RÉFÉRENCES

- Melfi, C.A., Chawla, A.J., Croghan, T.W., Hanna, M.P., Kennedy, S., & Sredl, K. (1998). The effects of adherence to antidepressant treatment guidelines on relapse and recurrence of depression. *Arch Gen Psychiatry*, 55(12), 1128-32.
- Pyne, J.M., Rost, K.M., Zhang, M., Williams, D.K., Smith, J., & Fortney, J. (2003). Cost-effectiveness of a primary care depression intervention. *J Gen Intern Med*, 18(6), 432-41.
- Rost, K., Williams, C., Wherry, J., & Smith, G.R. Jr. (1995). The process and outcomes of care for major depression in rural family practice settings. *J Rural Health*, 11(2), 114-21.
- Wagner, E.H. (1998). Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness? *Eff Clin Pract*, 1, 2-4.
- Wagner, E.H., & al. (2001). Improving chronic illness care: translating evidence into action. *Health Aff (Millwood)*, 20, 64-78.
- Wells, K.B., Sherbourne, C., Schoenbaum, M., Duan, N., Meredith, L., Unützer, J., & al. (2000). Impact of disseminating quality improvement programs for depression in managed primary care: a randomized controlled trial. *JAMA*, 283(2), 212-20.
- Williams, J.W., & al. (2007). Systematic review of multifaceted interventions to improve depression care. *General Hospital Psychiatry*, 29, 91-116.