

Faire face à la DÉPRESSION au Québec

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

Avril 2012





Ce protocole de soins est une production du **projet Jalons**, dont l'objectif est de soutenir les décideurs, les gestionnaires et les cliniciens qui souhaitent mettre en œuvre des stratégies d'amélioration de la qualité des soins de première ligne, appuyées sur des données probantes.

Citation du document :

Fournier, L., Roberge, P., Brouillet, H. (2012) – *Faire face à la dépression au Québec. Protocole de soins à l'intention des intervenants de première ligne*. Montréal : Centre de recherche du CHUM.

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web du réseau Qualaxia au www.qualaxia.org/ms/jalons

ISBN : 978-2-9813070-0-2 (version imprimée)

ISBN : 978-2-9813070-1-9 (PDF)

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2012

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives Canada, 2012

© CRCHUM, © Université Sherbrooke, © INSPQ, 2012.

Reproduction autorisée à des fins non commerciales avec mention de la source.

Toute reproduction partielle doit être fidèle au texte utilisé.



ÉQUIPE DU PROJET

Chercheuses principales

Louise Fournier, Ph. D. Professeure agrégée, Université de Montréal. Chercheuse, Centre de recherche du Centre hospitalier universitaire de Montréal (CRCHUM) et Institut national de santé publique du Québec (INSPQ).

Pasquale Roberge, Ph. D. Professeure adjointe, Département de médecine de famille, Université de Sherbrooke. Chercheuse, Centre de recherche clinique Étienne-Le Bel du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke et INSPQ.

Personnel

Hélène Brouillet, M.Ps. Courtière de connaissances, INSPQ

Geneviève Cloutier, Ph.D. Agente de recherche, INSPQ

Anne-Marie Cloutier, M.Sc. Agente de recherche, CRCHUM

Membres du comité d'experts

Clément Beaucage, M.D., (FRCP). Médecin spécialiste en santé communautaire, Équipe Organisation des services et évaluation, Direction régionale de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux (ASSS) de la Capitale-Nationale

Madeleine Breton, M.Sc. Directrice de la Planification, de la santé publique et des partenariats, Centre de santé et de services sociaux (CSSS) Sud-Ouest-Verdun

Rodrigue Côté, BAA, B.Sc. Directeur adjoint de la santé mentale de l'enfance et de la jeunesse, CSSS de la Vieille-Capitale

André Delorme, M.D., FRCP. Directeur de la Direction de la santé mentale, Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)

Pierre Demers, Chef d'administration du programme santé mentale adulte, CSSS Sud-Ouest – Verdun

Michel Gervais, M.D., FRCPC, MBA. Psychiatre, Direction générale des services de santé et de médecine universitaire, Direction de la santé mentale, MSSS

France Laflamme, M.Sc. Infirmière-conseil, Direction Développement et soutien professionnel, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

Louise Latulippe, Agente de recherche et de planification socioéconomique, Direction de la santé mentale, MSSS

André Marchand, Ph.D. Professeur titulaire, Département de psychologie, Université du Québec à Montréal

Francine P. Morin, M.D., FRCP. Psychiatre, Centre hospitalier universitaire de Montréal - Hôpital Notre Dame

Suzanne Pelchat, M.D. Omnipraticienne, CSSS Québec Nord et Centre local de services communautaires (CLSC) de la Jacques-Cartier

Martin D. Provencher, Ph. D. Professeur adjoint, École de psychologie, Université Laval

Jean-Rémy Provost, Directeur général, Revivre - Association québécoise de soutien aux personnes souffrant de troubles anxieux, dépressifs ou bipolaires

David Robitaille, M.D., FRCP. Psychiatre, CSSS Pierre-Boucher et CSSS du Suroît

Simon Patry, M.D., FRCP. Psychiatre, Institut Universitaire en santé mentale de Québec

Les experts ont tous signé une déclaration de conflit d'intérêt lors de l'amorce des travaux. Les noms des collaborateurs qui ont participé de manière ponctuelle en partageant leur expertise sur un sujet précis et ceux des experts qui ont dû quitter en cours de projet sont cités dans le cahier méthodologique (en format électronique (PDF) sur le siteWeb du réseau Qualaxia au www.qualaxia.org/ms/jalons).

PRÉFACE

J'aimerais remercier et féliciter les chercheurs et les membres du comité d'experts du travail accompli et, d'avoir mené à bien cette initiative. Deux membres de notre équipe ministérielle à la Direction de la santé mentale ont suivi ces travaux de près, et nous savons qu'ils ont été faits avec une grande rigueur.

Les recommandations contenues dans ce document sont en continuité avec le document intitulé *Orientations relatives à l'organisation des soins et des services offerts à la clientèle adulte par les équipes en santé mentale de première ligne en CSSS*, que nous avons publié l'an dernier.

Faire face à la dépression au Québec est un protocole qui précise les conduites cliniques à tenir pour une clientèle spécifique, soit celle souffrant de la dépression, et je suis persuadé qu'il facilitera la pratique des soins en collaboration.

La publication d'un tel outil constitue un autre maillon à la chaîne d'un processus entamé pour l'amélioration des pratiques en santé mentale au Québec. Des efforts de tous les acteurs concernés seront nécessaires pour que les recommandations soient mises en application.

Nous souhaitons vivement que chacun se l'approprie et contribue à une meilleure santé mentale de la population.



André Delorme, m.d., FRCPC

Directeur national de la santé mentale
Ministère de la Santé et des Services sociaux
Gouvernement du Québec



TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	10
AVANT DE PASSER AUX RECOMMANDATIONS	12
MÉTHODOLOGIE	12
POINTS DE BONNES PRATIQUES CLINIQUES	14
Soins centrés sur la personne	14
Principes de soins	14
Avec la personne qui souffre de dépression	14
Avec la famille et les proches	15
STRATÉGIES ORGANISATIONNELLES	16
L'adoption d'un modèle de soins chroniques	16
MODÈLE DE SOINS PAR ÉTAPES	20
LES RECOMMANDATIONS	22
ÉTAPE 1 – Évaluation et gestion initiale	22
Dépistage ciblé de la dépression	22
Personnes à risque	22
Dépistage chez les personnes à risque	23
Évaluation clinique	24
Épisode dépressif majeur	24
Évaluation de la sévérité de la dépression	25
Facteurs complémentaires contribuant à l'évaluation	26
Évaluation du risque et de l'urgence suicidaires	27
Soutien, psychoéducation et surveillance active	30
ÉTAPE 2 – Interventions de faible intensité	32
Interventions psychosociales et psychologiques de faible intensité	33
Autres interventions de faible intensité	34
ÉTAPE 3 – Interventions psychologiques de haute intensité, traitements pharmacologiques et traitements combinés	35
Interventions psychologiques de haute intensité	36
Traitements pharmacologiques	37
Principes généraux	37
Choix de l'antidépresseur	38
Indications spécifiques pour le choix de l'antidépresseur	39
Sommaire des renseignements sur les antidépresseurs	41
Phases du traitement	43
Information et renseignement au patient	43
Effets indésirables	44
Innocuité des effets indésirables	44
Prise en charge de la réponse partielle ou de l'absence de réponse	45
Phase d'entretien et fin du traitement pharmacologique	46
Phase d'entretien	46

Fin du traitement	47
Traitement de longue durée	47
Traitements combinés	48
Poursuite du traitement et prévention de la rechute	50
ÉTAPE 4 – Dépression sévère et complexe : principes de soins	53
Principes de soins	53
Soins en milieu hospitalier et équipes de résolution de crise et de suivi dans la communauté	54
Traitement pharmacologique de la dépression avec symptômes psychotiques	54
Électrochocs et technologies émergentes	54
PRODUITS DE SANTÉ NATURELS	55
RÉFÉRENCES	57
ANNEXE A – NIVEAUX DE PREUVES DU CANMAT ET DE NICE	58
ANNEXE B - QUESTIONNAIRE DE SANTÉ DU PATIENT (QSP-9)	60
ANNEXE C - ÉCHELLE DE SHEEHAN	61
ANNEXE D – ÉCHELLES D'ÉVALUATION POUR LES TROUBLES DÉPRESSIFS	62
ANNEXE E – LECTURES PROPOSÉES AUX USAGERS ET AUX INTERVENANTS	64
ANNEXE F – GLOSSAIRE DES INTERVENTIONS PSYCHOSOCIALES ET PSYCHOLOGIQUES	66
ANNEXE G – EFFETS INDÉSIRABLES RELIÉS AUX ANTIDÉPRESSEURS	69
ANNEXE H – CONDUITE À TENIR EN CAS DE NON-RÉPONSE OU DE RÉPONSE INCOMPLÈTE AU PREMIER ANTIDÉPRESSEUR	72
ANNEXE I – PRODUITS DE SANTÉ NATURELS : RECOMMANDATIONS CLINIQUES	74



LISTE DES ACRONYMES

APA	American Psychiatric Association
ASSS	Agence de la santé et des services sociaux
ATC	Antidépresseurs tricycliques
CANMAT	Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments
CLSC	Centre local de services communautaires
CMQ	Collège des médecins du Québec
CPS	Centre de prévention du suicide
CRCHUM	Centre de recherche du Centre hospitalier universitaire de Montréal
CSSS	Centres de santé et de services sociaux
DSM-IV-TR	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4 th edition, Text revision
FRCP	Fellow of the Royal College of Physicians
GASM	Guichet d'accès en santé mentale
GMF	Groupe de médecine de famille
GPC	Guides de pratique clinique
IMAO	Inhibiteur de la monoamine-oxydase
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
IRND	Inhibiteur du recaptage de la noradrénaline et de la dopamine
IRSN	Inhibiteur du recaptage de la sérotonine-noradrénaline
ISRS	Inhibiteur sélectif du recaptage de la sérotonine
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NICE	National Institute for Health and Clinical Excellence
OIIQ	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
OPQ	Ordre des pharmaciens du Québec
QSP-2	Questionnaire sur la santé du patient, version de deux questions
QSP-9	Questionnaire sur la santé du patient, version de neuf questions
PTI	Psychothérapie interpersonnelle
TCC	Thérapie cognitivo-comportementale
UMF	Unité de médecine familiale

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Personnes à risque élevé.....	22
Tableau 2 : Degré de sévérité de la dépression à l'aide du QSP-9.....	26
Tableau 3 : Facteurs de risque associés au suicide.....	28
Tableau 4 : Interventions psychosociales et psychologiques de faible intensité.....	33
Tableau 5 : Interventions psychologiques de haute intensité.....	36
Tableau 6 : Facteurs influençant le choix d'un antidépresseur.....	39
Tableau 7 : Sommaire des renseignements sur les antidépresseurs.....	41
Tableau 8 : Phases du traitement pharmacologique.....	43
Tableau 9 : Action proposée selon le degré d'amélioration.....	45
Tableau 10 : Types de traitements combinés.....	48
Tableau 11 : Interventions psychologiques de haute intensité (en combinaison avec un traitement pharmacologique).....	49
Tableau 12 : Interventions psychologiques de haute intensité à envisager pour la prévention de la rechute.....	52



INTRODUCTION

Faire face à la dépression au Québec est un protocole de soins proposant des balises claires pour dépister, évaluer et traiter la dépression selon les meilleures recommandations actuellement disponibles. Plus simple d'utilisation qu'un guide de pratique clinique, il en a cependant toute la rigueur. Il a été développé pour pallier le manque d'outils communs permettant d'offrir des soins en collaboration au Québec.

Faire face à la dépression au Québec s'adresse, d'abord et avant tout, aux intervenants de première ligne – médecins omnipraticiens, psychologues, personnel infirmier et autres professionnels du secteur public, privé ou communautaire - susceptibles d'intervenir auprès de personnes souffrant de dépression. Bien qu'il puisse être utile pour différents types de professionnels, il ne couvre pas l'ensemble des pratiques qu'ils pourraient avoir auprès de ces personnes et de leurs proches. Il pourra également intéresser les intervenants de la deuxième ligne, dans la mesure où ils travaillent en collaboration et en continuité avec ceux de la première ligne. Enfin, les personnes souffrant de dépression et leurs proches pourraient aussi consulter ce document, qui les guidera dans la prise de décision partagée.

Faire face à la dépression au Québec comprend des recommandations ciblant les personnes atteintes de dépression majeure (DSM-IV-TR) ou présentant des symptômes dépressifs sous-cliniques persistants. Ce protocole ne s'applique qu'aux adultes; il ne doit pas être généralisé aux enfants ou aux adolescents, car la présentation et le traitement de la dépression majeure diffèrent parfois chez ces populations. Certaines recommandations concernent des sous-groupes particuliers lorsque les données probantes le permettaient.

Faire face à la dépression au Québec fournit des recommandations pour dépister, évaluer, informer, traiter, et faire un suivi adéquat des personnes souffrant de dépression. Ce protocole fait également des recommandations sur des aspects organisationnels, notamment sur les soins par étapes, sur le modèle de soins chroniques, et sur les soins en collaboration. Son utilisation répandue comme outil d'aide à la décision clinique devrait contribuer à améliorer les pratiques, à obtenir de meilleurs résultats de santé pour les personnes atteintes, et à favoriser une meilleure efficacité de notre système de soins.

Ce protocole a été conçu pour le Québec dans la mesure où 1) il est en continuité avec les orientations ministérielles sur les services de première ligne en santé mentale; 2) il tient compte de l'organisation particulière des services en santé mentale au



Québec; 3) il tient compte des lois professionnelles québécoises; 4) il fournit des listes de ressources, ainsi que des outils bien adaptés pour la province; 5) il est conçu de manière à pouvoir être adapté aux particularités locales ou régionales; et 6) il est en adéquation avec les normes d'Agrément Canada pour les populations vivant avec une maladie mentale.

Avant de passer aux recommandations cliniques, *Faire face à la dépression au Québec* résume la méthodologie qui a été utilisée pour établir ce protocole, présente des points de bonnes pratiques cliniques, aborde la question des stratégies organisationnelles nécessaires pour soutenir des soins de qualité, et amène le modèle de soins en étapes. Ces balises viendront ainsi structurer la présentation de recommandations cliniques. Ces dernières portent sur l'évaluation et la gestion initiale de la dépression (étape 1), sur les interventions de faible intensité (étape 2), sur les interventions psychologiques de haute intensité et sur les traitements pharmacologiques (étape 3). L'étape 4 du modèle de soins hiérarchiques, relevant davantage des services de deuxième ou de troisième ligne, est abordée sommairement par l'énoncé de certains principes de soins. Une section portant sur les produits de santé naturels est présentée en raison de leur popularité. Enfin, une série d'annexes fournit au lecteur des informations complémentaires sur les niveaux de preuves et sur l'usage des antidépresseurs, ainsi que des définitions et certains outils destinés au clinicien ou à son patient.

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.



AVANT DE PASSER AUX RECOMMANDATIONS

MÉTHODOLOGIE

Faire face à la dépression au Québec a été développé par une équipe de recherche soutenue par un comité composé d'experts des troubles dépressifs, de cliniciens (omnipraticiens, psychiatres, infirmière, psychologue, travailleur social), de gestionnaires d'équipes de première ligne en santé mentale en CSSS, de décideurs représentant les échelles régionale et provinciale, et d'un représentant d'organismes communautaires.

La méthode ADAPTE (ADAPTE Collaboration, 2007) a été suivie pour la préparation du protocole. Cette méthode comprend sept étapes : 1) délimitation du thème et des questions cliniques; 2) recherche et sélection de guides de pratique clinique (GPC) publiés; 3) évaluation du contenu clinique de ces guides; 4) évaluation de la qualité et de la cohérence des recommandations; 5) adaptation des recommandations des GPC sélectionnés; 6) relecture externe du document; 7) adoption, approbation et mise en place du protocole.

Les guides de pratique clinique retenus comprennent les plus récents guides pour la dépression du National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (<http://www.nice.org.uk/>) et du Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) (<http://www.canmat.org/guides.php>) :

- National Collaborating Centre for Mental Health (commissioned by the National Institute for Health & Clinical Excellence) (2010). *Depression: The NICE Guideline on the treatment and management of depression in adults*. Updated edition, Leicester, London, UK: The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists.
- NICE (2009). *Depression. Treatment and management of depression in adults, including adults with a chronic physical health problem*. Quick reference guide, London, UK: National Institute for Health and Clinical Excellence.
- CANMAT (2009). *Clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults*, *Journal of affective disorder*, 117, S1-S64.

D'autres guides de pratique ou protocoles de soins ont également été consultés pour valider des décisions ou compléter des informations. L'ensemble des recommandations ont été discutées avec le comité d'expert dans le but d'arriver à un consensus concernant leur adoption et leur formulation. D'autres documents



(articles scientifiques, documents ministériels, etc.) ont également été utilisés pour les recommandations de type organisationnel. Tous les droits ont été obtenus auprès de NICE et de CANMAT pour la reproduction, l'adaptation ou la traduction des recommandations qui émanent de leurs guides.

Toutes les recommandations cliniques contenues dans *Faire face à la dépression au Québec* sont basées sur des données probantes. Dans le protocole, la source des recommandations est indiquée à l'aide d'un sigle placé en exposant ^{CANMAT / NICE}. Seules les recommandations ayant un niveau de preuves élevé ont été retenues pour les traitements proposés (psychothérapie et pharmacothérapie). Les recommandations retenues du CANMAT devaient avoir un niveau de preuves de 1 ou 2. Des informations plus précises sur les niveaux de preuves du CANMAT et de NICE sont fournies dans l'[annexe A](#). Les détails de la démarche sont consignés dans un cahier technique qu'il est possible de consulter au :

> www.qualaxia.org/ms/jalons

Ce protocole a fait l'objet d'une consultation élargie auprès d'une trentaine de personnes représentant les différents types d'utilisateurs potentiels de ce document. Dans l'ensemble, les personnes consultées sont plutôt positives concernant sa clarté et sa facilité d'utilisation; elles apprécient particulièrement la structuration des recommandations en fonction d'un modèle de soins en étapes. La validité et la crédibilité des contenus semblent bien établies pour la plupart des personnes. Certaines inquiétudes ont été exprimées concernant l'application des recommandations, ce qui vient conforter notre décision d'aller au-delà de la simple publication de ce document et d'élaborer des stratégies visant à soutenir l'intégration de ces recommandations à la pratique clinique. Enfin, de précieux commentaires plus précis ont permis d'apporter plusieurs ajustements à la version préliminaire du document. Certains autres commentaires, nécessitant des travaux de recherche plus importants, ont été soigneusement notés et seront pris en considération lors d'une prochaine mise à jour. Nous tenons à remercier les personnes qui ont participé à cette consultation.

La nécessité de mettre à jour ce protocole ou encore de rédiger des avis spécifiques sera évaluée annuellement en fonction des nouveaux guides de pratique publiés.



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.
- › 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.
- › Être sensible aux divers contextes culturels, ethniques et religieux, et être conscient des variations possibles dans la présentation de la dépression. S'assurer que des renseignements détaillés sont accessibles dans la langue appropriée.
- › Aborder le sujet de la stigmatisation et de la discrimination parfois associées à la dépression.
- › S'assurer que la personne est en mesure de donner un consentement éclairé et valable avant le début du traitement. Son consentement devrait être fondé sur des renseignements clairs, fournis verbalement et formulés dans le plan d'intervention.
- › Promouvoir et expliquer l'importance de saines habitudes de vie. Encourager la personne à adopter des choix de vie sains, notamment une bonne hygiène du sommeil, la pratique régulière d'activité physique, une consommation d'alcool et de caféine modérée, et, si possible, aucun usage de drogues illicites.

« Encore trop peu de personnes souffrant de dépression décident d'en parler à un professionnel de la santé. »



— Avec la famille et les proches

Lorsque la famille ou les proches soutiennent une personne atteinte de dépression sévère ou chronique envisager de :

- › leur procurer des renseignements, verbalement et par écrit, sur ce qu'est la dépression et comment ils peuvent soutenir la personne;
- › leur offrir d'évaluer leurs besoins;
- › leur fournir des renseignements sur les groupes de soutien des proches et sur les organismes bénévoles de leur région, et les aider à accéder à ces ressources;
- › établir une entente concernant la divulgation de renseignements et la confidentialité entre la personne et ses proches.

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.



STRATÉGIES ORGANISATIONNELLES

L'ADOPTION D'UN MODÈLE DE SOINS CHRONIQUES

Faire face à la dépression au Québec ne saurait être complet sans aborder minimalement la question des stratégies organisationnelles nécessaires pour soutenir des soins de qualité. À l'instar des orientations préconisées par le MSSS pour les services de première ligne en santé mentale, il nous paraît judicieux d'articuler l'ensemble des actions sur la base du modèle de soins chroniques (*Chronic Care Model*, Wagner et coll., 2001). Ce modèle est davantage connu et utilisé dans un contexte de maladies physiques. Il semble toutefois très utile pour structurer l'organisation des soins pour la dépression, dans la mesure où cette maladie présente souvent un cours récurrent, marqué de périodes de rémission et de rechute, et évoluant vers une certaine forme de chronicité, particulièrement en l'absence de soins adéquats.

Le modèle de soins chroniques met l'accent sur les résultats cliniques (la rémission des symptômes et le fonctionnement optimal de l'individu) qui seront produits grâce aux interactions entre un patient informé, motivé et actif (voir la section précédente sur les points de bonnes pratiques) d'une part, et une équipe de soins formée et proactive d'autre part. Six composantes, à la fois cliniques et organisationnelles, vont influencer sur l'efficacité de ces interactions :

- **L'organisation du système de soins.** Au Québec, les services de première ligne aux personnes qui souffrent de dépression sont en grande partie assurés par les médecins omnipraticiens, qu'ils travaillent en clinique privée, en CLSC, en groupe de médecine familiale (GMF), en unité de médecine familiale (UMF), ou en cliniques-réseau. Selon le modèle de cliniques, l'intérêt ou l'expertise des médecins pour la santé mentale, et le profil de clientèle du territoire, leur offre de services peut être plus ou moins diversifiée. Les psychologues, en pratique privée ou dans le secteur public, représentent le deuxième type de professionnels les plus consultés pour ce genre de problème au Québec. Ils constituent une ressource importante dans la mesure où la psychothérapie est l'une des deux grandes formes de traitement recommandées pour la dépression. Par ailleurs, dans chaque territoire de CSSS, une équipe de première ligne en santé mentale, dédiée ou non, offre une vaste gamme de services et assume le rôle de guichet d'accès en santé mentale (GASM). Les services plus spécialisés, en deuxième et troisième ligne, prennent le relais en jouant un rôle de soutien par rapport à la première ligne et en offrant des services d'évaluation, de diagnostic et de traitement pour les problèmes plus complexes. Les CSSS ont la responsabilité de coordonner le réseau local de services sur leurs territoires.



Trois documents clés du MSSS fournissent les principales balises pour l'organisation des services de première ligne en santé mentale au Québec :

- *Orientations relatives à l'organisation des soins et services offerts à la clientèle adulte par les équipes en santé mentale de première ligne en CSSS (2011)*
- *Guichet d'accès en santé mentale pour la clientèle adulte des CSSS - La force des liens (2008)*
- *Plan d'action en santé mentale 2005-2010- La force des liens (2005)*

➤ **Les modèles de prestation de soins et services.** Au Québec, et sur la base de données probantes à l'appui, certains éléments devraient se retrouver dans les modèles de prestation de soins et de services retenus :

- bien définir les rôles et responsabilités des différents acteurs engagés dans les soins aux personnes atteintes de dépression;
- s'assurer d'une bonne coordination entre les professionnels;
- favoriser le travail en équipe et les soins en collaboration ([voir p. 19](#));
- établir un plan de traitement interdisciplinaire (au besoin), en collaboration avec les personnes atteintes de dépression;
- offrir un suivi proactif et régulier aux personnes atteintes;
- offrir les services d'un gestionnaire de cas pour les personnes ayant des besoins de soins plus complexes;
- envisager d'adopter un modèle de soins par étapes ([voir p. 21](#)).

« Parmi les barrières au traitement efficace de la dépression, notons le manque de ressources, le manque de professionnels formés et le stigma social associé à la dépression. »
(OMS, 2011)



AVANT DE PASSER AUX RECOMMANDATIONS

- › **Le soutien à la décision clinique.** *Faire face à la dépression au Québec* constitue en soi un outil d'aide à la décision clinique. Conçu principalement pour l'ensemble des intervenants de première ligne, il contribue à développer un langage et des outils communs. Ce protocole devrait faire l'objet d'une formation pour en faciliter la diffusion et favoriser l'adoption de ses recommandations. Tel que préconisé au Québec, les intervenants de première ligne devraient également pouvoir bénéficier du soutien et des conseils d'un professionnel répondant (de première ou deuxième ligne) ou d'un médecin spécialiste répondant en psychiatrie.
- › **Le soutien à l'autogestion des soins.** La personne atteinte de dépression doit être habilitée et soutenue de manière à gérer sa santé et ses soins. Du temps doit être consacré par les cliniciens et du matériel doit être fourni à la personne pour qu'elle puisse devenir un acteur central de la prise en charge de sa maladie. Le soutien à l'autogestion des soins est également offert par certains organismes communautaires.
- › **Un système d'information clinique.** Il serait souhaitable qu'un système d'information clinique soit disponible, en version électronique ou imprimée. Il a pour fonctions (1) de permettre l'échange d'informations entre les professionnels engagés dans les soins d'une personne; (2) d'assurer un suivi systématique de la personne; et (3) de fournir une rétroaction sur l'efficacité des interventions pour ainsi contribuer à l'amélioration de la qualité des soins et des services.
- › **La communauté.** Les cliniciens devraient connaître les ressources disponibles dans la communauté et encourager les personnes souffrant de dépression à les utiliser au besoin. Par ailleurs, des partenariats pourraient être établis entre les services publics et les organismes communautaires afin d'assurer une offre de services complémentaires.

Adressez-vous à votre CSSS afin d'obtenir la liste des ressources disponibles pour les personnes atteintes de dépression dans la communauté.



LES SOINS EN COLLABORATION

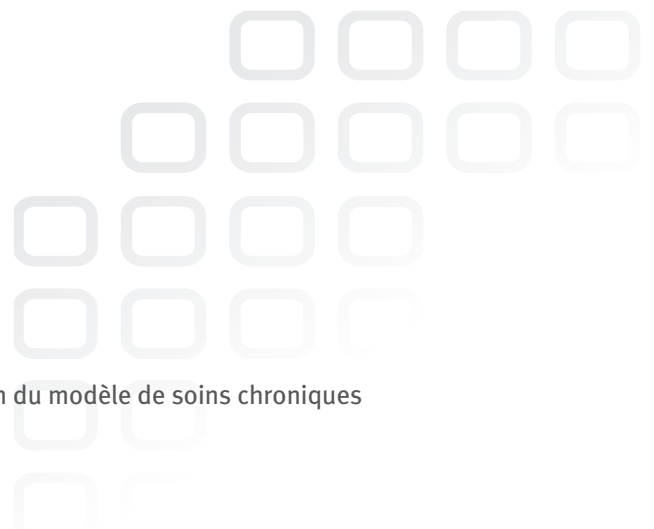
« Les soins en collaboration sont des soins dispensés par des prestataires de spécialités, disciplines, ou secteurs différents, qui travaillent ensemble à offrir des services complémentaires et un soutien mutuel. Comme dans tout partenariat efficace, des objectifs communs, un processus décisionnel bien défini et équitable, et des communications ouvertes et régulières sont d'une importance capitale. » (Kates et coll., 2011, page 3)

Les soins en collaboration comprennent généralement deux éléments :

1) le suivi proactif des patients par une équipe multidisciplinaire, habituellement composée d'un médecin omnipraticien et d'un gestionnaire de cas, rôle souvent confié à une infirmière; et 2) la supervision clinique de la part d'un spécialiste de la santé mentale (généralement un psychiatre) (Gilbody et coll., 2006; Katon et Seelig, 2008).

Les initiatives de soins en collaboration sont plus efficaces lorsque plusieurs des stratégies pour améliorer les pratiques cliniques sont mises en place¹ (Katon et Seelig, 2008) :

- > L'éducation du patient et le soutien à l'autogestion des soins
- > Le suivi systématique
- > Des mesures standardisées de l'évolution clinique
- > Un registre des patients
- > La supervision clinique
- > Le soutien à la décision clinique
- > Des soins par étapes
- > Un plan de prévention de la rechute



¹ Les différentes stratégies sont décrites dans la présentation du modèle de soins chroniques



MODÈLE DE SOINS PAR ÉTAPES^{NICE, CANMAT}

Le modèle de soins par étapes fournit un cadre pour organiser la prestation de soins et de services destinés à la personne souffrant de dépression. Il suggère notamment :

- › de tenir compte de la sévérité des symptômes, des caractéristiques personnelles et sociales de la personne et de ses préférences lors du choix du traitement;
- › d’offrir des interventions appropriées selon l’évaluation clinique et les besoins de la personne, mais tout en privilégiant l’efficacité, soit d’envisager les interventions les moins complexes en premier lieu lorsque cela est adéquat;
- › de réévaluer régulièrement la symptomatologie et le fonctionnement de la personne, ainsi que sa réponse au traitement, de manière à ajuster rapidement le plan de traitement.





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.

² Dépression complexe : soit la réponse à de multiples traitements n'est pas satisfaisante, soit la dépression est compliquée par des symptômes psychotiques, ou est associée à une comorbidité psychiatrique importante ou à des facteurs psychosociaux.



ÉTAPE 1 – Évaluation et gestion initiale

À cette étape, il s’agit d’abord de faire un dépistage judicieux de la dépression en commençant par la reconnaissance des personnes à risque à qui on pourra poser quelques questions permettant de déterminer s’il est nécessaire de poursuivre. Le cas échéant, une évaluation plus approfondie sera faite et tiendra compte de plusieurs éléments : degré de symptomatologie, degré de fonctionnement, diagnostic, facteurs complémentaires, et évaluation du risque et de l’urgence suicidaires. Cette évaluation devrait permettre de déterminer si l’aiguillage vers des évaluations ou des interventions plus poussées est nécessaire ou si des interventions plus légères (soutien, psychoéducation, surveillance active) sont suffisantes.

DÉPISTAGE CIBLÉ DE LA DÉPRESSION

— Personnes à risque^{CANMAT}

Le dépistage de la dépression est recommandé seulement chez les personnes présentant un risque élevé, soit en raison de leur appartenance à un groupe clinique à risque, soit en raison de la présence de symptômes spécifiques. Voici une liste inspirée du CANMAT et adaptée par le comité d’experts.

Tableau 1 : Personnes à risque élevé

GROUPES À RISQUE ÉLEVÉ	
<ul style="list-style-type: none"> • Antécédents personnels de dépression • Antécédents familiaux de dépression • Difficultés psychosociales, violence physique et (ou) psychologique, exploitation financière, violence conjugale, pauvreté, isolement social • Événements stressants de la vie, perte (décès d’un être cher, divorce, emploi), événements traumatiques (accident de voiture), changements de vie importants (changements dans les relations interpersonnelles, dans les rôles) 	<ul style="list-style-type: none"> • Grands utilisateurs du système de santé • Maladies chroniques (particulièrement les maladies cardiovasculaires, le diabète, le cancer, des états pathologiques avec douleur chronique, et les troubles neurologiques) • Autres troubles psychiatriques • Changements hormonaux (p. ex. : post-partum) • Dépendance à l’alcool, aux drogues, aux jeux de hasard et d’argent
SYMPTÔMES INDIQUANT UN RISQUE ÉLEVÉ	
<ul style="list-style-type: none"> • Symptômes physiques inexplicables • Douleur, incluant la douleur chronique • Fatigue persistante 	<ul style="list-style-type: none"> • Insomnie • Anxiété • Abus d’alcool ou d’autres drogues



La présence d'un ou de plusieurs de ces facteurs de risque chez une personne ne signifie pas qu'elle a un trouble dépressif majeur. Une évaluation plus approfondie est par contre souhaitable.

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

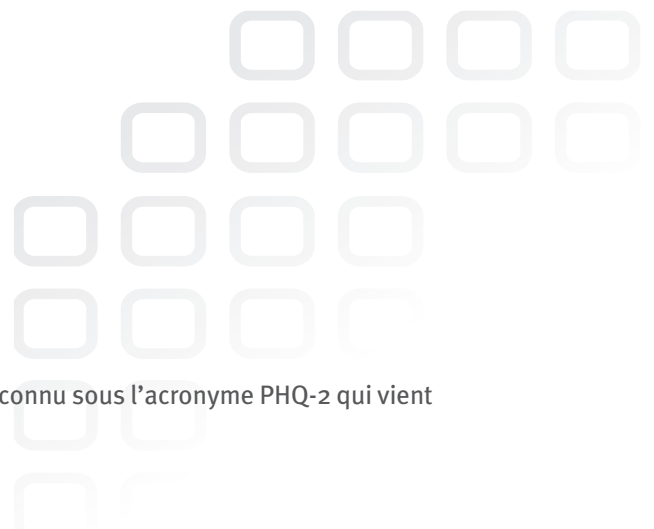
Pour les personnes à risque, poser deux questions rapides (QSP-2)³:

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.

« La dépression est un trouble complexe. Des facteurs biologiques, sociaux, environnementaux, psychologiques et culturels peuvent, seuls ou en combinaison, contribuer à cette maladie. » (IHE, 2008)



³ Le Questionnaire sur la santé du patient – 2 (QSP-2), mieux connu sous l'acronyme PHQ-2 qui vient de l'anglais Patient Health Questionnaire-2.



ÉVALUATION CLINIQUE

— Épisode dépressif majeur

Il est recommandé de se référer aux critères du DSM-IV-TR (APA, 2003) pour établir le diagnostic de dépression majeure.

A. Au moins cinq des symptômes suivants doivent avoir été présents pendant une même période d'une durée de deux semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur; au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir.

N.B. : Ne pas inclure des symptômes qui sont manifestement imputables à une affection médicale générale, à des idées délirantes ou à des hallucinations non congruentes à l'humeur.

1. **Humeur dépressive** présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (p.ex., se sentir triste ou vide) ou observée par les autres (p.ex., pleure).
2. **Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir** pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres)
3. **Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime** (p.ex., modification du poids corporel en un mois excédant 5%), ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours.
4. **Insomnie ou hypersomnie** presque tous les jours
5. **Agitation ou ralentissement psychomoteur** presque tous les jours (constaté par les autres, non limité à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur)
6. **Fatigue ou perte d'énergie** presque tous les jours
7. **Sentiment de dévalorisation ou culpabilité excessive ou inappropriée** (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade)
8. **Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision** presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres)
9. **Pensées de mort récurrentes** (pas seulement une peur de mourir), **idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.**

B. Les symptômes ne répondent pas aux critères d'Épisode mixte.

C. Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

D. Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance (p.ex., une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale (p.ex., hypothyroïdie).

E. Les symptômes ne sont pas mieux expliqués par un deuil, c'est-à-dire après la mort d'un être cher, les symptômes persistent pendant plus de deux mois ou s'accompagnent d'une altération marquée du fonctionnement, de préoccupations morbides de dévalorisation, d'idées suicidaires, de symptômes psychotiques ou d'un ralentissement psychomoteur.



— Évaluation de la sévérité de la dépression^{CANMAT}

L'utilisation d'une mesure validée peut aider à préciser la nature des symptômes et le degré de fonctionnement de la personne.

OUTILS D'ÉVALUATION SUGGÉRÉS :

- Le **Questionnaire sur la santé du patient – 9 (QSP-9)** est recommandé pour préciser la présence et l'intensité des symptômes dépressifs - [voir annexe B](#).
- L'**échelle de Sheehan** est recommandée pour évaluer le degré de fonctionnement - [voir annexe C](#).
- D'autres outils validés peuvent servir à évaluer la symptomatologie et le degré de fonctionnement de la personne; une liste est présentée à l'[annexe D](#). Il importe toutefois que les cliniciens qui auront à travailler ensemble utilisent des outils communs.

Le QSP-9 est un questionnaire bref, à remplir par le patient ou par le clinicien si le patient a besoin d'aide pour le faire.

« Les personnes atteintes de maladies physiques chroniques présentent souvent une dépression majeure, ce qui peut même aggraver l'évolution de certaines maladies, comme le diabète ou les maladies cardiovasculaires. »



Tableau 2 : Degré de sévérité de la dépression à l'aide du QSP-9

SÉVÉRITÉ DE LA DÉPRESSION	NOTE TOTALE
Absence de dépression	0-4
Dépression légère (sous le seuil clinique)	5-9
Dépression modérée	10-14
Dépression modérément sévère	15-19
Dépression sévère	20-27

L'évaluation complète d'une personne potentiellement atteinte de dépression ne s'appuie pas uniquement sur le nombre de symptômes. Il faut aussi tenir compte du degré d'incapacité ou de limitation dans les activités associé à la dépression potentielle, ainsi que de la durée de l'épisode.

— Facteurs complémentaires contribuant à l'évaluation^{NICE}

En plus d'évaluer les symptômes et les incapacités associés, il faut tenir compte de la manière dont les facteurs suivants ont influé sur l'apparition, l'évolution et la sévérité de la dépression d'une personne :

- tout antécédent de dépression et de comorbidité de troubles mentaux ou physiques
- tout antécédent d'humeur irritable (afin de déterminer si la dépression peut être attribuable à un trouble bipolaire)
- les traitements antérieurs, ainsi que la réponse à ces traitements
- la qualité des relations interpersonnelles
- les conditions de vie et l'isolement social

Si cela est indiqué sur le plan clinique, des analyses de laboratoire devraient être réalisées, dont l'examen des fonctions hépatiques et un bilan des fonctions métaboliques.

« Chaque année, environ une personne sur 20 est frappée par la dépression »



Dans le cadre de l'évaluation clinique, porter attention aux comorbidités psychiatriques (par exemple : troubles anxieux, troubles liés à la dépendance ou à l'abus de substances, trouble bipolaire), aux problèmes physiques (par exemple : maladies chroniques), et aux besoins de populations spécifiques (par exemple : femmes en période périnatale et personnes âgées).

En cas de besoin, se référer aux guides de pratique pertinents et vérifier auprès de spécialistes.

Par exemple, lorsqu'une personne présente des symptômes d'anxiété et de dépression, il est recommandé d'évaluer la nature et l'importance des symptômes. Si la personne :

- a une dépression accompagnée de symptômes d'anxiété, la priorité devrait d'abord être accordée au traitement du trouble dépressif;
- souffre de trouble anxieux et de dépression comorbide ou de symptômes dépressifs, envisager de traiter le trouble anxieux en premier lieu;
- présente des symptômes anxieux et dépressifs, sans diagnostic formel, associés à des limitations dans les activités, discuter avec elle des symptômes à traiter en premier et du choix en matière d'intervention.

— Évaluation du risque et de l'urgence suicidaires

Les cliniciens devraient évaluer le risque suicidaire lors de l'évaluation des personnes qui souffrent de dépression et le refaire régulièrement au cours du traitement. De 40 % à 60 % des suicides sont le fait de personnes atteintes de dépression, d'où la nécessité d'évaluer le risque suicidaire et de bien connaître les ressources locales disponibles (CANMAT, 2001).

- 1- Il faut toujours demander directement aux personnes atteintes de dépression si elles ont des idées ou des intentions suicidaires (NICE, 2009).
 - Demandez d'abord à la personne si elle a des idées suicidaires. Voici des exemples de questions (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec [OIIQ], 2007) : Avez-vous déjà pensé vous suicider? Sentez-vous que votre vie n'a pas de sens et que les gens seraient mieux si vous n'étiez pas là?
- 2- Dans l'affirmative, il importe d'évaluer à la fois l'imminence du passage à l'acte, la létalité du scénario, l'accessibilité du moyen, et la présence de facteurs de risque (voir le tableau 3) ou de protection associés au suicide (MSSS, 2010). Cette évaluation peut débuter par trois questions, soit **comment**, **où** et **quand** (COQ) la personne compte passer à l'acte (MSSS, 2010).



Tableau 3 : Facteurs de risque associés au suicide⁴

FACTEURS PSYCHOSOCIAUX	ANTÉCÉDENTS	CLINIQUES / DIAGNOSTIQUES
<ul style="list-style-type: none"> • Solitude, isolement • Autochtone • Homme • Jeunes de 15 à 24 ans • Personne homosexuelle, bisexuelle ou transsexuelle • Personne âgée • Perte récente (mortalité, divorce, séparation) ou autres facteurs de stress 	<ul style="list-style-type: none"> • Tentative de suicide antérieure • Antécédent familial de suicide 	<ul style="list-style-type: none"> • Désespoir • Maladie physique • Abus de substances • Impulsivité • Laisser-aller, négligence

La précision du plan de passage à l'acte détermine l'urgence suicidaire (MSSS, 2010).

Pour une évaluation plus complète du risque suicidaire, il est recommandé d'utiliser la grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire. Cette grille est disponible dans le document du MSSS (2010) *Prévention du suicide : Guide de bonnes pratiques à l'intention des intervenants des centres de santé et des services sociaux* en page 33. Il est à noter qu'une formation est nécessaire pour en favoriser la bonne utilisation. (MSSS, 2010)

S'il y a un risque suicidaire, le clinicien devrait :

- s'assurer que le traitement est optimisé;
- transmettre à la personne suicidaire les coordonnées des ressources locales qui pourraient lui venir en aide et l'accompagner^{CANMAT, NICE};
- recommander à la personne de chercher une aide supplémentaire si sa situation se détériore^{CANMAT, NICE}, par exemple, auprès d'un Centre de prévention du suicide (CPS);
- s'assurer que la personne dispose d'un soutien social approprié^{NICE} (identifier la personne-soutien);

⁴ Il existe une multitude de facteurs de risque associés au suicide. Les facteurs apparaissant au tableau 3 sont ceux qui reviennent le plus souvent dans différents documents (MSSS, 2010; OIIQ, 2007).



- avec l'accord de la personne suicidaire, communiquer avec la famille ou les proches pour s'assurer qu'ils savent où trouver rapidement de l'aide en cas de besoin^{NICE};
- s'assurer de mettre en place l'aide adéquate correspondant au degré de risque^{NICE} :
 - envisager de hausser le niveau de soutien offert, en établissant, par exemple, des contacts plus fréquents^{NICE};
 - songer à recommander la personne à un spécialiste de la santé mentale et établir le contact nécessaire;
 - si la personne présente un danger imminent ou immédiat pour elle-même ou pour autrui, prendre les mesures nécessaires afin de la protéger, et l'orienter sur-le-champ vers une urgence hospitalière ou demander le soutien du service de crise désigné pour l'application de la Loi 38 sur le territoire; il est recommandé d'accompagner la personne suicidaire ou de déléguer quelqu'un pour le faire (MSSS, 2010);
 - établir la liaison avec une ressource locale afin d'assurer un suivi.

QUI FAIT QUOI?

- Adressez-vous à votre CSSS pour connaître l'organisation locale des services offerts aux personnes suicidaires (MSSS, 2010) ou les modalités d'application de la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui* (L.R.Q.c.P-38.001) qui sont en vigueur sur votre territoire.
- Les médecins omnipraticiens devraient être en mesure d'estimer la dangerosité du passage à l'acte suicidaire, de référer et d'orienter la personne vers les services appropriés, et de s'assurer de l'accompagnement à l'urgence hospitalière, si nécessaire (MSSS, 2010).
- Des intervenants dans les CSSS, les Centres de prévention du suicide et les services de crise devraient être en mesure d'assumer la plupart des actions à accomplir face à une personne suicidaire (MSSS, 2010).
- L'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec a développé à l'intention de ses membres un guide de pratique concernant la prévention du suicide (OIIQ, 2007). Toutes les infirmières et tous les infirmiers du Québec ont reçu ce guide, et plusieurs d'entre eux ont participé à des séances de formation. Ils pourraient donc constituer une bonne ressource vers qui se tourner en cas de besoin.



1 866 APPELLE
1 866 277-3553

Les centres de prévention du suicide sont composés de professionnels, d'intervenants qualifiés et de bénévoles formés pour répondre aux demandes d'aide des personnes suicidaires et de leurs proches. De plus, ces organisations sont très actives dans leur communauté afin de prévenir le suicide. En composant le 1-866-APPELLE, l'appel sera automatiquement acheminé à la ressource de votre région, et ce, en tout temps.

La liste des Centres de prévention du suicide est disponible à l'adresse suivante :

> www.aqps.info/besoin-aide-urgente

SOUTIEN, PSYCHOÉDUCATION ET SURVEILLANCE ACTIVE

Pour les personnes qui, selon l'avis du clinicien, pourraient se rétablir sans avoir recours à une intervention professionnelle, pour celles présentant une dépression légère qui ne veulent pas amorcer un traitement, ainsi que pour celles qui présentent des symptômes dépressifs sous le seuil clinique et souhaitent une intervention :

- > discuter avec la personne du ou des problèmes présentés et des préoccupations qu'elle a à ce sujet;
- > renseigner la personne sur la dépression et son évolution (fiches d'information, références à des ressources au sein de la communauté);
- > prévoir une évaluation ultérieure, habituellement au cours des deux semaines suivantes;
- > communiquer avec la personne si elle ne se présente pas à ses rendez-vous.



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

Réévaluer régulièrement l'état de la personne et envisager, au besoin, l'aiguillage vers des interventions plus poussées.



ÉTAPE 2 – Interventions de faible intensité

Pour la personne qui présente des symptômes dépressifs persistants sous le seuil clinique ou qui souffre de dépression légère à modérée, envisager d’offrir des interventions psychosociales ou psychologiques de faible intensité (un glossaire des interventions psychosociales et psychologiques est disponible à l’[annexe F](#)).

Tenir compte des préférences et des besoins de la personne.

Il n’est pas recommandé de recourir systématiquement à l’utilisation d’un antidépresseur à cette étape, sauf si l’intervention psychologique de faible intensité n’a pas été bénéfique ou si la personne souhaite avoir recours à un tel médicament. Les recommandations cliniques quant à l’utilisation d’un antidépresseur sont expliquées à l’étape 3, [page 35](#).





INTERVENTIONS PSYCHOSOCIALES ET PSYCHOLOGIQUES DE FAIBLE INTENSITÉ

Tableau 4 : Interventions psychosociales et psychologiques de faible intensité^{NICE}

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);• 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.

Une intervention psychosociale de faible intensité, de type résolution de problème, peut également être envisagée lorsque la personne vit des difficultés personnelles qui peuvent contribuer à la symptomatologie dépressive, telles que des problèmes familiaux, ou des difficultés financières ou professionnelles.



AUTRES INTERVENTIONS DE FAIBLE INTENSITÉ**Programme structuré d'activités physiques en groupe^{NICE}**

Le programme structuré d'activités physiques peut :

- être réalisé, de préférence en groupe, avec le soutien d'un professionnel compétent;
- comprendre habituellement trois séances par semaine, d'une durée moyenne de 45 minutes à 1 heure, pendant dix à quatorze semaines (douze semaines, en moyenne).

Luminothérapie^{NICE/CANMAT}

La luminothérapie est un traitement de faible intensité qui est recommandé :

- comme traitement de première intention en cas de trouble dépressif majeur saisonnier;
- comme traitement complémentaire, en deuxième intention, en cas de trouble dépressif majeur modéré non saisonnier.

Ressources pour le soutien à l'autogestion des soins de la dépression

Plusieurs livres et sites Web fournissent de l'information et permettent d'outiller la personne dans la prise en charge de sa dépression. Une liste est présentée à l'[annexe E](#). On y trouve des références, comme ce guide destiné aux adultes souffrant d'un trouble dépressif.

Pour télécharger gratuitement :

➤ www.comh.ca/selfcare



Certains organismes communautaires offrent également des ateliers de soutien à l'autogestion des soins, REVIVRE à Montréal et l'ÉQUILIBRE à Québec. Vous pouvez vous informer auprès de votre CSSS afin de savoir si de tels ateliers sont offerts dans votre région.

Réévaluer régulièrement l'état de la personne et envisager, au besoin, l'aiguillage vers des interventions plus poussées.



ÉTAPE 3 – Interventions psychologiques de haute intensité, traitements pharmacologiques et traitements combinés

Si une intervention psychologique de faible intensité n'a pas été bénéfique pour la personne qui présente des symptômes dépressifs persistants sous le seuil clinique ou qui souffre d'une dépression légère à modérée, envisager :

- › une intervention psychologique de haute intensité;
- ou
- › un traitement pharmacologique : un antidépresseur (normalement, un inhibiteur sélectif du recaptage de la sérotonine [ISRS]).

Pour la personne qui souffre de dépression modérée ou sévère, il est recommandé d'offrir une combinaison de traitements antidépresseurs et d'intervention psychologique de haute intensité.

Dans cette section, vous trouverez les recommandations cliniques pour :

- Les interventions psychologiques de haute intensité
- Les traitements pharmacologiques
- Les traitements combinés
- La prévention de la rechute

Le choix de l'intervention devrait être influencé par :

- › la durée de l'épisode dépressif et l'évolution des symptômes;
- › l'évolution et le nombre des épisodes dépressifs antérieurs, et la réponse au traitement;
- › la probabilité d'adhésion au traitement et les effets indésirables potentiels;
- › les préférences de la personne en matière de traitement.

Il est important de discuter des différentes options avec la personne et de l'outiller adéquatement pour la prise de décision.



INTERVENTIONS PSYCHOLOGIQUES DE HAUTE INTENSITÉ

Tableau 5 : Interventions psychologiques de haute intensité*

TYPE D'INTERVENTION ^{5,6}	L'INTERVENTION DEVRAIT
Thérapie cognitivo-comportementale (TCC)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ habituellement consister en 16 à 20 séances, réparties sur trois ou quatre mois; ➤ être abrégée en cas de rémission; ➤ être prolongée si la personne fait des progrès et qu'elle et son clinicien jugent que des séances supplémentaires seraient bénéfiques.
Psychothérapie interpersonnelle (PTI)	
Activation comportementale (données probantes moins solides que dans le cas de la TCC et de la PTI)	

*Un glossaire des interventions psychosociales et psychologiques est disponible à l'[annexe F](#).

Pratique de la psychothérapie au Québec

Toutes les interventions psychologiques auprès des personnes atteintes de dépression devraient être menées par des professionnels compétents. Il est souhaitable que ces derniers puissent :

- obtenir, au besoin, de la supervision de grande qualité;
- utiliser systématiquement des outils d'évaluation des résultats cliniques;
- s'assurer que la personne atteinte de dépression participe à l'évaluation de l'efficacité du traitement.

Il importe de prendre en considération que, dès l'entrée en vigueur du projet de loi 21, la pratique de la psychothérapie sera une activité réservée aux médecins, aux psychologues, ainsi qu'aux membres de certains ordres professionnels sous conditions particulières. Le site Web de l'Ordre des psychologues du Québec présente un dossier complet sur le projet de loi 21.

➤ www.ordrepsy.qc.ca

L'Ordre des psychologues du Québec a produit un cahier de recherche et pratique (2010) qui contribue à la réflexion sur l'efficacité de la psychothérapie. Intitulé Documenter l'efficacité des interventions en psychothérapie, ce cahier est disponible à l'adresse suivante : <http://www.ordrepsy.qc.ca/fr/documentation-et-medias/cahier-recherche-et-pratique.sn>



TRAITEMENTS PHARMACOLOGIQUES

— Principes généraux^{NICE,CANMAT}

- Ne pas recourir systématiquement aux antidépresseurs pour traiter les symptômes dépressifs persistants sous le seuil diagnostique ou la dépression légère, car le rapport risque-bénéfices est faible. Cependant, envisager d’y recourir :
 - pour les personnes qui ont des antécédents de dépression modérée ou sévère;
 - lorsque l’apparition initiale de symptômes dépressifs sous le seuil diagnostique remonte à longtemps (habituellement au moins deux ans);
 - si les symptômes dépressifs sous le seuil diagnostique ou la dépression légère persistent après d’autres interventions.
- Une évaluation diagnostique complète devrait être effectuée en portant une attention particulière aux facteurs de risque suicidaire, à la présence probable d’un trouble bipolaire, aux comorbidités, à l’usage concomitant de médicament(s), et aux présentations particulières (psychoses; caractéristiques atypiques, saisonnières).
- Si cela est indiqué sur le plan clinique, des analyses de laboratoire devraient être réalisées, dont l’examen des fonctions hépatiques et un bilan des fonctions métaboliques.
- La prescription d’un antidépresseur devait être assortie d’un suivi clinique incluant l’éducation au patient, d’une attention portée aux enjeux d’observance, et d’un soutien à l’autogestion des soins.

⁵ Il existe d’autres types de psychothérapies, dont la thérapie d’acceptation et d’engagement, la thérapie psychodynamique et la thérapie centrée sur les émotions, de même que des interventions basées sur l’entretien motivationnel. Cependant, les données probantes quant à leur efficacité ne sont pas suffisantes pour en faire une recommandation clinique.

⁶ On considère que chez les patients qui ont un partenaire stable et chez qui la relation peut contribuer à l’évolution ou au maintien de la dépression, la thérapie comportementale conjugale ou une thérapie à laquelle le partenaire participe procure un bienfait thérapeutique potentiel. Toutefois, il n’est pas approprié de recommander celle-ci comme une solution de rechange directe à une TCC ou à une PTI. Ces formes de thérapies devraient plutôt être réservées aux patients qui vivent une relation de couple établie pouvant jouer un rôle dans l’évolution, le maintien ou la résolution du trouble dépressif.



- Au début du traitement pharmacologique, la personne devrait être suivie chaque semaine ou toutes les deux semaines, car il s'agit de la période où elle est le plus à risque. Selon la sévérité du trouble et la réponse au traitement, la fréquence des visites peut être réduite à une fois toutes les deux à quatre semaines, ou plus.
- Un outil d'évaluation clinique reconnu, tel que le QSP-9, devrait être utilisé pour le suivi des patients.
- Au début d'un traitement antidépresseur, si une personne présente un risque suicidaire accru :
 - il est recommandé de revoir le patient après une semaine, puis moins fréquemment par la suite, jusqu'à ce qu'on considère qu'il n'y a plus de risque;
 - envisager d'augmenter le soutien offert; accroître, par exemple, la fréquence des contacts directs, en personne ou au téléphone;
 - se référer à la section Évaluation du risque et de l'urgence suicidaires, présentée à la [page 27](#), afin de déterminer la conduite à tenir.
- Le choix d'un antidépresseur devrait reposer sur des facteurs cliniques, tels que le profil des symptômes, la comorbidité, le profil de tolérabilité, la réponse antérieure aux traitements, les interactions médicamenteuses, les préférences du patient, le coût.

— Choix de l'antidépresseur^{CANMAT}

- Les inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine (ISRS), les inhibiteurs du recaptage de la sérotonine-noradrénaline (IRSN) et les agents récents (antagoniste des récepteurs adrénergique α -2, inhibiteur du recaptage de la noradrénaline et de la dopamine (IRND), inhibiteur non sélectif du recaptage de la noradrénaline ou de la sérotonine) sont recommandés en première intention en raison de leur profil d'innocuité et de tolérabilité. Ceux-ci sont plus avantageux que les agents plus anciens, dont les antidépresseurs tricycliques (ATC) et les inhibiteurs de la monoamine-oxydase (IMAO).
- Pour des raisons de tolérabilité et d'innocuité, les antidépresseurs tricycliques sont recommandés comme médicaments de deuxième intention.



Tableau 6 : Facteurs influençant le choix d'un antidépresseur^{CANMAT}

FACTEURS INDIVIDUELS	FACTEURS THÉRAPEUTIQUES
<ul style="list-style-type: none">• l'âge* et le sexe• la sévérité• le sous-type diagnostique• les troubles concomitants• la réponse précédente• la sensibilité aux effets indésirables• les biomarqueurs potentiels	<ul style="list-style-type: none">• l'efficacité/la tolérabilité/l'innocuité• l'efficacité en situation réelle• les interactions potentielles avec d'autres médicaments• la simplicité d'utilisation• le syndrome de sevrage• le coût• la comparaison entre le médicament de marque et la formule générique

*NICE recommande de prescrire une posologie qui convient à l'âge de la personne tout en tenant compte de son état physique général et des effets pharmacocinétiques et pharmacodynamiques des médicaments concurrents.

Indications spécifiques pour le choix de l'antidépresseur^{CANMAT, NICE}

- Il faut tenir compte de la toxicité en cas de surdose lors de la prescription d'un antidépresseur ou si la personne prend d'autres médicaments; au besoin, limiter la dose de médicament(s) disponible.
- Comparativement à d'autres antidépresseurs d'usage courant, qui sont aussi efficaces et qui sont recommandés en soins de première ligne :
 - la venlafaxine est associée à un risque accru de décès en cas de surdose;
 - les antidépresseurs tricycliques sont associés à un risque plus élevé de surdose.



Périnatalité et médication

- Dans le contexte de la périnatalité, des facteurs sont à prendre en considération dans le choix de l'antidépresseur.
- Le Centre IMAGE (Info-Médicaments en Allaitement et Grossesse) a pour mission de renseigner les professionnels de la santé sur l'innocuité et les risques associés à la prise de médicaments durant la grossesse et l'allaitement.

Pour joindre le centre IMAGE :



➤ www.chu-sainte-justine.org/Pro/micro-portails.aspx?AxelD=22

Téléphone : 514-345-2333



Faire face à la dépression au Québec



Sommaire des renseignements sur les antidépresseurs^{CANMAT}

Un traitement est recommandé en première intention lorsqu'il offre un bon équilibre entre l'efficacité, la tolérabilité et la validation clinique.

Tableau 7 : Sommaire des renseignements sur les antidépresseurs[†]

MÉDICAMENTS RECOMMANDÉS EN PREMIÈRE INTENTION

ANTIDÉPRESSEUR	MARQUE ^{††}	MODE D'ACTION	POSOLOGIE
Bupropion	Wellbutrin ^a	IRND	150-300 mg
Citalopram	Celexa	ISRS	20-40 mg
Desvenlafaxine	Pristiq	IRSN	50-100 mg
Duloxétine*	Cymbalta	IRSN	60-120 mg
Escitalopram*	Cipralax	ISRS	10-20 mg
Fluoxétine	Prozac	ISRS	20-80 mg
Fluvoxamine	Luvox	ISRS	100-300 mg
Mirtazapine*	Remeron ^b	α_2 – antagoniste adrénergique; 5-HT ₂ antagoniste	30-60 mg
Moclobémide	Manerix	Inhibiteur réversible MAO-A	300-600 mg
Paroxétine	Paxil ^c	ISRS	20-60 mg / 25-50 mg pour LC
Sertraline*	Zoloft	ISRS	50-200 mg
Venlafaxine*	Effexor ^d	IRSN	75-375 mg

MÉDICAMENTS RECOMMANDÉS EN DEUXIÈME INTENTION

ANTIDÉPRESSEUR	MARQUE ^{††}	MODE D'ACTION	POSOLOGIE
Amitriptyline, clomipramine et autres		ATC	Divers
Quétiapine XR	Seroquel XR	Antipsychotique atypique	150-300 mg
Trazodone	Oleptro	Inhibiteur du recaptage de la sérotonine : 5-HT ₂ antagoniste	150-300 mg



MÉDICAMENTS RECOMMANDÉS EN TROISIÈME INTENTION

ANTIDÉPRESSEUR	MARQUE ^{††}	MODE D'ACTION	POSOLOGIE
Phénelzine	Nardil	Inhibiteur - MAO irréversible	45-90 mg
Tranlycypromine	Parnate	Inhibiteur - MAO irréversible	30-60 mg

[†] Le tableau 7 est une adaptation d'un tableau de CANMAT. Les modifications suivantes ont été apportées au tableau : les médicaments qui ne sont pas offerts au Canada ont été retirés, et la posologie du citalopram a été modifiée suite à la mise en garde sur le risque d'anomalies du rythme cardiaque publiée par Santé Canada en janvier 2012. Les produits non offerts au Canada, mais également recommandés sont : l'aglomélatine, la miansérine, le milnacipran, la réboxétine, la tianeptine, et la sélégiline transdermique.

^{††} Pour chaque médicament, plusieurs génériques sont disponibles. Une fois approuvé par Santé Canada, un médicament générique est réputé contenir les mêmes ingrédients actifs que le médicament original et satisfait aux mêmes normes de qualité et d'efficacité (Ordre des Pharmaciens du Québec, 2011). De plus, il est moins onéreux que le médicament original.

* Antidépresseurs de première ligne ayant montré une efficacité supérieure lors d'essais comparatifs.

5-HT = 5-hydroxytryptamine (sérotonine); MAO = monoamine-oxydase; MT = mélatonine; IRND = inhibiteur du recaptage de la noradrénaline et de la dopamine; IRSN = inhibiteur du recaptage de la sérotonine et de la noradrénaline; ISRS = inhibiteur sélectif du recaptage de la sérotonine; ATC = antidépresseurs tricycliques.

^a Offert en formes à libération retardée et à libération prolongée / ^b Offert en forme à dissolution rapide / ^c Offert en forme à libération contrôlée (LC) / ^d Offert en forme à libération prolongée.



Santé Canada diffuse des alertes de sécurité, des avis de santé publique, des mises en garde et d'autres avis provenant de l'industrie sur les produits de santé commercialisés, y compris les produits de santé naturels. Certaines mises en garde publiées concernent les molécules présentées au tableau ci-dessus. Ces informations sont présentées sur le site Web de Santé Canada : <http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/medeff/advisories-avis/index-fra.php>



Phases du traitement^{CANMAT}

Tableau 8 : Phases du traitement pharmacologique^{CANMAT}

PHASE DU TRAITEMENT	DURÉE	OBJECTIFS
Attaque	8 à 12 semaines	<ul style="list-style-type: none">• rémission des symptômes• rétablissement fonctionnel
Entretien	6 à 24 mois, ou davantage	<ul style="list-style-type: none">• rétablissement fonctionnel complet et retour à une qualité de vie pleine et entière• prévention de la rechute

— Information et renseignement au patient^{NICE}

Lors de la prescription d'antidépresseurs :

- explorer les préoccupations de la personne concernant son traitement;
- expliquer en détail les raisons qui justifient la prescription du médicament;
- offrir de la documentation écrite appropriée aux besoins de la personne;
- fournir des renseignements sur la prise d'antidépresseurs.

CINQ MESSAGES CLÉS À TRANSMETTRE À LA PERSONNE SOUFFRANT DE DÉPRESSION^{CANMAT}

1. Prenez vos médicaments tous les jours.
2. Si vous avez des questions sur les effets indésirables ou d'autres préoccupations, appelez votre médecin.
3. Les effets des antidépresseurs ne commencent à se faire sentir qu'après 2 à 4 semaines.
4. Continuez de prendre votre antidépresseur, même si vous vous sentez mieux.
5. N'arrêtez pas de prendre votre antidépresseur sans en parler à votre médecin ou à tout autre professionnel intervenant dans votre suivi.



— Effets indésirables^{NICE}

Avertir la personne qui souffre de dépression du risque potentiel d'augmentation de l'agitation, de l'anxiété et des idéations suicidaires au cours des phases initiales du traitement; rechercher activement ces symptômes et :

- › s'assurer que la personne sait où trouver rapidement de l'aide;
- › revoir le traitement si la personne développe une agitation marquée ou prolongée.

Si la personne atteinte de dépression subit des effets indésirables en début de traitement, lui fournir les renseignements pertinents et envisager l'adoption d'une des stratégies suivantes :

- › si les effets indésirables sont légers et que la personne les tolère, effectuer une surveillance assidue des symptômes en présence;

ou

- › cesser le traitement antidépresseur ou changer d'antidépresseur si la personne le préfère (en portant une attention particulière aux effets indésirables qui pourraient y être associés);

ou

- › après discussion avec le patient, s'il est déterminé qu'il souffre d'anxiété, d'agitation ou d'insomnie, envisager la possibilité d'administrer un traitement concomitant de courte durée avec une benzodiazépine (sauf chez les patients qui présentent des symptômes d'anxiété chronique); ce traitement ne devrait pas durer plus de deux semaines afin d'éviter qu'une dépendance ne se crée.

Innocuité des effets indésirables^{CANMAT}

Le choix d'un antidépresseur doit reposer sur les besoins du patient et sur divers autres éléments, tels que l'innocuité et la tolérabilité. Les dysfonctions sexuelles et le gain de poids sont des motifs courants d'abandon du traitement. Les effets indésirables les plus fréquents associés à l'utilisation des antidépresseurs sont souvent des effets de classe. Cela dit, il existe des différences entre les agents d'une même classe.

L'[annexe G](#) regroupe un ensemble d'informations relatives aux effets indésirables liés à la classe des antidépresseurs, aux dysfonctions sexuelles, et à des effets qui peuvent survenir à l'arrêt de la prise de médication chez les personnes souffrant de dépression.



— 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 9 : 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

L'[annexe H](#) décrit la conduite à tenir en cas de non-réponse ou de réponse incomplète au premier antidépresseur.



— Phase d'entretien et fin du traitement pharmacologique^{NICE}**Phase d'entretien**

Soutenir la personne chez qui un antidépresseur a été bénéfique, et l'encourager à continuer de le prendre pendant six mois après la rémission de l'épisode dépressif; lui expliquer :

- que cela réduit les risques de rechute;
- que les antidépresseurs n'occasionnent pas de dépendance.

Évaluer avec la personne qui souffre de dépression la nécessité de continuer à prendre l'antidépresseur au-delà des six mois qui suivent la période de rémission en tenant compte :

- du nombre d'épisodes de dépression précédents;
- de la présence de symptômes résiduels;
- de l'existence de problèmes physiques et de difficultés psychosociales concurrents.





Fin du traitement^{NICE}

Réduire les doses graduellement, habituellement sur une période de quatre semaines, bien que :

- › certains patients aient besoin de plus de temps, particulièrement lors de la prise de médicaments qui ont une courte demi-vie (comme la paroxétine et la venlafaxine);
- › la réduction graduelle des doses ne soit pas nécessaire lors de la prise de fluoxétine, car elle a une longue demi-vie.

Indiquer au patient qu'il doit consulter son médecin s'il présente des symptômes de sevrage importants. En présence de symptômes de sevrage :

- › s'ils sont légers, surveiller les symptômes et rassurer le patient;
- › s'ils sont intenses, envisager de réintroduire l'antidépresseur prescrit initialement à la dose efficace (ou un autre antidépresseur de la même classe, mais ayant une demi-vie plus longue), puis réduire graduellement la dose tout en surveillant les symptômes.

— Traitement de longue durée^{CANMAT}

Il est difficile de faire des recommandations spécifiques quant aux traitements antidépresseurs de longue durée. Des approches personnalisées, par lesquelles on applique individuellement les données probantes disponibles, ainsi qu'une évaluation attentive des bienfaits (prévention de la rechute) et des risques associés à la poursuite du traitement (p. ex. effets indésirables, coûts) chez chacun des patients seront plus pertinentes sur le plan clinique que des recommandations générales.

« L'évaluation de l'efficacité d'un traitement de la dépression ne doit pas se limiter à la rémission des symptômes (p. ex. un résultat de 5 ou moins au QSP-9), mais doit également prendre en considération le degré de fonctionnement et le bien-être de la personne. »



TRAITEMENTS COMBINÉS^{CANMAT, NICE}

Pour la personne qui souffre de dépression modérée ou sévère, il est recommandé d'offrir une combinaison de traitements antidépresseurs et d'intervention psychologique de haute intensité.

Chez les personnes qui ne répondent pas au traitement pharmacologique ni aux interventions psychologiques, envisager la possibilité de combiner un traitement antidépresseur à une intervention psychologique de haute intensité de type TCC ou PTI.

Tableau 10 : Types de traitements combinés^{CANMAT}

TYPE DE COMBINAISON	CARACTERISTIQUES
Traitements combinés concomitants (le traitement pharmacologique et la psychothérapie au même moment)	<ul style="list-style-type: none"> • La combinaison du traitement pharmacologique et de la TCC ou de la PTI est supérieure à l'un ou l'autre des traitements seuls. Cependant, cette supériorité des résultats est plus marquée chez des clientèles particulières, dont les personnes âgées et les femmes. • Des considérations pratiques, telles que le coût et la disponibilité, peuvent l'emporter sur les bienfaits de traitements combinés concomitants. • La bibliothérapie ainsi que la psychothérapie assistée par ordinateur ont démontré leur efficacité; elles peuvent être particulièrement utiles en combinaison avec le traitement pharmacologique.
Traitements combinés séquentiels (commencer par le traitement pharmacologique, puis ajouter la psychothérapie plus tard)	<ul style="list-style-type: none"> • L'ajout de psychothérapie (TCC ou PTI) est recommandé chez les personnes qui répondent partiellement au traitement pharmacologique dans la phase aigüe du trouble dépressif majeur.
Traitement croisé (traitement pharmacologique aigu suivi d'une psychothérapie lorsque la personne est apte à entamer la phase d'entretien)	<ul style="list-style-type: none"> • L'arrêt d'un traitement médicamenteux efficace pour entreprendre une psychothérapie ne s'est jamais révélé supérieur à la poursuite du traitement pharmacologique. • Le passage à une TCC, à une TCC basée sur la pleine conscience ou à une PTI en l'absence de traitement médicamenteux a démontré des bienfaits importants, avec une prévention de la rechute, généralement comparable à celle occasionnée par la poursuite du traitement pharmacologique.



Tableau 11 : Interventions psychologiques de haute intensité (en combinaison avec un traitement pharmacologique)^{NICE}

TYPE D'INTERVENTION*	L'INTERVENTION DEVRAIT
Thérapie cognitivo-comportementale (TCC)	<ul style="list-style-type: none">➤ habituellement prendre 16 à 20 séances, réparties sur trois ou quatre mois;➤ être abrégée en cas de rémission;➤ être prolongée si la personne fait des progrès et qu'elle et son clinicien jugent que des séances supplémentaires seraient bénéfiques;➤ consister en deux séances par semaine au cours des trois ou quatre premières semaines de traitement;
Psychothérapie interpersonnelle (PTI)	<ul style="list-style-type: none">➤ comporter des séances de suivi, habituellement trois ou quatre séances au cours des trois à six mois suivants.

* L'activation comportementale n'est pas retenue, car les données probantes quant à son efficacité ne sont pas suffisantes pour en faire une recommandation clinique lorsqu'utilisée en traitement combiné.

➤ Lorsque les diverses stratégies d'intensification et de combinaison de traitements n'ont pas d'effet sur la dépression, envisager de discuter avec un médecin spécialiste répondant en psychiatrie avant d'orienter la personne vers la deuxième ligne.



POURSUITE DU TRAITEMENT ET PRÉVENTION DE LA RECHUTE^{NICE}**À la rémission**

- Encourager la personne chez qui un antidépresseur a été bénéfique à continuer la médication pendant au moins six mois après la rémission de l'épisode dépressif, et lui expliquer :
 - que cela réduit grandement le risque de rechute;
 - que les antidépresseurs n'occasionnent pas de dépendance.

**Six mois après la rémission**

- Évaluer avec la personne la nécessité de continuer à prendre l'antidépresseur au-delà des six mois qui suivent la période de rémission en tenant compte :
 - du nombre d'épisodes de dépression précédents;
 - de la présence de symptômes résiduels;
 - de l'existence de problèmes de santé physiques concomitants et de difficultés psychosociales.

**S'il y a un risque de rechute significatif ou s'il y a un antécédent de dépression récurrente**

- Discuter des différentes options de traitement avec la personne, en tenant compte des traitements antérieurs et de la préférence du patient.





OU



OU



POURSUIVRE LA MÉDICATION

- Recommander la prise d'un antidépresseur pour au moins deux ans.
- Maintenir le dosage pour lequel le traitement en phase d'attaque a été efficace (sauf si des effets indésirables sont présents) pour les personnes :
 - qui ont eu au moins deux épisodes récents de dépression ayant mené à une détérioration significative du degré de fonctionnement;
 - qui présentent d'autres facteurs de risque de rechute;
 - pour qui les conséquences d'une rechute risquent d'être graves.

Après deux ans

- Réévaluer le traitement avec la personne en tenant compte de son âge, des comorbidités et des autres facteurs de risque; par la suite, réévaluer aussi régulièrement que nécessaire.

AUGMENTER LA MÉDICATION

- Une personne ayant eu plusieurs épisodes dépressifs et ayant répondu adéquatement à une augmentation de médication devrait poursuivre ce traitement, si les effets indésirables sont acceptables. Si toutefois une médication doit être interrompue, ce devrait être le médicament d'augmentation.
- Ne pas utiliser le lithium seul pour prévenir la rechute.

OFFRIR UNE INTERVENTION PSYCHOLOGIQUE

- Offrir une TCC individuelle pour les personnes qui ont vécu une rechute malgré la prise d'antidépresseurs et pour les personnes ayant un historique de dépression significatif et présentant des symptômes résiduels, et ce, en dépit du traitement.
- habituellement, offrir 16 à 20 séances, réparties sur trois ou quatre mois;
- s'il est nécessaire de poursuivre l'intervention psychologique pour atteindre la rémission, offrir deux séances par semaine pour les deux à trois premières semaines; inclure également de quatre à six séances de suivi au cours des six mois suivants.

Ou

- Offrir une thérapie cognitive basée sur la pleine conscience aux personnes qui vont bien actuellement, mais qui ont vécu au moins trois épisodes de dépression.
- Offrir des séances de deux heures en groupe de huit à quinze personnes sur une base hebdomadaire durant huit semaines. Offrir également quatre séances de suivi au cours des douze mois suivants.



Tableau 12 : Interventions psychologiques de haute intensité à envisager pour la prévention de la rechute

TYPE D'INTERVENTION	L'INTERVENTION DEVRAIT
Thérapie cognitive basée sur la pleine conscience (destinée aux personnes qui vont bien actuellement, mais qui ont vécu au moins trois épisodes de dépression)	habituellement consister en 16 à 20 séances, réparties sur trois ou quatre mois <ul style="list-style-type: none"> ➤ être abrégée si une rémission a lieu; ➤ être prolongée si la personne fait des progrès et qu'elle et son clinicien jugent que des séances supplémentaires seraient bénéfiques;
Psychothérapie CBASP* (destinée aux personnes atteintes de dépression chronique)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ consister en deux séances par semaine au cours des trois ou quatre premières semaines de traitement; ➤ comprendre des séances de suivi, habituellement trois ou quatre séances au cours des trois à six mois suivants.

* Cognitive-Behavioral Analysis System of Psychotherapy (système d'analyse cognitivo-comportementale de la psychothérapie)

Réévaluer régulièrement l'état de la personne et envisager, au besoin, l'aiguillage vers des interventions plus poussées.





ÉTAPE 4 – Dépression sévère et complexe : principes de soins

Cette quatrième étape relève davantage des soins spécialisés et dépasse le cadre fixé dans ce protocole, soit le traitement de la dépression en première ligne. Toutefois, il apparaissait pertinent de fournir quelques principes généraux de soins propres à cette étape.

Lors d'une dépression complexe, la personne peut démontrer une réponse inadéquate à de multiples traitements. La dépression est parfois compliquée par des symptômes psychotiques ou associée à une comorbidité psychiatrique importante, à des troubles concomitants, ou à des facteurs psychosociaux graves et complexes. La personne peut se trouver en situation de risque pour la vie ou d'autonégligence grave.

PRINCIPES DE SOINS^{NICE}

- Faire appel aux services de crise et aux équipes mobiles pour gérer les crises des personnes souffrant de dépression sévère qui représentent un risque important, et pour assurer des soins aigus de qualité. Surveiller le risque de manière à permettre aux personnes de mener leur vie sans perturbation majeure.
- Dans les services de deuxième ligne de santé mentale, le traitement médicamenteux devrait être entrepris sous la supervision d'un psychiatre.
- Établir un plan de soins multidisciplinaire avec la personne (et avec sa famille ou son soignant, si le patient accepte), lequel :
 - définit le rôle de chaque professionnel concerné;
 - comprend un plan en cas de crise énumérant les facteurs déclencheurs potentiels et les stratégies permettant de les gérer;
 - est transmis au patient, à son médecin omnipraticien, et à toute autre personne concernée.



SOINS EN MILIEU HOSPITALIER ET ÉQUIPES DE RÉOLUTION DE CRISE ET DE SUIVI DANS LA COMMUNAUTÉ

- › Envisager l'hospitalisation pour les personnes qui présentent un risque élevé de suicide, d'automutilation, ou d'autonégligence.
- › La gamme complète des interventions psychologiques d'intensité élevée devrait normalement être offerte en milieu hospitalier. Envisager toutefois d'augmenter l'intensité et la durée des interventions, et s'assurer que le traitement pourra être administré avec efficacité et efficience au moment où la personne obtiendra son congé.
- › Songer à utiliser les services de crise et de suivi à domicile pour les personnes qui pourraient bénéficier d'un congé précoce de l'hôpital.

TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE DE LA DÉPRESSION AVEC SYMPTÔMES PSYCHOTIQUES

- › Pour les personnes qui souffrent de dépression et qui présentent des symptômes psychotiques, songer à intégrer des antipsychotiques à leur plan de traitement.

ÉLECTROCHOCS ET TECHNOLOGIES ÉMERGENTES

- › Les électrochocs font l'objet de recommandations cliniques du CANMAT pour les personnes souffrant de dépression grave résistante au traitement. Les électrochocs constituent un traitement de premier recours dans certaines circonstances cliniques, comme des idéations suicidaires aiguës ou une dépression avec des symptômes psychotiques.
- › La stimulation magnétique transcrânienne est recommandée comme traitement de deuxième recours pour la dépression majeure résistante au traitement.
- › D'autres technologies émergentes, telles que la stimulation du nerf vague et la stimulation cérébrale profonde, ne présentent pas de données probantes suffisantes à ce jour pour faire l'objet de recommandations cliniques.



Produits de santé naturels^{CANMAT, NICE}

Pour cette section du protocole, nous ne présentons pas de recommandations cliniques spécifiques quant à l'utilisation de produits naturels en lien avec le traitement de la dépression majeure. Cette décision s'appuie sur trois points principaux:

- 1- les essais cliniques randomisés sur les traitements complémentaires demeurent peu nombreux et présentent, dans certains cas, des lacunes méthodologiques;
- 2- la sécurité des produits est peu documentée, dont les interactions médicamenteuses possibles;
- 3- les dosages proposés ne correspondent pas nécessairement à ceux utilisés dans les essais cliniques, ce qui limite l'applicabilité dans la pratique clinique.

Néanmoins, considérant que certains de ces produits sont fréquemment utilisés par les personnes souffrant de dépression majeure, nous avons jugé important d'informer les cliniciens quant aux principales informations que l'on retrouve dans les deux guides de pratique consultés. Dans le guide de pratique clinique du CANMAT, des recommandations cliniques sont formulées quant aux produits nutraceutiques (Oméga-3, SAM-e, DHEA et acide folique) et à la phytothérapie (Millepertuis, Crocus Savitus) ([voir annexe I](#)). Dans le guide de pratique clinique de NICE, seul le Millepertuis a fait l'objet d'une évaluation. Nous vous suggérons fortement de consulter le guide de pratique clinique du CANMAT pour un survol des enjeux associés à l'utilisation de ces produits.

Note sur l'usage du Millepertuis

De manière générale, il est important d'informer les personnes souffrant de dépression des effets indésirables potentiels de différents produits de santé naturels, notamment dans le cas du Millepertuis.

Malgré son efficacité reconnue pour le traitement de la dépression majeure légère à modérée, NICE recommande de ne pas prescrire ou conseiller son utilisation aux personnes souffrant de dépression en raison des incertitudes concernant le dosage approprié, la durée de l'effet, les variations dans la préparation des produits (pouvant varier d'un fabricant à l'autre) et les interactions médicamenteuses potentielles graves (dont les médicaments utilisant l'enzyme CYP450, tels que les contraceptifs oraux, les anticoagulants, les anti-infectieux).



L'Ordre des pharmaciens du Québec (OPQ) et le Collège des médecins du Québec (CMQ) ont publié conjointement, à l'intention de la population, une brochure d'information sur les produits de santé naturels. Intitulé Les produits de santé naturels, parlez-en avec votre médecin ou votre pharmacien, ce document a pour objectif principal de renseigner la population sur les interactions médicamenteuses liées aux principaux produits de santé naturels et les précautions à prendre lorsqu'on les utilise.

Vous pouvez télécharger cette brochure sur l'un ou l'autre des sites web de l'OPQ ou du CMQ.

> www.cmq.org/fr/Public/Profil/Commun/AProposOrdre/Publications/Depliant.aspx

> www.opq.org





- ADAPTE Collaboration (2007). *Manual for Guideline Adaptation, version 1.0*. ADAPTE Collaboration.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA) [2003]. *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4e édition-texte révisé* (DSM-IV-TR traduit par J.-D. Guelfi et coll.). Paris : Masson.
- BENNETT-LEVY, J., et al. (2010). *Oxford Guide to Low Intensity CBT Interventions*. Oxford: Oxford University Press.
- CANMAT (2009). Clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults, *Journal of affective disorder*, 117, S1-S64.
- DIRECTION DES COMMUNICATIONS, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2008). *Guichet d'accès en santé mentale pour la clientèle adulte des CSSS. La force des liens*. Québec, gouvernement du Québec.
- GILBODY, S., BOWER, P., FLETCHER, J., RICHARDS, D. & SUTTON, A. (2006). A Cumulative Meta-analysis and Review of Longer-term Outcomes, *Archive of Internal Medicine*, 166, 2314-2321.
- INSTITUTE OF HEALTH ECONOMICS (2008). Déclaration commune sur la dépression chez les adultes : Comment améliorer la prévention, le diagnostic et le traitement (Calgary, 17 octobre 2008), Conférence de concertation sur la dépression chez les adultes.
- KATES, N., et al. (2011). L'évolution des soins de santé mentale en collaboration au Canada : Une vision d'avenir partagée, *The Canadian Journal of Psychiatry*, 56, 1-10.
- KATON, W. & SEELING, M. (2008). Population-Based Care of Depression: Team Care Approaches to Improving Outcomes, *JOEM*, 50, 459-467.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2011). *Orientations relatives à l'organisation des soins et services offerts à la clientèle adulte par les équipes en santé mentale de première ligne en CSSS*, Québec : gouvernement du Québec.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2010). *Prévention du suicide : Guide de bonnes pratiques à l'intention des intervenants des centres de santé et des services sociaux*. Québec : gouvernement du Québec, 83 pages.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2005). *Plan d'action en santé mentale 2005-2010. La force des liens*, Québec, gouvernement du Québec.
- NATIONAL COLLABORATING CENTRE FOR MENTAL HEALTH (commissioned by the National Institute for Health & Clinical Excellence) [2010]. *Depression: The NICE Guideline on the treatment and management of depression in adults. Updated edition*, Leicester, London, UK: The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists.
- NICE (2009). *Depression. Treatment and management of depression in adults, including adults with a chronic physical health problem. Quick reference guide*, London, UK: National Institute for Health and Clinical Excellence.
- ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC (2007). *Prévenir le suicide pour préserver la vie : guide de pratique clinique*, Westmount, OIIQ.
- ORDRE DES PHARMACIENS DU QUÉBEC (Page consultée en 2012). «Médicaments d'origine et médicaments génériques» [en ligne], <http://www.opq.org/fr-CA/grand-public/les-medicaments/medicaments-d-origine-et-medicaments-generiques>
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS) (Page consultée en 2011). «Dépression» dans *Mental Health*, [en ligne], http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/#.
- WAGNER, E. H., et al. (2001). Improving chronic illness care: translating evidence into action. *Health Affairs*, 20, 64-78



CANMAT

Dans le CANMAT, les recommandations quant à la séquence des traitements sont fondées sur le niveau de preuves et la validation clinique. Une recommandation de première intention suppose « un équilibre en matière d’efficacité, de tolérabilité et de soutien clinique ». Il y a validation clinique lorsque des comités du CANMAT ont estimé que les interventions étayées par des preuves étaient réalistes et applicables au quotidien. Par conséquent, les traitements aux niveaux de preuves supérieurs peuvent être déclassés à des lignes de traitement inférieures en raison de problèmes cliniques, tels qu’effets indésirables ou profil d’innocuité. Les traitements de deuxième et de troisième intention sont réservés aux situations où les traitements de première intention sont contre-indiqués, ne peuvent pas être utilisés, ou se sont montrés inopérants.⁷

NIVEAU DE PREUVES	CRITÈRES
1	Au moins 2 essais comparatifs randomisés (ECR) avec effectif suffisant, de préférence avec placebo, et (ou) méta-analyse avec intervalles de confiance étroits
2	Au moins 1 ECR avec effectif suffisant, et (ou) méta-analyse avec intervalles de confiance étendus
3	Études comparatives prospectives sans randomisation ou série de cas ou études rétrospectives de grande qualité
4	Opinion/consensus d’experts
RECOMMANDATIONS	CRITÈRES
1 ^{re} intention	Preuves de niveau 1 ou 2 avec validation clinique
2 ^e intention	Preuves de niveau 3 (minimum) avec validation clinique
3 ^e intention	Preuves de niveau 4 (minimum) avec validation clinique

⁷PATTEN, S. B., et al. (2009). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) - Clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults, *Journal of affective disorder*, 117, S5-S14.



NICE

Le guide de pratique clinique (GPC) *Depression. The NICE guideline on the treatment and management of depression in adults, updated edition* (2010) expose la méthodologie menant à la rédaction des recommandations, lesquelles reposent sur un éventail de preuves scientifiques et autres, telles que des témoignages d'experts, des points de vue des médecins et intervenants, des discussions et débats du comité.

L'approche GRADE (*Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*) d'évaluation des données permet d'évaluer la qualité de la preuve, de même que les résultats de sa synthèse. Pour chaque résultat (étude), la cote de qualité peut être diminuée en fonction des facteurs suivants :

- méthodologie (essai randomisé, étude par observation, ou toute autre preuve);
- limites (fondées sur la qualité des études individuelles);
- résultats incohérents;
- caractère indirect de la preuve (soit à quel point les mesures, les interventions et les sujets de l'étude correspondent aux intérêts);
- imprécision (en fonction de l'intervalle de confiance autour de l'ampleur de l'effet).

La qualité de la preuve est cotée selon les définitions suivantes :

- Élevée : de nouvelles recherches seraient très peu susceptibles de changer notre degré de confiance dans l'estimation de l'effet.
- Modérée : de nouvelles recherches pourraient nettement ébranler notre degré de confiance dans l'estimation de l'effet et pourraient nous mener à revoir cette estimation.
- Faible : de nouvelles recherches risquent fort d'ébranler notre degré de confiance dans l'estimation de l'effet et nous inciteront certainement à revoir cette estimation.
- Très faible : estimation très incertaine de l'effet.

Toutefois, dans le GPC de NICE, il n'y a pas de gradation des recommandations en fonction des niveaux de preuves.

Pour plus de détails sur la façon de coter la qualité de la preuve et la pertinence des recommandations, veuillez consulter le document *Methods for development of NICE public health guidance, second edition* (2009). Londres: National Institute for Clinical Excellence). En ligne : www.nice.org.uk.



ANNEXE B – QUESTIONNAIRE DE SANTÉ DU PATIENT (QSP-9)⁸

QUESTIONNAIRE SUR LA SANTÉ DU PATIENT-9 (PHQ-9)

Au cours des **deux dernières semaines**, à quelle fréquence avez-vous été dérangé(e) par les problèmes suivants?

(Utilisez un « ✓ » pour indiquer votre réponse)

	Jamais	Plusieurs jours	Plus de sept jours	Presque tous les jours
1. Peu d'intérêt ou de plaisir à faire des choses	0	1	2	3
2. Se sentir triste, déprimé(e) ou désespéré(e)	0	1	2	3
3. Difficultés à s'endormir ou à rester endormi(e), ou trop dormir	0	1	2	3
4. Se sentir fatigué(e) ou avoir peu d'énergie	0	1	2	3
5. Peu d'appétit ou trop manger	0	1	2	3
6. Mauvaise perception de vous-même — ou vous pensez que vous êtes un perdant ou que vous n'avez pas satisfait vos propres attentes ou celles de votre famille	0	1	2	3
7. Difficultés à se concentrer sur des choses telles que lire le journal ou regarder la télévision	0	1	2	3
8. Vous bougez ou parlez si lentement que les autres personnes ont pu le remarquer. Ou au contraire — vous êtes si agité(e) que vous bougez beaucoup plus que d'habitude	0	1	2	3
9. Vous avez pensé que vous seriez mieux mort(e) ou pensé à vous blesser d'une façon ou d'une autre	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING 0 + _____ + _____ + _____

=Total Score: _____

Si vous avez coché **au moins un** des problèmes nommés dans ce questionnaire, répondez à la question suivante : dans quelle mesure ce(s) problème(s) a-t-il (ont-ils) rendu **difficile(s)** votre travail, vos tâches à la maison ou votre capacité à bien vous entendre avec les autres?

Pas du tout
difficile(s)

Plutôt
difficile(s)

Très
difficile(s)

Extrêmement
difficile(s)

Ce questionnaire est disponible en plusieurs langues et peut être téléchargé à l'adresse suivante : www.phqscreeners.com

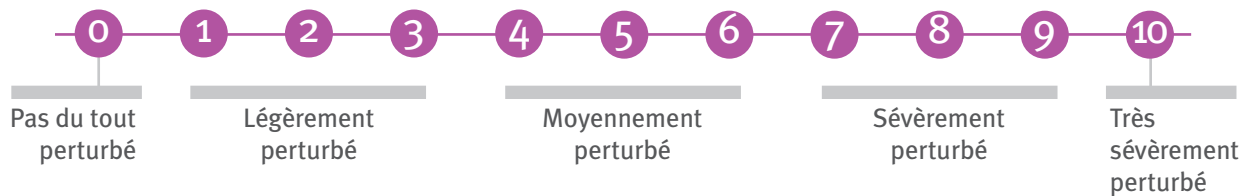
⁸ Mis au point par Dr Robert L. Spitzer, Dr Janet B. Williams, Dr Kurt Kroenke et collègues, et grâce à une bourse d'étude de Pfizer Inc.



ANNEXE C – ÉCHELLE DE SHEEHAN⁹

Nom du patient : _____ Date : _____

Sur une échelle de 0 à 10, suivant le diagramme ci-dessous, indiquez le nombre qui décrit le mieux votre degré de gêne ou d'incapacité aujourd'hui dans chacun des domaines suivants : Travail, Vie Sociale et Activités de loisir, Vie Familiale et Responsabilités Domestiques.



Travail :

A l'heure actuelle, du fait de votre problème, dans quelle mesure votre travail est-il perturbé ?

_____ (0 – 10)

Vie Sociale et Loisirs :

A l'heure actuelle, du fait de votre problème, dans quelle mesure votre vie sociale et vos loisirs sont-ils perturbés ?

_____ (0 – 10)

Vie de famille et responsabilités domestiques :

A l'heure actuelle, du fait de votre problème, dans quelle mesure votre vie familiale et vos responsabilités domestiques sont-elles perturbées ?

_____ (0 – 10)

⁹ Copyright 1983-2010 David V. Sheehan. Tous droits réservés. Reproduit avec la permission de l'auteur.



ANNEXE D – ÉCHELLES D'ÉVALUATION POUR LES TROUBLES DÉPRESSIFS¹⁰

ÉCHELLES	OBJECTIF PRINCIPAL	POPULATION	DURÉE
TROUBLE DÉPRESSIF			
BDI-II Beck Depression Inventory- Second Edition	Évaluer la sévérité de la symptomatologie dépressive	Adultes et adolescents	5 à 10 minutes
CES-D Center for Epidemiologic Studies Depression Rating Scale	Évaluer la symptomatologie dépressive dans la population générale	Adultes et adolescents	5 à 10 minutes
PHQ-9 Patient Health Questionnaire 9	Dépister la dépression dans les services de première ligne	Adultes et adolescents	< 5 minutes
QIDS-SR Quick Inventory of Depressive Symptomatology, Self-Rated	Évaluer la sévérité des symptômes dépressifs	Adultes, adolescents et personnes âgées	5 minutes
ZUNG-SR Zung Self-Rating Depression Scale	Évaluer la symptomatologie dépressive	Adultes et adolescents	5 minutes
INCAPACITÉ			
Sheehan Disability Scale	Évaluer le degré d'incapacité	Adultes	< 5 minutes
LEAPS Lam Employment absence and Productivity	Évaluer le degré d'incapacité fonctionnelle au travail	Adultes	< 5 minutes
TROUBLE ANXIEUX ET DÉPRESSIF / DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE			
DASS Depression Anxiety Stress Scale	Détecter les principaux symptômes de dépression, d'anxiété et de stress	Adultes et adolescents	10 minutes
HADS Hospital Anxiety and depression Scale	Dépister la dépression et l'anxiété	Adultes, adolescents de plus de 16 ans et personnes âgées	< 5 minutes
GHQ General Health Questionnaire	Dépister la détresse psychiatrique associée à la maladie physique	Adultes, adolescents et personnes âgées	Variable, selon la version
K-10 Kessler 10	Dépister les troubles mentaux sévères	Adultes	5 minutes
DÉPRESSION EN PÉRIODE PÉRINATALE OU POSTNATALE			
EPDS Edimbourg Postnatal Depression Scale	Dépister les troubles dépressifs chez les femmes en période péri- ou postnatale	Femmes	5 minutes

¹⁰ Les échelles présentées dans ce tableau ont été recommandées dans les guides de pratiques cliniques de NICE et de CANMAT.



TYPE D'ÉVALUATION	ÉCHELLE ET COTATION	ACCÈS
Auto-administré	21 questions, cotées sur une échelle de 0 à 3	www.pearsonassessments.com/pai
Auto-administré	20 questions, cotées sur une échelle de 0 à 3 / 3 à 0	Droits réservés
Auto-administré	9 questions, cotées sur une échelle de 0 à 3	www.phqscreeners.com
Auto-administré	16 questions, cotées sur une échelle de 0 à 3	www.ids-qids.org
Auto-administré	20 questions, cotées sur une échelle de 1 à 4 / 4 à 1	www.gsk.com
Auto-administré	3 questions, cotées sur une échelle de 0 à 10, et 2 questions facultatives	www.cqaimh.org/tool_level.html
Auto-administré	10 questions, cotées sur une échelle de 0 à 4	Droits réservés r.lam@ubc.ca
Auto-administré	42 questions, cotées sur une échelle de 0 à 3	www.psy.unsw.edu.au/
Auto-administré	14 questions, cotées sur une échelle de 0 à 3	www.nfer-nelson.co.uk
Auto-administré	Versions à 60 questions, 30 questions, 28 questions et 12 questions. La méthode de cotation varie selon la version.	www.nfer-nelson.co.uk
Auto-administré OU administré par un clinicien	10 questions, cotées sur une échelle de 1 à 5	www.hcp.med.harvard.edu/ncs/k6_scales.php
Auto-administré	10 questions, cotées sur une échelle allant de jamais à souvent/toujours	www.psymontreal.com/forms/formulaires_fr.htm



Pour les personnes souffrant de dépression et leurs proches

- ADDIS, M. E. & MARTELL, C. R. (2009). *Vaincre la dépression une étape à la fois* (J.-M. Boisvert et M.-C. Blais, traducteurs. Version française du livre *Overcoming depression one step at a time*). Montréal : Les Éditions de l'Homme.
- BILSKER, D. & PATERSON, R. (2009). *Guide d'autosoins pour la dépression : Développer des stratégies pour surmonter la dépression (version française du livre Antidepressant skills workbook)*. 2^e édition. Vancouver, Canada : Simon Fraser University.
- BURNS, D. (1994). *Être bien dans sa peau* (version française du livre *Feeling good: the new mood therapy*). Saint-Lambert : Les Éditions Héritage.
- GREENBERGER, D. & PADESKY, C. A. (2004). *Dépression et anxiété : Comprendre et surmonter par l'approche cognitive* (F. Chassé, W. Pilon et P. Morency, traducteurs. Version française du livre *Mind Over Mood: Change how you feel by changing the way you think*). Ville Mont-Royal, Québec : Décarie Éditeur.
- MORIN, C. M. (1997). *Vaincre les ennemis du sommeil*. Montréal : Les Éditions de l'Homme.

Pour les cliniciens

- ADDIS, M. E., JACOBSON, N. S. & MARTELL, C. R. (2001). *Depression in Context: Strategies for Guided Action*. New York: W. W. Norton & Co.
- BAUER, M. S. & MCBRIDE, L. (2001). *Thérapie de groupe pour le trouble bipolaire: Une approche structurée*. Paris: Médecine et Hygiène.
- BECK, A. T. (1987). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford.
- BENNETT-LEVY, J., ET AL. (2010). *Oxford Guide to Low Intensity CBT Interventions*. Oxford: Oxford University Press.
- BEZCHLIBNYK-BUTLER, K. Z. & JEFFRIES, J. J. (2009). *Clinical Handbook of Psychotropic Drugs*. Toronto: Hogrefe & Huber Publishers. (18^e édition).
- BLACKBURN, M. & COTTRAUX, M. (2008). *Psychothérapie cognitive de la dépression, 3^e édition*. Paris : Masson.
- CHALOULT, L. (2008). *La thérapie cognitivo-comportementale*. Montréal : Gaëtan Morin.



- COTTRAUX, J. (2011). *Les psychothérapies comportementales et cognitives, 5^e édition*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier/Masson.
- FERRERO, F. & AUBRY, J.-M. (2009). *Traitements psychologiques des troubles bipolaires*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Mason SAS.
- GREENBERG, L. S. & WATSON, J. C. (2006). *Emotion focussed therapy for depression*. APA Books.
- HOULE, J., LESPERANCE, F. & BEAULIEU, M.-D. (2009). Partager la décision clinique dans le traitement de la dépression, *Le Médecin du Québec*, 44, 10, p.27-31.
- MARTELL, C.R., DIMIDJIAN, S., HERMAN-DUNN, R. & LEWINSOHN, P.M. (2010). *Behavioral Activation for Depression: A Clinician's Guide* (1st ed.). New York : The Guilford Press..
- MIRABEL-SARRON, C. & LEYGNAC-SOLIGNAC, I. (2011). *Les troubles bipolaires : de la cyclothymie au syndrome maniaco-dépressif* (2^e éd.). Paris : Dunod.
- MORIN, C. M. & ESPIE, C. A. (2003). *Insomnia: A clinical guide to assessment and treatment*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- PERSONS, J. B., DAVIDSON, J. & TOMPKINS, M. A. (2001). *Essential components of cognitive behavior therapy for depression*. Washington: American Psychological Association.
- ROTH, A. & FONAGY, P. (2006). *What works for whom? A critical review of psychotherapy research*. 2^e édition. New York: The Guilford Press.
- SEGAL, Z. F., WILLIAMS, J. M. G. & TEASDALE, J. D. (2002). *Mindfulness-based Cognitive Therapy for Depression: A New Approach to Preventing Relapse*. New York: Guilford Press.
- WEISSMAN, M. M., MARKOWITZ, J. C. & KLERMAN, G. L. (2006). *Guide de psychothérapie interpersonnelle* (traduction révisée par S. Patry, D. Allaire et B. Ouellet. Version française du livre *A Comprehensive guide to interpersonal psychotherapy*). Aquarium Média.



DESCRIPTION DES INTERVENTIONS PSYCHOSOCIALES ET PSYCHOLOGIQUES DE FAIBLE INTENSITÉ**Bibliothérapie**

La bibliothérapie est un type d'autogestion des soins réalisé à l'aide de livres ou d'autre matériel écrit. Ces documents fournissent des informations, ainsi que des exercices que la personne fait elle-même.

Autogestion des soins^{11, 12}

Le soutien à l'autogestion comporte deux volets : premièrement, l'offre de guides d'autogestion ou de programmes interactifs en ligne aux personnes souffrant de problèmes de santé mentale; deuxièmement, l'offre d'un soutien minimal, comme l'encouragement et l'aide pour fixer des objectifs, fourni par des prestataires de soins, des pairs aidants ou des membres de la famille. La plupart des documents d'autogestion des problèmes de santé mentale sont fondés sur des données probantes, mettent l'accent sur la dépression ou les troubles anxieux, et sont basés sur la thérapie cognitivo-comportementale.

Thérapie cognitivo-comportementale assistée par ordinateur¹³

Séances structurées de TCC offertes par ordinateur (intervention semblable à la bibliothérapie). Ces séances peuvent être suivies sur Internet ou au moyen d'un cédérom interactif. Les interventions peuvent être soutenues ou non par un professionnel. Certains programmes de thérapie cognitivo-comportementale assistée par ordinateur ne sont accessibles que par l'entremise d'un professionnel de la santé. Certains autres, par contre, sont offerts gratuitement sur Internet. (Cette modalité d'intervention est actuellement peu accessible au Québec).

Programmes structurés d'activités physiques^{14, NICE}

Programmes d'activités physiques dont la fréquence, l'intensité et la durée sont spécifiées lorsqu'ils sont utilisés dans le traitement de la dépression, et pouvant être suivis seul ou en groupe. Les activités physiques peuvent être de nature aérobique (entraînement cardiorespiratoire) ou anaérobique (entraînement de renforcement musculaire, d'endurance, de flexibilité, et de coordination et relaxation).

¹¹ BILSKER, D. (2010). Le soutien à l'autogestion : maximiser les effets des soins de première ligne en santé mentale. *Quintessence*, 2(1), 1-2.

¹² MCKENDREE-SMITH, N.L., et al. (2003). Self-administered treatments for depression: a review. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 275-288.

¹³ JORM, A. F., ALLEN, N. B., MORGAN, A. J. & PURCELL, R. (2009). *A Guide to What Works for Depression*. Beyondblue: Melbourne.

¹⁴ AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE. (1980). 1980 American College of Sports Medicine Annual Meeting. *Medicine & Science in Sports & Exercise*. 12(2), v-144.



Thérapie de résolution de problème

La thérapie de résolution de problème est une intervention psychologique structurée, de faible intensité et limitée dans le temps, qui permet d'apprendre à faire face à des problèmes spécifiques, et où le thérapeute et le patient travaillent de concert afin de déterminer les principaux problèmes et d'établir les priorités; de scinder les problèmes en tâches précises pouvant être facilement gérées; de résoudre les problèmes; et de développer des comportements d'adaptation appropriés.

DESCRIPTION DES INTERVENTIONS PSYCHOLOGIQUES DE HAUTE INTENSITÉ

Thérapie cognitivo-comportementale (TCC)^{NICE}

La thérapie cognitivo-comportementale est définie comme une intervention psychologique structurée et limitée dans le temps, issue du modèle cognitivo-comportemental des troubles affectifs où le patient :

- travaille en collaboration avec le thérapeute afin de reconnaître les types de pensées, de croyances et d'interprétations, et leurs effets sur les symptômes, états émotionnels et (ou) problèmes actuels;
- développe des compétences pour reconnaître, surveiller, puis remplacer les pensées, croyances et interprétations problématiques associées aux symptômes/ problèmes cibles par d'autres plus réalistes, adaptées, fonctionnelles;
- développe diverses stratégies d'adaptation appropriées aux pensées, croyances et (ou) problèmes cibles.

Psychothérapie interpersonnelle (PTI)^{NICE}

La thérapie interpersonnelle est définie comme une intervention psychologique structurée et limitée dans le temps, issue du modèle interpersonnel des troubles affectifs axé sur les problèmes interpersonnels, où le thérapeute et le patient :

- travaillent en collaboration afin de déterminer les effets des principaux domaines problématiques associés aux conflits interpersonnels, aux transitions de rôle, au deuil et à la perte, et de reconnaître les habiletés sociales, de même que leurs effets sur les actuels symptômes, états émotionnels et (ou) problèmes;
- tentent de réduire les symptômes en apprenant à s'adapter à ces situations ou à résoudre ces problèmes interpersonnels.



Activation comportementale¹⁵

L'activation comportementale découle du principe selon lequel l'évitement renforcé négativement est le mécanisme clé qui maintient la dépression, mais l'évitement réduit également le nombre d'occasions, pour les gens, de faire l'expérience du renforcement positif. L'activation comportementale se concentre sur la diminution de l'évitement renforcé négativement, plutôt que de proposer uniquement des occasions d'activités positives.

AUTRES TYPES D'INTERVENTIONS

Thérapie cognitive basée sur la conscience^{16, NICE}

La MBCT (thérapie cognitive basée sur la conscience) vise à permettre aux gens à devenir davantage conscients de leurs sensations corporelles, de leurs pensées, et de leurs émotions associées à la rechute de la dépression, et à tirer des conclusions constructives de ces expériences. Cette thérapie repose sur un travail à la fois théorique et empirique montrant que la rechute de la dépression est associée à la réactivation de modes de pensée, d'émotions, et de comportements automatiques qui sont contre-productifs, car ils contribuent au maintien de la rechute et à la récurrence (par exemple, par l'évitement ou la pensée autocritique).

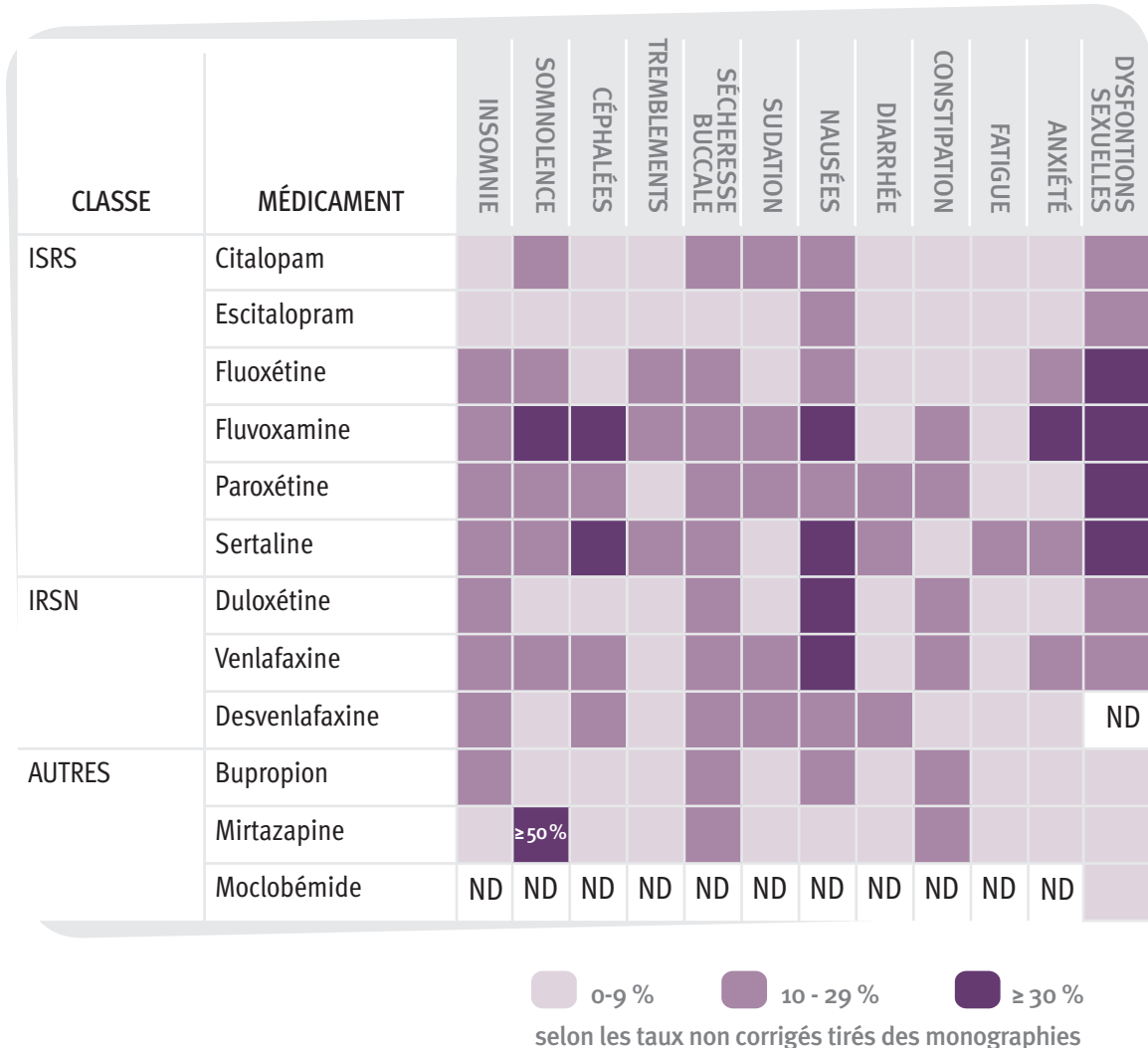
Système d'analyse cognitivo-comportementale de la psychothérapie^{17, 18, 19, CANMAT}

Le CBASP (système d'analyse cognitivo-comportementale de la psychothérapie) est une forme de thérapie qui a été développée spécifiquement pour le traitement de la dépression chronique (Arnow, 2005; McCullough, 2003; Swan et Hull, 2007). Il comprend des stratégies cognitives, comportementales et interpersonnelles, et est axé sur l'aide apportée aux patients pour reconnaître comment les cognitions et comportements mal adaptés influent les uns sur les autres, et entraînent et perpétuent des conséquences négatives. Ces conséquences comprennent les modes relationnels négatifs, lesquels sont considérés comme une difficulté particulière pour les patients souffrant de dépression chronique. La relation thérapeutique sert de médium pour que les comportements interpersonnels négatifs soient changés.

¹⁵ RICHARDS, D.A. *Behavioural activation*, dans BENNETT-LEVY, J. et al. (2010). *Oxford Guide to Low Intensity CBT Interventions*. Oxford: Oxford University Press, 149-150.

¹⁶ LAU, M. A., et al. (2004). Teasdale's differential activation hypothesis: implications for mechanisms of depressive relapse and suicidal behaviour. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 1001-1017.

Fréquences des effets indésirables des antidépresseurs rapportés dans les monographies de produits



¹⁷ ARNOW, B.A. (2005). Cognitive behavioural analysis system of psychotherapy for chronic depression. *Cognitive and Behavioral Practice*, 12, 6–16.

¹⁸ McCULLOUGH, J. P. (2003). Treatment for chronic depression using cognitive behavioral analysis system of psychotherapy (CBASP). *Journal of Clinical Psychology*, 59, 833–846.

¹⁹ SWAN, J. S. & HULL, A. M. (2007). The cognitive behavioural analysis system of psychotherapy: a new psychotherapy for chronic depression. *Advances in Psychiatric Treatment*, 13, 458–469.

²⁰ PARIKH, S.V. (sous la direction de) (2010). *Aide-mémoire du CANMAT sur la dépression*. Toronto : Canadian Network for mood and anxiety treatments.



Effets indésirables selon diverses méta-analyses^{CANMAT}

Tolérabilité globale	<ul style="list-style-type: none"> • La fluvoxamine est moins bien tolérée que les autres ISRS. • Selon les taux d'abandon globaux, l'escitalopram et la sertraline sont mieux acceptés que les autres antidépresseurs.
Effets indésirables gastro-intestinaux	<ul style="list-style-type: none"> • ISRS / IRSN > antidépresseurs dont le principal mode d'action n'est pas le recaptage de la sérotonine (p. ex., bupropion, mirtazapine, moclobémide). • Nausées et vomissements : duloxétine et venlafaxine > ISRS. • Classe des ISRS : <ul style="list-style-type: none"> - Fluoxétine associée à un taux plus élevé de nausées, de vomissements et de diarrhée. - Fluvoxamine associée à un taux plus élevé de nausées. - Sertraline associée à un taux plus élevé de diarrhée. • Pour un même médicament, la formule à libération prolongée entraîne moins de nausées que la formule à libération immédiate. • Effets habituellement plus marqués pendant les 2 premières semaines de traitement.
Effets indésirables neurologiques	<ul style="list-style-type: none"> • De nombreux antidépresseurs peuvent aggraver l'insomnie. • La mirtazapine et la trazodone favorisent le sommeil, mais sont associées à un taux de somnolence diurne. • Somnolence : paroxétine > autres ISRS. • Le recours prudent à des hypnotiques, de type benzodiazépine ou autre, peut améliorer tant le sommeil que la dépression.
Dysfonctions sexuelles	<ul style="list-style-type: none"> • ISRS > IRSN. • Fluoxétine et paroxétine > citalopram et escitalopram. • Le bupropion, la mirtazapine et le moclobémide sont comparables à un placebo quant aux taux de dysfonctions sexuelles.
Gain pondéral	<ul style="list-style-type: none"> • Plus marqué avec les ATC, les IMAO, la paroxétine, la mirtazapine et la trazadone. • Peut-être moindre avec la fluoxétine, l'escitalopram, la venlafaxine et le bupropion.

* ISRS : inhibiteur sélectif du recaptage de la sérotonine; IRSN : inhibiteur du recaptage de la sérotonine et de la noradrénaline; IMAO : inhibiteur de la monoamine-oxydase.



Effets indésirables peu fréquents, mais graves, associés aux ISRS / IRSN^{CANMAT}

Hémorragie gastro-intestinale lors de la prise concomitante d'AINS*	Syndrome sérotoninergique lors de la prise concomitante d'autres agents sérotoninergiques.
Ostéoporose et fractures chez les personnes âgées	Cardiotoxicité : supérieure après une surdose de venlafaxine comparativement aux autres ISRS.
Hyponatrémie	Convulsions : les ATC sont associés à un taux légèrement plus élevé que les autres antidépresseurs.
Agranulocytose	Légère hausse du risque absolu d'idées ou de comportements suicidaires (mais non des suicides) chez les enfants et les adolescents.

*AINS : anti-inflammatoires non stéroïdiens

Conduite à tenir en cas de non-réponse ou de réponse incomplète au premier antidépresseur^{CANMAT}

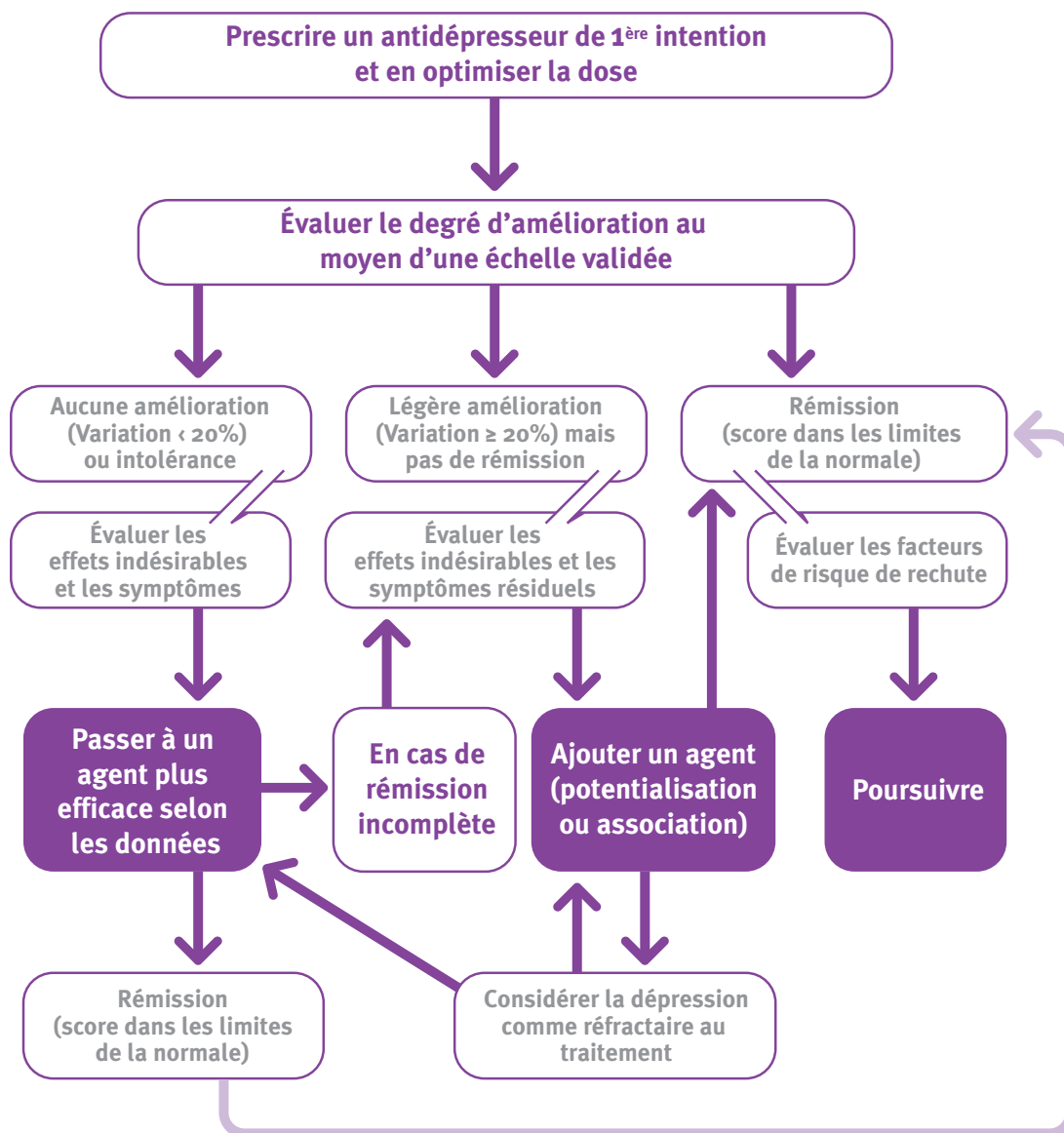
1 ^{re} intention	Passage à un agent plus efficace, selon les données probantes	Escitalopram (niveau 1) Sertalin (niveau 1) Venlafaxine (niveau 1) Duloxétine (niveau 2) Mirtazapine (niveau 2)
	Ajout d'un agent	Aripiprazole (niveau 1) Lithium (niveau 1) Olanzapine (niveau 1) Risperidone (niveau 2)
2 ^e intention	Ajout d'un agent	Bupropion (niveau 2) Mirtazapine (niveau 2) Quétiapine (niveau 2) Triiodothyronine (niveau 2)
	Passage à un agent plus efficace, selon les données probantes, mais ayant des effets indésirables qui en restreignent l'utilisation	Amitriptyline (niveau 2) Clomipramine (niveau 2) IMAO (niveau 2)
3 ^e intention	Ajout d'un agent	Buspirone (niveau 2) Modafinil (niveau 2)

Seuls les antidépresseurs actuellement offerts au Canada figurent dans ce tableau.



ANNEXE H – CONDUITE À TENIR EN CAS DE NON-RÉPONSE OU DE RÉPONSE INCOMPLÈTE AU PREMIER ANTIDÉPRESSEUR²¹

ALGORITHME DE PRISE EN CHARGE EN CAS D'AMÉLIORATION LIMITÉE AVEC L'ANTIDÉPRESSEUR DE PREMIÈRE INTENTION^{CANMAT}



²¹ Ibid.



ALGORITHME SIMPLIFIÉ DE PRISE EN CHARGE EN CAS D'AMÉLIORATION LIMITÉE AVEC L'ANTIDÉPRESSEUR DE PREMIÈRE INTENTION

1^{re} étape : Optimiser la dose, reconsidérer le diagnostic (exclure la dépression bipolaire), évaluer l'adhésion au traitement, ainsi que le degré de réponse et le fardeau des effets indésirables.

2^e étape : En cas d'amélioration minimale ou nulle, passer à un autre antidépresseur de première intention plus efficace, selon les données probantes, ou dont le profil d'effets indésirables est différent.

3^e étape : Si le patient va mieux, sans toutefois se porter parfaitement bien, et qu'il tolère bien son médicament, ajouter un agent en tenant compte de l'efficacité, des effets indésirables et des symptômes résiduels.

4^e étape : En cas de réponse incomplète au deuxième antidépresseur ou au traitement d'appoint, envisager le recours à des stratégies applicables à la dépression réfractaire (p. ex., l'ajout d'un autre agent, le passage à un autre antidépresseur de première intention plus efficace, selon les données probantes, ou à un antidépresseur de deuxième ou de troisième intention).

5^e étape : Une fois la rémission complète bien installée, poursuivre le traitement antidépresseur pendant au moins 6 à 9 mois, puis y mettre fin graduellement. En cas de risque élevé (p. ex., dépression chronique, sévère, fréquente et (ou) difficile à traiter, âge avancé), traiter pendant au moins deux ans.

Remarque : à n'importe quelle étape, on peut ajouter un traitement non pharmacologique étayé par des données probantes (p. ex., TCC, exercices, luminothérapie).



Pour les traitements nutraceutiques et les compléments à bases d'herbes médicinales (phytothérapie*), le clinicien doit faire preuve de prudence en raison des dosages proposés par ces produits qui ne correspondent pas toujours à la dose utilisée lors des essais cliniques. Par ailleurs, il y a peu d'information disponible sur les interactions possibles entre les médicaments et ces produits.

PRODUITS	RECOMMANDATIONS
OMÉGA-3	➤ Recommandé comme traitement complémentaire en cas de trouble dépressif majeur léger ou modéré.
SAM-e	➤ Recommandé comme monothérapie de deuxième intention en cas de trouble dépressif majeur léger ou modéré.
DHEA	➤ Recommandé comme monothérapie en cas de trouble dépressif majeur léger ou modéré. Cependant, en raison de ses effets indésirables et du manque de soutien clinique, il est recommandé comme traitement de troisième intention.
ACIDE FOLIQUE	➤ Agent thérapeutique de troisième intention en cas de trouble dépressif majeur léger ou modéré.

SAM-e = Adénosylméthionine, S-Adenosyl-L-Méthionine; DHEA : déshydroépiandrostérone, déhydroépiandrostérone, sulfate de DHEA, DHEA-S, déshydroisoandrostérone, déhydroisoandrostérone, prastérone, stéroïde anabolisant.

Note : Une grande partie de la preuve concernant les thérapies complémentaires et parallèles est limitée en raison de la taille réduite des échantillons, de problèmes de double insu, et d'essais de courte durée. Dans la plupart des pays, la normalisation de la formule et de la dose des préparations nutraceutiques et à base d'herbes médicinales est limitée, contrairement à celle des agents pharmaceutiques. Le Canada a maintenant des normes de qualité plus strictes que bien des pays depuis l'entrée en vigueur, en 2004, des règlements sur les produits de santé naturels (voir le NPN — numéro de produit naturel — sur les flacons de produits approuvés). Les cliniciens ne doivent pas perdre de vue que les doses indiquées sur les étiquettes peuvent ne pas refléter celles utilisées lors des études cliniques, et qu'il y a très peu de données sur les interactions médicamenteuses que peuvent avoir ces préparations

*Traitement par l'utilisation des plantes

Il est fortement recommandé de se référer directement aux guides de pratique clinique afin de s'assurer de la conduite à tenir quant à l'utilisation des produits naturels.



Interventions psychologiques de haute intensité (page 36)

- › Thérapie cognitivo-comportementale (TCC)
- › Psychothérapie interpersonnelle (PTI)
- › Activation comportementale

Informations sur la pratique de la psychothérapie au Québec (page 36)

Traitements pharmacologiques (page 37)

- › Le choix d'un antidépresseur devrait reposer sur des facteurs cliniques, tels que le profil des symptômes, la comorbidité, le profil de tolérabilité, la réponse antérieure aux traitements, les interactions médicamenteuses, les préférences du patient, le coût.
- › Les antidépresseurs de deuxième génération (ISRS, IRSN, antagoniste des récepteurs adrénergique α -2, IRND, inhibiteur non sélectif du recaptage de la noradrénaline ou de la sérotonine) utilisés comme des médicaments de première intention (p. 38).
- › Lors de la prescription d'antidépresseurs, renseigner et éduquer le patient (p. 43).

Traitements combinés (page 48)

Pour la personne qui souffre de dépression modérée ou sévère, ou pour la personne qui ne répond pas au traitement pharmacologique ni aux interventions psychologiques.

- › Traitements combinés concomitants (le traitement pharmacologique et la psychothérapie au même moment)
- › Traitements combinés séquentiels (commencer par le traitement pharmacologique, puis ajouter la psychothérapie plus tard)
- › Traitements croisés (traitement pharmacologique aigu, suivi d'une psychothérapie lorsque la personne est apte à entamer la phase d'entretien)

ÉTAPE 4 :

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

› page 53

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

ÉTAPE 2 :

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

› page 32

ÉTAPE 1 :

Toutes les présentations connues et soupçonnées de la dépression.

› page 22

Évaluation (page 22)

- › Faire un dépistage judicieux de la dépression en commençant par la reconnaissance des personnes à risque (outil proposé : QSP-2, p. 23).
- › Faire, au besoin, une évaluation plus approfondie en tenant compte de plusieurs éléments : diagnostic (outil proposé : DSM-IV-TR, p. 24), degré de symptomatologie (outil proposé : QSP-9, p. 25), degré de fonctionnement (outil proposé : Échelle de Sheehan, p. 25), facteurs complémentaires (p. 26), et évaluation du risque et de l'urgence suicidaires (p. 27).
- › Quoi faire s'il y a un risque suicidaire (p. 28).
- › Outils en cas de risque suicidaire (p. 30).

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

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

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

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

Interventions psychologiques et psychosociales de faible intensité (page 33)

- › Bibliothérapie
- › Soutien individuel à l'autogestion des soins (Ressources pour le soutien à l'autogestion des soins de la dépression, p. 34)
- › Thérapie cognitivo-comportementale assistée par ordinateur

Autres interventions de faible intensité (page 34)

- › Programme structuré d'activités physiques en groupe
- › Luminothérapie

Soutien, psychoéducation et surveillance active (page 30)

- › Discuter avec la personne du ou des problèmes présentés et des préoccupations qu'elle a à ce sujet.
- › Renseigner la personne sur la dépression et son évolution (fiches d'information, références à des ressources au sein de la communauté).
- › Prévoir une évaluation ultérieure, habituellement au cours des deux semaines suivantes.
- › Communiquer avec la personne si elle ne se présente pas à ses rendez-vous.

Outils d'information et d'éducation (page 31)

Faire face à la dépression au Québec

La réalisation du projet Jalons
a été financée grâce à une
subvention octroyée sans
restriction par ASTRAZENECA
dans le cadre du programme
+ PRENDS SOIN DE TOI +

+ Prends
soin de
toi +

