

Normes
de qualité

Troubles anxieux

Soins dans tous les milieux



Santé Ontario
Qualité

À propos de cette norme de qualité

La présente norme de qualité porte sur les soins offerts aux personnes atteintes de troubles anxieux.

La norme de qualité s'applique à tous les milieux de soins, mais porte principalement sur les soins donnés dans les établissements de soins primaires et en milieu communautaire. Elle porte sur les types de troubles anxieux suivants : phobies spécifiques, trouble d'anxiété sociale, trouble d'anxiété généralisée, trouble panique et agoraphobie. Bien qu'elle mette l'accent sur les soins offerts aux adultes (18 ans et plus), cette norme de qualité comprend également du contenu pertinent pour les soins donnés aux enfants et aux adolescents (moins de 18 ans).

Qu'est-ce qu'une norme de qualité?

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

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

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

Pour obtenir plus de renseignements, veuillez nous communiquer à l'adresse qualitystandards@hqontario.ca.

Valeurs à la base de cette norme de qualité

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

Ces valeurs sont :

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

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

La présente norme de qualité repose sur les principes de respect et de rétablissement présentés dans la Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada, selon laquelle les personnes atteintes de troubles anxieux peuvent mener des vies intéressantes et sont en droit de recevoir des services prodigués dans un milieu qui favorise l'espoir, l'autonomisation, l'autodétermination et la responsabilisation¹, conformément aux valeurs et aux pratiques de soins axées sur le rétablissement.

Le concept de rétablissement fait référence à la « possibilité de mener une vie satisfaisante, valorisante et nourrie par l'espoir en dépit des inconvénients causés par les maladies et les problèmes en lien avec la santé mentale »². Comme le décrit la Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada, « le rétablissement est perçu comme un processus selon lequel les personnes vivant avec des troubles mentaux ou une maladie mentale sont activement engagées et soutenues de manière à ce qu'elles puissent participer activement à leur cheminement vers le bien-être » et chacun y a accès. « Le processus de rétablissement s'appuie non seulement sur les forces de la personne, mais aussi sur celles de sa famille, de sa culture et de sa communauté » et peut être favorisé par divers types de services, de mesures de soutien et de traitements¹.

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

Énoncés de qualité pour améliorer les soins

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

Énoncé de qualité 1 : Détermination

Les personnes soupçonnées d'être atteintes de troubles anxieux font l'objet d'une détermination précoce à l'aide (1) d'un outil d'évaluation validé ou de questions de dépistage reconnues et (2) d'échelles de cotes de gravité validées.

Énoncé de qualité 2 : Évaluation globale

Les personnes soupçonnées d'être atteintes de troubles anxieux ou qui ont reçu un résultat de dépistage positif pour des troubles anxieux font l'objet d'une évaluation globale en temps opportun afin de déterminer si elles ont un trouble anxieux particulier, la gravité de leurs symptômes, si elles présentent des comorbidités et si elles ont une déficience fonctionnelle associée.

Énoncé de qualité 3 : Soutien à la famille

Les personnes atteintes de troubles anxieux sont encouragées à faire participer les membres de leur famille à l'évaluation et au traitement, en tenant compte des besoins et des préférences de chacun. Les membres de la famille sont également orientés vers les ressources et le soutien disponibles et se voient proposer de la psychoéducation.

Énoncé de qualité 4 : Approche par paliers en matière de soins

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

Énoncé de qualité 5 : Auto-assistance

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

Énoncé de qualité 6 : Thérapie cognitivo-comportementale

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

Énoncé de qualité 7 : Traitement pharmacologique

Les personnes atteintes de troubles anxieux modérés à graves, ou celles qui ne répondent pas à un traitement psychologique, se voient offrir un traitement pharmacologique en fonction de leurs besoins et de leurs préférences individuelles et en harmonie avec une approche par paliers en matière de soins.

Énoncé de qualité 8 : Surveillance

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

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

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

Énoncé de qualité 10 : Expertise spécialisée dans les troubles anxieux

Les personnes atteintes de troubles anxieux qui n'ont pas répondu adéquatement aux traitements sont orientées vers un professionnel de la santé possédant une expertise spécialisée dans les troubles anxieux.

Énoncé de qualité 11 : Prévention des rechutes

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

Énoncé de qualité 12 : Transitions dans les soins

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

Table des matières

À propos de cette norme de qualité	1
Qu'est-ce qu'une norme de qualité?	1
Valeurs à la base de cette norme de qualité	2
Énoncés de qualité pour améliorer les soins	4
Portée de cette norme de qualité	7
Justification de la nécessité de cette norme	8
Comment utiliser cette norme de qualité	10
Pour les patients	10
Pour les cliniciens et les organismes	11
Manière de mesurer le succès global	12
Énoncés de qualité pour améliorer les soins : Détails	14
Énoncé de qualité 1 : Détermination	15
Énoncé de qualité 2 : Évaluation globale	20
Énoncé de qualité 3 : Soutien à la famille	24
Énoncé de qualité 4 : Approche par paliers en matière de soins	26
Énoncé de qualité 5 : Auto-assistance	29
Énoncé de qualité 6 : Thérapie cognitivo-comportementale	32
Énoncé de qualité 7 : Traitement pharmacologique	35
Énoncé de qualité 8 : Surveillance	38
Énoncé de qualité 9 : Soutien pendant la réponse au traitement initial	41
Énoncé de qualité 10 : Expertise spécialisée dans les troubles anxieux	44
Énoncé de qualité 11 : Prévention des rechutes	46
Énoncé de qualité 12 : Transitions dans les soins	49
Appendices	51
Appendice 1. Recommandations pour l'adoption : Manière dont le système de soins de santé peut appuyer la mise en œuvre	52
Appendice 2 : Mesure à l'appui de l'amélioration	56
Appendice 3. Glossaire	72
Remerciements	73
Références	75
À propos de nous	78

Portée de cette norme de qualité

La présente norme de qualité porte sur les soins offerts aux personnes qui vivent avec un trouble anxieux. La norme de qualité s'applique à tous les milieux de soins, mais porte principalement sur les soins donnés dans les établissements de soins primaires et en milieu communautaire. Elle porte sur les types de troubles anxieux suivants : phobies spécifiques, trouble d'anxiété sociale, trouble d'anxiété généralisée, trouble panique et agoraphobie. Bien qu'elle mette l'accent sur les soins offerts aux adultes (18 ans et plus), cette norme de qualité comprend également du contenu pertinent pour les soins donnés aux enfants et aux adolescents (moins de 18 ans).

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

La présente norme de qualité utilise la catégorisation des troubles anxieux que l'on retrouve dans le *DSM-5® Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*⁴.

- **Phobie spécifique** : « peur ou anxiété intenses à propos d'un objet ou d'une situation spécifique. La peur ou l'anxiété est disproportionnée par rapport au danger réel engendré par l'objet ou la situation spécifique. »
- **Trouble d'anxiété sociale** : « peur ou anxiété intenses d'une ou plusieurs situations sociales durant lesquelles le sujet est exposé à l'éventuelle observation attentive d'autrui. »
- **Trouble d'anxiété généralisé** : « anxiété et soucis excessifs (...) concernant un certain nombre d'événements ou d'activités » où « la personne éprouve de la difficulté à contrôler cette préoccupation. »
- **Trouble panique** : « attaques de panique récurrentes et inattendues. Une attaque de panique est une montée brusque de crainte intense ou de malaise intense qui atteint son acmé en quelques minutes, avec la survenue de quatre (ou plus) symptômes » parmi 13 symptômes physiques et cognitifs.
- **Agoraphobie** : « peur ou anxiété marquée [pense qu'il pourrait être difficile de s'en échapper ou de trouver du secours en cas de survenue de symptômes de panique]... » ou anxiété déclenchée par l'exposition réelle ou anticipée à un vaste éventail de situations comme « utiliser les transports en commun, être dans des endroits ouverts, être dans des endroits clos, être dans une file d'attente ou dans une foule, être seul à l'extérieur du domicile. »

Bien que cette norme de qualité comprenne des renseignements qui pourraient s'appliquer à d'autres troubles anxieux, la portée de la présente norme de qualité ne

traite pas du mutisme sélectif, de l'anxiété de séparation, du trouble anxieux induit par l'alcool ou d'autres drogues, du trouble anxieux dû à une autre affection médicale ou du trouble anxieux non spécifié. La présente norme de qualité ne traite pas non plus des troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress (y compris le syndrome de stress post-traumatique).

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

Justification de la nécessité de cette norme

Les troubles anxieux se caractérisent par des sentiments excessifs et persistants de souci ou de peur. Ce sont les problèmes de santé mentale les plus courants⁵. La prévalence des troubles anxieux (y compris du trouble obsessionnel-compulsif (TOC) et du syndrome de stress post-traumatique) au Canada était de 4,9 % en 2015⁶. Aux États-Unis, les chiffres indiquent que 32 % des personnes ont eu un trouble anxieux à un moment ou à un autre de leur vie (taux de prévalence au cours de la vie)⁷ alors qu'en Ontario, 2,5 % des adultes ont présenté un trouble d'anxiété généralisé⁸. En Ontario, 2,5 % des adultes ont été atteints d'un trouble d'anxiété généralisé⁸.

Les troubles anxieux ont un effet important sur les personnes atteintes d'un tel trouble et sur les membres de leur famille, ce qui contribue à réduire leur qualité de vie^{9,10}. Les troubles anxieux peuvent entraîner une détresse et une déficience fonctionnelle importantes chez les personnes qui en sont atteintes¹¹. En Ontario, les nouveaux cas de phobie sociale, de trouble panique et d'agoraphobie se sont chiffrés à environ 9 000, 21 000 et 1 500 par année respectivement, ce qui a eu des répercussions sur la santé et la fonction des gens qui en étaient atteints et s'est traduit par des pertes d'environ 33 000, 10 000 et 5 300 années de vie perdues ajustées sur la santé respectivement⁸.

Les troubles anxieux contribuent également à un important fardeau économique^{9,10,12}. Selon les estimations, l'anxiété coûte à l'économie canadienne 17,3 milliards de dollars par année en raison des pertes de productivité¹³. En 2015, les dépenses publiques et privées du Canada en santé mentale, y compris les troubles anxieux, étaient estimées à 15,8 milliards de dollars¹⁴.

Au Canada, 81 % des personnes atteintes d'un trouble de santé mentale ou de toxicomanie qui ont été hospitalisées dans un hôpital général en 2017-2018 ont été admises par le service d'urgence¹⁴. Les nombres de consultations à l'urgence pour des troubles anxieux ne sont pas les mêmes dans les différentes régions de l'Ontario. Ainsi, en 2018, on pouvait voir un écart de presque 3 pour 1 entre les réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) ayant les taux les plus élevés et les plus faibles d'adultes ayant dû se rendre à l'urgence pour des troubles anxieux (593 par 100 000 habitants dans le RLISS

du Nord-Est comparativement à 198 pour 100 000 habitants dans le RLISS du Centre (SNISA, données fournies par IC/ES, 2019^{*}; Statistique Canada¹⁵). En ce qui concerne les personnes ayant dû se rendre à l'urgence de façon imprévue en raison d'un trouble anxieux, les taux de nouvelles consultations imprévues à l'urgence, dans les trente jours de la première consultation pour un problème de santé mentale et de dépendance, ne sont pas les mêmes dans les différentes régions de l'Ontario. On peut notamment voir un écart de l'ordre de 1,5 pour 1 entre les RLISS ayant les taux les plus élevés et les plus faibles de consultations à l'urgence pour un trouble anxieux suivies, dans les 30 jours, d'une visite imprévue à l'urgence pour des problèmes de santé mentale et de dépendance (13,0 % pour le RLISS du Centre-Ouest comparativement à 20,7 % pour les RLISS du Centre-Toronto et du Nord-Ouest; SNISA, données fournies par IC/ES, 2019^{*}).

En 2018, pour 32,5 % des adultes et 38,0 % des enfants et des adolescents en Ontario, le premier contact avec le système de santé pour des troubles anxieux a eu lieu à l'urgence, ce qui signifie qu'ils n'avaient pas eu accès à un médecin capable de les orienter vers les services de santé mentale ou de dépendance au cours des deux années précédentes (SNISA, BDCP, SIOSM et Base de données sur les demandes de règlement du Régime de l'assurance-santé de l'Ontario, données fournies par IC/ES, 2019^{*}). Cette donnée peut indiquer soit que les personnes reçoivent des soins de fournisseurs qui ne sont pas médecins, soit qu'elles n'ont pas accès à des services de santé mentale et de dépendance fournis par des médecins, soit qu'elles constituent potentiellement des occasions ratées en ce qui concerne les services de santé mentale dans les établissements de soins primaires et communautaires¹¹. Les taux de premier contact à l'urgence pour un trouble anxieux étaient donc plus élevés dans les régions rurales (SNISA, BDCP, SIOSM et Base de données sur les demandes de règlement du Régime de l'assurance-santé de l'Ontario, données fournies par IC/ES, 2019^{*}).

En outre, en Ontario, seulement environ un tiers des patients admis à l'hôpital pour un trouble anxieux (y compris les TOC) ont eu une visite de suivi avec un médecin dans les sept jours suivant leur sortie de l'hôpital, ce qui fait ressortir les possibilités d'améliorer la surveillance et la transition entre l'hôpital et le domicile¹¹.

Plusieurs facteurs d'équité, y compris le sexe, l'âge, le revenu, l'identité autochtone et la géographie, peuvent avoir différentes répercussions sur les populations spécifiques atteintes de troubles anxieux. Les femmes ont notamment des taux de prévalence élevés et sont plus susceptibles d'être atteintes de troubles anxieux que les hommes. Les adultes plus âgés qui ont des problèmes d'anxiété présentent et décrivent souvent leurs symptômes différemment des personnes plus jeunes, ce qui rend la détection plus difficile. Le quintile de revenu le plus faible selon le quartier est celui dans lequel on retrouvait la plus forte proportion de personnes ayant déclaré avoir reçu un diagnostic de troubles anxieux ou de trouble obsessionnel-compulsif (Enquête sur la santé dans

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

les collectivités canadiennes : santé mentale, 2012). De même, un plus grand nombre de personnes des régions rurales ont indiqué avoir reçu un diagnostic de trouble anxieux ou de trouble obsessionnel-compulsif que dans les zones urbaines (7,5 % contre 4,8 %, respectivement; Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : santé mentale, données fournies par IC/SE, 2012). En 2017, il y avait également moins de travailleurs en santé mentale disponibles dans les régions rurales que dans les régions urbaines¹⁴.

Il existe des possibilités importantes d'améliorer les soins en Ontario pour les personnes atteintes de troubles anxieux grâce à la prestation de soins de santé de haute qualité, puisque l'on sait que les troubles anxieux sont généralement sous-diagnostiqués et insuffisamment traités¹⁰. Ainsi, le temps moyen entre l'apparition des symptômes chez une personne et le moment où elle obtient des soins est de 16,1 ans¹⁶ alors qu'environ 40 % des personnes ayant eu un diagnostic d'anxiété et de troubles connexes ne sont pas traitées¹⁰. La détermination et le diagnostic précoces constituent donc les premières étapes clés pour obtenir un traitement approprié fondé sur des données probantes^{10,16}.

Comment utiliser cette norme de qualité

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

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

Pour les patients

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

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

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

Pour les cliniciens et les organismes

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

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

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

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

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

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

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

Manière de mesurer le succès global

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

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

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

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

Indicateurs pouvant être mesurés à l'aide de données provinciales

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

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

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

- Pourcentage de personnes soupçonnées d'être atteintes de troubles anxieux ou qui ont reçu un résultat de dépistage positif pour des troubles anxieux et qui font l'objet d'une évaluation globale en temps opportun afin de déterminer si elles ont un trouble anxieux particulier, la gravité de leurs symptômes, si elles présentent des comorbidités et si elles ont une déficience fonctionnelle associée.
- Pourcentage de personnes atteintes de troubles anxieux pour lesquelles la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) a été jugée appropriée et dont la TCC adaptée au trouble est donnée par un professionnel de la santé spécialisé dans les troubles anxieux.
- Pourcentage de personnes atteintes de trouble anxieux qui disent avoir vu une amélioration de leur qualité de vie.
- Pourcentage de personnes atteintes de trouble anxieux qui sont « tout à fait d'accord » avec la question suivante : « Les services que je reçois m'aident à surmonter plus facilement mes difficultés. »†
- Pourcentage de personnes atteintes de troubles anxieux qui terminent la TCC et ont un rétablissement stable‡
- Pourcentage de personnes atteintes de troubles anxieux qui terminent la TCC et ont une amélioration stable‡

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

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

Énoncés de qualité pour améliorer les soins : Détails

1

Détermination

Les personnes soupçonnées d'être atteintes de troubles anxieux font l'objet d'une détermination précoce à l'aide (1) d'un outil d'évaluation validé ou de questions de dépistage reconnues et (2) d'échelles de cotes de gravité validées.

Sources : British Association for Psychopharmacology, 2014¹⁷ | National Institute for Health and Care Excellence, 2011,¹⁸ 2013¹⁹

Définitions

Personnes soupçonnées d'être atteintes de troubles anxieux : Des personnes qui présentent des symptômes types des troubles anxieux, comme des niveaux excessifs d'inquiétude, de peur ou d'anxiété, des crises de panique et une grande détresse ou une dégradation de leur fonctionnement au quotidien.

Détermination précoce : La détermination d'un possible trouble anxieux devrait être effectuée le plus tôt possible (rapidement après l'apparition des symptômes et le plus tôt possible dans la vie). Les personnes identifiées comme ayant un possible trouble anxieux devraient être évaluées de façon plus approfondie ou être orientées vers un professionnel de la santé capable d'effectuer une évaluation plus complète (voir l'énoncé de qualité 2). L'utilisation d'outils de dépistage validés, de questions de dépistage reconnues et d'échelles de cotes de gravité validées est destinée aux personnes qui présentent des symptômes types de troubles anxieux ou afin d'éliminer tout trouble anxieux avant de poser un diagnostic.

Outil de dépistage validé : Voici quelques exemples d'outils de dépistage validés.

- Phobie spécifique : Questionnaire sur une phobie spécifique²⁰ (SPQ)
- Trouble d'anxiété sociale : L'inventaire de phobie sociale²¹ (3-item Mini-Social Phobia Inventory (Mini-SPIN))
- Trouble d'anxiété généralisé : Troubles anxieux (Dépistage avec 7 questions [GAD-7]) (Generalized Anxiety Disorder 7-item scale²² (GAD-7))

1

Détermination

- Trouble panique : Échelle de gravité trouble panique²³ (PDSS)

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

En ce qui concerne le trouble d'anxiété sociale :

- Avez-vous remarqué que vous évitiez certaines situations ou activités sociales ?¹⁹
- Ressentez-vous de la peur ou de la gêne dans les situations sociales ?¹⁹
- La peur de vous sentir mal à l'aise vous empêche-t-elle de faire des choses ou de parler aux gens ?¹⁰
- Évitez-vous les activités dans lesquelles vous êtes le centre d'attention ?¹⁰
- Le fait d'être embarrassé ou d'avoir l'air stupide figure-t-il parmi vos pires craintes ?¹⁰

En ce qui concerne le trouble d'anxiété généralisée¹⁰:

- Au cours des quatre dernières semaines, vous êtes-vous senti inquiet, tendu ou anxieux la plupart du temps ?
- Êtes-vous souvent tendu, irritable et avez-vous de la difficulté à dormir ?

En ce qui concerne le trouble panique¹⁰:

- Avez-vous des épisodes soudains, des crises ou des sentiments intenses de peur ou d'inconfort inattendus ou imprévus ? Si oui :
 - Ces crises ou épisodes se sont-ils produits à plusieurs reprises ?
 - La partie la plus intense de ces crises ou épisodes atteint-elle habituellement son apogée en quelques minutes ?
 - Avez-vous déjà eu une de ces crises puis passé le mois suivant à vivre dans la crainte d'en avoir une autre ou à vous inquiéter des répercussions de l'attaque ?

1

Détermination

En ce qui concerne les phobies spécifiques :

- Vous arrive-t-il d'éviter des situations, des objets ou des animaux parce que vous avez peur de ce qui pourrait arriver ?

Échelles de cotes de gravité validées : Il existe de nombreuses échelles de cotes de gravité validées qui permettent de mesurer la gravité des symptômes des différents troubles anxieux, y compris les échelles suivantes :

- Phobie spécifique : Severity Measure for Specific Phobia²⁴
- Trouble d'anxiété sociale : L'inventaire de phobie sociale (Social Phobia Inventory²⁵ (SPIN))
- Trouble d'anxiété généralisé : Troubles anxieux (Dépistage avec 7 questions [GAD-7]) (Generalized Anxiety Disorder 7-item scale²² (GAD-7)) et Penn State Worry Questionnaire²⁶ (PSWQ)
- Trouble panique : Échelle de gravité trouble panique²³ (PDSS) et Échelle de gravité trouble panique—l'auto-évaluation^{23,27} (PDSS-SR)
- Agoraphobie : Échelle de panique et d'agoraphobie²⁸ (PAS), Inventaire de la mobilité pour l'agoraphobie²⁹ (MI)
- Trouble anxieux spécifique chez les enfants : Étude de la validité de l'échelle d'anxiété et de dépression révisée³⁰ (RCADS), Échelle d'anxiété multidimensionnelle pour enfants³¹ (MASC), Échelle Panic Disorder Severity Scale for Children³² (PDSS-C) et chez l'adolescent (PDSS-A), Échelle d'anxiété sociale / Liebowitz Social Anxiety Scale pour enfants et adolescents³³ (LSAS-CA), Inventaire Social Phobia and Anxiety Inventory for Children³⁴ (SPAIC-C)
- Trouble anxieux spécifique dans une population particulière : Échelle Périnatale Anxiety Screening Scale³⁵ (PASS), Inventaire Geriatric Anxiety Inventory³⁶ (GAI)

Justification

Les troubles anxieux sont sous-diagnostiqués et insuffisamment traités. Des études montrent qu'environ 40 % des personnes chez qui de l'anxiété et des troubles connexes ont été diagnostiqués

1

Détermination

ne sont pas traitées¹. Les troubles anxieux devraient être diagnostiqués le plus tôt possible, soit le plus rapidement possible après l'apparition des symptômes et le plus tôt possible dans la vie. Variation dans l'âge moyen d'apparition des différents types de troubles anxieux :

- Phobie spécifique : 14 ans^{10,37}, varie selon le type de phobie
- Trouble d'anxiété sociale : 11 ans³⁷
- Trouble d'anxiété généralisé : 33 ans¹⁰
- Trouble panique : 30 ans³⁷
- Agoraphobie : 21 ans³⁷

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

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

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

En ce qui concerne les enfants et les adolescents, les questions de dépistage devraient inclure un langage³⁸ adapté au développement et être fondées sur les critères présentés dans le *DSM-5® Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, cinquième édition. En plus de l'auto-évaluation de l'adolescent, toute autre information fournie par les parents et d'autres sources (p. ex., les enseignants) pourra aider à décrire l'impact de l'anxiété du patient sur les membres de sa famille et à l'école³⁸.

1

Détermination

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les personnes soupçonnées d'être atteintes de troubles anxieux

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

Pour les cliniciens

Lorsque votre patient vous consulte pour des symptômes pouvant correspondre à un trouble anxieux, il faut d'abord utiliser un outil de dépistage validé (s'il est disponible) ou des questions de dépistage reconnues, puis passer aux échelles de cotes de gravité validées pour ainsi diagnostiquer toute personne qui pourrait tirer profit d'une évaluation plus complète et d'un traitement approprié.

Pour les planificateurs des services de santé

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

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

- Pourcentage de personnes soupçonnées d'être atteintes de troubles anxieux qui font l'objet d'une détermination à l'aide (1) d'un outil d'évaluation validé ou de questions de dépistage reconnues et (2) dont l'état est confirmé à l'aide d'échelles de cotes de gravité validées.
- Nombre de jours entre la première fois où une personne soupçonnée d'être atteinte de trouble anxieux consulte un professionnel de la santé et le moment où son état est déterminé à l'aide (1) d'un outil d'évaluation validé ou de questions de dépistage reconnues et (2) à l'aide des échelles de cotes de gravité validées.

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

Évaluation globale

Les personnes soupçonnées d'être atteintes de troubles anxieux ou qui ont reçu un résultat de dépistage positif pour des troubles anxieux font l'objet d'une évaluation globale en temps opportun afin de déterminer si elles ont un trouble anxieux particulier, la gravité de leurs symptômes, si elles présentent des comorbidités et si elles ont une déficience fonctionnelle associée.

Sources : American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2007³⁸ | British Association for Psychopharmacology, 2014⁴⁷ | National Institute for Health and Care Excellence, 2011,¹⁸ 2013¹⁹

Définitions

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

Évaluation globale, en temps opportun : Le Comité consultatif sur la norme de qualité pour les troubles anxieux et les troubles obsessionnels-compulsifs a convenu qu'une évaluation globale fondée sur les critères du *DSM-5® Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, cinquième édition⁴ devrait être effectuée dans les 4 à 8 semaines suivant le premier point de contact. L'évaluation vise à déterminer si la personne est atteinte d'un trouble anxieux particulier, à établir la gravité de ses symptômes, s'il y a des comorbidités et si elle présente une déficience fonctionnelle associée. Les évaluations sont communiquées dans une langue accessible au patient.

Le calendrier de l'évaluation globale qui inclut le diagnostic a été établi par consensus au sein du comité afin d'être à la fois ambitieux et pratique. La communication d'un diagnostic est un acte juridique qui peut être effectué par différentes professions réglementées particulières. D'autres professionnels de la santé peuvent cependant effectuer une évaluation globale à l'aide d'outils validés

2

Évaluation globale

et aider les personnes soupçonnées d'être atteintes de troubles anxieux à obtenir les soins les plus appropriés. Au moment de l'évaluation, les professionnels de la santé devraient s'assurer d'indiquer leurs qualifications aux patients.

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

Comorbidités : Les personnes atteintes de troubles anxieux peuvent également souffrir d'autres troubles physiques ou psychiatriques qui peuvent modifier tant les symptômes de la personne que sa réponse au traitement. Il est important d'évaluer les comorbidités, tout comme le risque d'automutilation ou de suicide. Parmi les autres conditions à évaluer, mentionnons les troubles liés à la consommation d'alcool et de drogues, les troubles de l'humeur (p. ex. dépression, trouble bipolaire) ou d'autres troubles de santé mentale, le trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention, la psychose, l'autisme et d'autres troubles anxieux. Plus de la moitié des personnes atteintes de troubles anxieux sont également atteintes de troubles anxieux multiples^{10,18,19}.

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

Justification

Sachant que les troubles anxieux sont sous-diagnostiqués et insuffisamment traités, la détermination et le diagnostic fondés sur une évaluation globale constituent donc des étapes clés qui permettront aux personnes d'obtenir le traitement approprié. Le diagnostic d'un trouble anxieux se fonde sur les critères indiqués dans le DSM-5®. Puisque d'autres maladies ou substances physiques peuvent imiter l'anxiété ou causer des symptômes semblables à ceux de l'anxiété, une évaluation globale doit donc inclure un diagnostic différentiel afin de déterminer si l'anxiété est due à une autre

2

Évaluation globale

condition médicale ou psychiatrique, si elle est accompagnée de comorbidité, si elle est causée par des médicaments ou liée à la consommation de drogue¹⁰.

Les facteurs de risque communs pour les troubles anxieux comprennent des antécédents familiaux d'anxiété, des antécédents personnels d'anxiété ou de troubles de l'humeur, des événements stressants de la vie ou un traumatisme pendant l'enfance, une maladie médicale chronique et une inhibition du comportement¹⁰.

En ce qui concerne les enfants et les adolescents, il faut notamment s'assurer d'utiliser un langage adapté à leur étape de développement et tenir compte de l'information collatérale fournie par les parents et d'autres sources (p. ex., les enseignants). Un trouble anxieux diffère des soucis et des craintes que l'on retrouve normalement dans le développement des enfants et des adolescents³⁸. Les enfants peuvent exprimer leur anxiété en pleurant, en faisant des crises de colère, en se renfermant, en repoussant tout le monde, en s'accrochant aux gens ou par le jeu. Consulter le *DSM-5*[®] pour connaître les critères de diagnostic propres aux enfants¹⁰.

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

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les personnes soupçonnées d'être atteintes de troubles anxieux ou qui ont obtenu un résultat de dépistage positif pour un trouble anxieux

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

Pour les cliniciens

Utiliser les critères diagnostiques du *DSM-5*[®] et les échelles de cotes de gravité validées pour diagnostiquer précisément les personnes soupçonnées d'être atteintes de troubles anxieux. Une évaluation globale permet également de déterminer la gravité des symptômes, les comorbidités et toute déficience fonctionnelle associée.

Pour les planificateurs des services de santé

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

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

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

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

3

Soutien à la famille

Les personnes atteintes de troubles anxieux sont encouragées à faire participer les membres de leur famille à l'évaluation et au traitement, en tenant compte des besoins et des préférences de chacun. Les membres de la famille sont également orientés vers les ressources et le soutien disponibles et se voient proposer de la psychoéducation.

Source : National Institute for Health and Care Excellence, 2011,¹⁸ 2013¹⁹

Définition

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

Justification

Les troubles anxieux affectent les personnes qui les entourent et leurs relations, tout particulièrement les membres de leur famille. Pour les adultes, la participation de la famille est déterminée selon les préférences, les valeurs et les besoins de la personne, sachant que ce n'est pas tout le monde qui veut que sa famille participe à ses soins.

Les membres de la famille devraient cependant se voir remettre toute l'information appropriée (tant verbalement que par écrit) sur le trouble de la personne, ses causes probables, son évolution et son traitement. En ce qui concerne les enfants et les adolescents, il est très important de tenir compte des besoins de la famille et des aidants et de s'assurer de créer une approche axée sur la collaboration avec eux.

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les personnes atteintes de troubles anxieux

Si les membres de votre famille prennent part à vos soins, ils devraient également se voir proposer de l'éducation, de l'information et du soutien.

Pour les cliniciens

S'assurer que les familles se voient proposer de la psychoéducation sur les troubles anxieux. Les familles devraient être incluses dans la planification des soins et du traitement, selon les souhaits de la personne atteinte de troubles anxieux.

Pour les planificateurs des services de santé

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

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

- Pourcentage d'adultes atteints d'un trouble anxieux qui choisissent de faire participer les membres de leur famille à leurs soins, qui sont orientés vers les ressources et le soutien disponibles et se voient proposer de la psychoéducation par un professionnel de la santé
- Pourcentage d'enfants et d'adolescents atteints d'un trouble anxieux dont les membres de la famille sont orientés vers les ressources et le soutien disponibles et qui se voient proposer de la psychoéducation par un professionnel de la santé
- Pourcentage de personnes atteintes de troubles anxieux dont les membres de la famille participent à leurs soins et qui disent se sentir soutenus et informés à propos des troubles anxieux

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

4

Approche par paliers en matière de soins

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

Source : National Institute for Health and Care Excellence, 2011¹⁸

Définition

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

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

- Première étape : pour toutes les personnes atteintes de troubles anxieux connus ou soupçonnées d'être atteintes de troubles anxieux : détermination et évaluation, éducation sur les troubles anxieux et les options de traitement, et surveillance continue des symptômes
- Deuxième étape : pour les personnes ayant reçu un diagnostic de troubles anxieux légers à modérés qui ne se sont pas améliorés après l'éducation et la surveillance des symptômes : auto-assistance, psychoéducation ou traitement psychologique de faible intensité

4

Approche par paliers en matière de soins

- Troisième étape : pour les personnes atteintes de troubles anxieux modérés à graves ayant obtenu une réponse inadéquate après les interventions de la deuxième étape ou atteintes d'une déficience fonctionnelle marquée : traitement psychologique ou pharmacologique de plus forte intensité; consultation d'un professionnel de la santé ayant une expertise spécialisée en troubles anxieux ou orientation vers un tel spécialiste
- Quatrième étape : pour les personnes atteintes de troubles anxieux graves ayant obtenu une réponse inadéquate après les interventions des deuxième et troisième étapes ou atteintes d'une déficience fonctionnelle très marquée : traitement plus intensif (interventions psychologiques ou pharmacologiques); consultation d'un professionnel de la santé ayant une expertise spécialisée dans les troubles anxieux; hospitalisation possible

Justification

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

4

Approche par paliers en matière de soins

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les personnes atteintes de troubles anxieux

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

Pour les cliniciens

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

Pour les planificateurs des services de santé

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

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

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

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

5

Auto-assistance

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

Sources : British Association for Psychopharmacology, 2014¹⁷ | National Institute for Health and Care Excellence, 2011,¹⁸ 2013¹⁹

Définitions

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

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

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

5

Auto-assistance

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

Justification

Grâce aux stratégies d'auto-assistance, les gens peuvent en apprendre davantage sur leur trouble anxieux et sur les façons d'y faire face efficacement. Les personnes atteintes de troubles anxieux devraient recevoir de l'information sur ce trouble et avoir accès à du matériel éducatif sur celui-ci, y compris sa nature, sa biologie et les options de traitement. La psychoéducation (éducation et information pour les personnes qui veulent obtenir des services en santé mentale) et l'accès à des ressources d'auto-assistance peuvent aider à éliminer une partie de la stigmatisation associée aux troubles anxieux et aider les gens à prendre des décisions éclairées sur leur traitement³⁹.

Le soutien des pairs est aussi important. La relation empathique entre personnes qui ont déjà vécu une telle expérience peut offrir soutien émotionnel et social, encouragement et mentorat. Le soutien par les pairs peut susciter l'espoir et aider les gens à développer un sentiment d'auto-efficacité et une plus grande capacité de composer avec leurs problèmes.^{40,41}

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

5

Auto-assistance

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les personnes atteintes de troubles anxieux

Vous devriez être informé et éduqué sur votre trouble anxieux. Vous devriez également être en contact avec des ressources d'auto-assistance afin d'en apprendre davantage sur votre trouble anxieux et sur les façons de gérer vos symptômes. Informez votre fournisseur de vos besoins et de vos préférences, ce qui l'aidera à vous recommander des ressources d'auto-assistance qui vous conviennent.

Pour les cliniciens

Offrir aux personnes atteintes de troubles anxieux de l'éducation et de l'information sur leur trouble. Mettre les gens en contact avec les ressources d'auto-assistance recommandées, y compris des livres, des ressources Internet et des groupes de soutien. Se familiariser avec les ressources à jour et avec le matériel éducatif à l'intention des patients.

Pour les planificateurs des services de santé

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

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

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

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

Thérapie cognitivo-comportementale

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

Sources : American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2007³⁸ | Anxiety Disorders Association of Canada, 2014¹⁰ | British Association for Psychopharmacology, 2014³⁷ | Qualité des services de santé Ontario, 2017⁴² | National Institute for Health and Care Excellence, 2011,¹⁸ 2013¹⁹ | Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists, 2018⁴³

Définitions

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

Thérapie cognitivo-comportementale : Un type de psychothérapie combinant plusieurs approches. Ce processus vise les facteurs ayant causé les symptômes d'anxiété d'une personne et qui les empêchent de disparaître¹⁰. La thérapie cognitivo-comportementale met l'accent sur l'exploration des schémas de pensée négative de la personne et examine ses comportements dans les situations qui créent un sentiment d'anxiété. La thérapie offerte doit être adaptée au trouble de la personne et inclure des techniques cognitives et des traitements fondés sur l'exposition à la source de l'anxiété.

6

Thérapie cognitivo-comportementale

La TCC peut être offerte sous différentes formes (c.-à-d. séances individuelles, de groupe, en personne, par vidéoconférence ou par Internet), avec des séances d'une durée variable, mais habituellement d'une ou de deux heures^{18,19}. Pour la plupart des gens, la fréquence et la durée des séances, tout comme la période d'essai adéquate dépendent du type de trouble anxieux. La durée type varie de 12 à 15 séances hebdomadaires pour les adultes et de 8 à 12 séances pour les enfants et adolescents^{18,19,39}. Il est important de tenir compte de la maturité cognitive et émotionnelle¹⁹ des enfants et des adolescents, ce qui veut dire que les séances individuelles pourront devoir être raccourcies (p. ex., 45 minutes)¹⁹.

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

Justification

Les traitements psychologiques jouent un rôle important dans la gestion des troubles anxieux. Un type de psychothérapie, la thérapie cognitivo-comportementale, est efficace pour les troubles anxieux lorsqu'elle est offerte par un professionnel de la santé qualifié. Puisque la psychothérapie et la pharmacothérapie ont généralement la même efficacité en ce qui concerne le traitement de bon nombre de troubles anxieux, il est donc important de discuter des avantages et des risques potentiels de chacun des traitements avant d'en entreprendre un¹⁷. Les réponses au traitement avec interventions psychologiques ne sont pas immédiates. Un traitement prolongé peut donc être requis pour conserver la réponse au traitement initial¹⁷.

Lorsque le traitement vise des enfants et des adolescents, il faut s'assurer de faire participer les parents et les aidants afin d'assurer une prestation efficace du traitement¹⁹. Créée à partir de protocoles de traitement psychologique validés, la TCC pour les enfants et les adolescents devrait être adaptée à l'âge de développement de chacun^{10,43}.

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les personnes atteintes de troubles anxieux

Vous devriez vous voir offrir une thérapie cognitivo-comportementale comme traitement pour votre trouble anxieux, en harmonie avec une approche par paliers en matière de soins. Si vous choisissez ce type de traitement, vous devriez pouvoir l'obtenir rapidement et cette thérapie devrait être offerte par un professionnel de la santé possédant une expertise dans le traitement des troubles anxieux.

Pour les cliniciens

Offrir la TCC aux personnes atteintes de troubles anxieux dans le cadre d'une approche par paliers en matière de soins. La TCC devrait être donnée par un professionnel de la santé ayant de l'expérience dans le domaine des troubles anxieux dans les 4 à 6 semaines suivant l'évaluation globale.

Pour les planificateurs des services de santé

Veiller à ce que des systèmes, des processus et des ressources soient en place pour que les personnes atteintes de trouble anxieux aient accès en temps opportun à la TCC.

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

- Pourcentage de personnes atteintes de troubles anxieux pour lesquelles la TCC a été jugée appropriée et dont la TCC adaptée au trouble est donnée par un professionnel de la santé spécialisé dans les troubles anxieux.
- Pourcentage de personnes atteintes de troubles anxieux qui suivent une TCC donnée par un professionnel de la santé spécialisé dans les troubles anxieux dans les six semaines suivant l'évaluation globale
- Disponibilité locale des programmes de TCC donnés par des professionnels de la santé formés et certifiés

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

Traitement pharmacologique

Les personnes atteintes de troubles anxieux modérés à graves, ou celles qui ne répondent pas à un traitement psychologique, se voient offrir un traitement pharmacologique en fonction de leurs besoins et de leurs préférences individuelles et en harmonie avec une approche par paliers en matière de soins.

Sources : American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2007³⁸ | Anxiety Disorders Association of Canada, 2014¹⁰ | British Association for Psychopharmacology, 2014¹⁷ | National Institute for Health and Care Excellence, 2011,¹⁸ 2013¹⁹ | Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists, 2018⁴³ | Fédération mondiale des sociétés de psychiatrie biologique (WFSBP), 2012⁴⁴

Définitions

Trouble anxieux modéré à grave : La classification des troubles anxieux modérés à graves se fonde sur les résultats d'une évaluation globale et du recours à une échelle de cotes de gravité validées pour le type particulier de trouble anxieux (voir l'énoncé de qualité 1).

Traitement pharmacologique en fonction du trouble anxieux spécifique :

Les recommandations pour la pratique clinique devraient être revues afin d'inclure des conseils sur le traitement pharmacologique (p. ex. médicaments de première intention, dose, médicaments pris en concomitance et médicaments de deuxième intention) pour chaque type de trouble anxieux. Puisque l'efficacité des médicaments varie, les cliniciens devraient connaître les données probantes pour chaque médicament.

En ce qui concerne les enfants et les adolescents, les inhibiteurs spécifiques du recaptage de la sérotonine (ISRS) sont le médicament de choix pour les troubles anxieux^{17,38}. Si des ISRS sont prescrits, il faut surveiller attentivement toute aggravation de la dépression, de l'agitation ou de la suicidabilité³⁸ puisque ce type de médicament est associé à un risque accru de pensées suicidaires et d'automutilation chez un petit nombre de personnes de moins de 30 ans^{18,19,43}.

7

Traitement pharmacologique

Voici quelques exemples de médicaments de première intention pour chaque type de trouble anxieux chez l'adulte¹⁰ :

- Trouble d'anxiété sociale : ISRS, inhibiteurs de la recapture de la sérotonine-norépinéphrine (ISRSN), modulateurs du canal calcique (pregabaline)
- Trouble d'anxiété généralisé : ISRS, ISRSN, autres antidépresseurs, modulateurs du canal calcique (pregabaline)
- Trouble panique : ISRS et ISRSN
- Phobie spécifique : Les médicaments ne jouent aucun rôle ou ont un rôle minimal dans le traitement des phobies spécifiques

Sauf indication contraire^{18,19,45}, les benzodiazépines ne devraient pas être prescrites systématiquement pour les troubles anxieux. Elles peuvent être utiles comme traitement concomitant au début du traitement des crises aiguës, mais en raison de différentes préoccupations en ce qui concerne la tolérabilité, la dépendance, la sédation, les troubles cognitifs et d'autres effets secondaires, elles ne devraient être utilisées qu'à court terme^{10,45}.

Justification

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

Le choix du médicament, la dose appropriée et la durée du traitement dépendent du type particulier de trouble anxieux. Les cliniciens devraient donc s'assurer de consulter les recommandations pour la pratique clinique afin d'obtenir des conseils sur la gestion pharmacologique de ces troubles. Par exemple, dans le cas du traitement des phobies

spécifiques dans lequel la pharmacothérapie ne joue qu'un rôle minimal¹⁰ et sachant que le traitement pharmacologique n'est pas offert systématiquement aux enfants et aux adolescents pour traiter le trouble d'anxiété sociale¹⁹.

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les personnes atteintes de troubles anxieux

Si vous êtes atteint d'un trouble anxieux modéré à grave ou si vos symptômes ne s'atténuent pas avec un traitement psychologique, votre professionnel de la santé devrait vous offrir la possibilité de prendre des médicaments. Le choix du type de médicament devrait être fondé sur le type de trouble anxieux dont vous êtes atteint.

Pour les cliniciens

Offrir un traitement pharmacologique fondé sur des données probantes et propre à un trouble particulier, conformément à une approche par paliers en matière de soins. S'assurer que la dose du traitement pharmacologique convient aux personnes atteintes de troubles anxieux modérés à graves ou à celles qui ne répondent pas au traitement psychologique.

Pour les planificateurs des services de santé

Veiller à ce que des systèmes, des processus et des ressources soient en place pour que les personnes atteintes de troubles anxieux aient accès à une psychothérapie et à une pharmacothérapie fondée sur des données probantes.

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

- Pourcentage de personnes atteintes de troubles anxieux modérés à graves ou qui ne répondent pas à un traitement psychologique pour lesquelles un traitement pharmacologique a été jugé approprié et qui reçoivent un traitement pharmacologique adapté à leur trouble anxieux spécifique
- Pourcentage de personnes atteintes de troubles anxieux qui se sont vu offrir un traitement pharmacologique pour leur trouble anxieux particulier et qui ont l'impression d'avoir un rôle à jouer dans les discussions sur les médicaments qu'elles prennent, ce qui inclut les avantages, risques potentiels, effets secondaires et effets indésirables

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

Surveillance

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

Sources : British Association for Psychopharmacology, 2014¹⁷ | National Institute for Health and Care Excellence, 2011,¹⁸ 2013¹⁹

Définitions

Efficacité et tolérabilité : L'efficacité est indiquée par une réduction des symptômes. La tolérabilité est l'acceptabilité du traitement, y compris de ses effets secondaires ou de ses effets indésirables¹⁰. Les objectifs d'efficacité et de tolérabilité sont établis pour chaque personne, selon ses besoins et ses préférences¹⁰. La surveillance régulière offre également l'occasion aux professionnels de la santé d'évaluer d'autres résultats, comme les effets sur les conditions à long terme ou la comorbidité, la qualité de vie et les répercussions sur l'école et l'emploi⁴⁵. D'autres facteurs qui devraient faire l'objet d'une surveillance régulière incluent les effets secondaires, les effets indésirables, le respect du traitement et les idées suicidaires.

Surveillance régulière : La surveillance par le médecin traitant inclut l'utilisation d'outils validés et le recours au jugement clinique conjointement avec l'évaluation de l'évolution clinique de la personne. La surveillance de la réponse au traitement exige également d'évaluer le niveau d'engagement de la personne par rapport au traitement choisi (p. ex. participation à la thérapie, respect du traitement). L'on peut s'attendre à une certaine amélioration dans les 4 à 6 semaines⁴³ alors que le médicament produira son plein effet après environ 6 à 8 semaines.

- En ce qui concerne la psychothérapie : La surveillance s'effectue après chaque séance et la réponse de la personne au traitement est enregistrée à chacune des séances.

8

Surveillance

- En ce qui concerne les médicaments : La surveillance et l'inscription de la réponse au traitement sont généralement effectuées chaque semaine ou aux deux semaines au début du traitement, puis au moment de la modification de la dose puis une fois par mois par la suite, jusqu'à ce que l'état de la personne se soit stabilisé.
- Suivi à long terme : lorsqu'une personne atteinte de trouble anxieux est en rémission (peu ou pas de symptômes importants), et ce, quel que soit son âge, elle doit faire l'objet d'un suivi régulier pendant 12 mois par un professionnel de la santé. Une surveillance régulière devrait avoir lieu au besoin, à une fréquence convenue d'un commun accord par le professionnel de la santé et la personne atteinte de troubles anxieux.

Justification

La surveillance régulière de la réponse d'une personne au traitement permet d'évaluer l'efficacité de ce dernier et le modifier, au besoin⁴⁵. La surveillance de la réponse au traitement est essentielle à l'optimisation des soins et devrait donc faire partie de tout plan de traitement.

Pour les enfants, les adolescents et les jeunes adultes, une surveillance attentive est importante lorsqu'un inhibiteur sélectif du recaptage de la sérotonine (ISRS) est prescrit puisque ce type de médicament est associé à un risque accru de pensées suicidaires et d'automutilation chez un petit nombre de personnes de moins de 30 ans^{18,19}.

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les personnes atteintes de troubles anxieux

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

Pour les cliniciens

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

Pour les planificateurs des services de santé

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

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

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

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

Soutien pendant la réponse au traitement initial

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

Sources : British Association of Psychopharmacology, 2014¹⁷ | National Institute for Health and Care Excellence, 2011¹⁸

Définition

Réévaluée : Lorsque le traitement initial ne donne pas de résultats satisfaisants, les professionnels de la santé devraient évaluer les répercussions possibles associées à des états de santé comorbides, au respect du traitement, à la présence de facteurs de stress psychosocial et à la capacité de tolérer une période d'essai de psychothérapie adéquate ou les doses maximales de médicaments recommandées³⁹. En ce qui concerne les enfants et les adolescents, il faut également tenir compte d'autres facteurs, y compris l'impact des troubles d'apprentissage, les facteurs de risque psychosociaux et environnementaux (p. ex., discorde familiale) ou des problèmes de santé mentale parmi les membres de la famille. Il faudra peut-être envisager d'autres interventions en fonction de ces facteurs.

Justification

Souvent, les traitements psychologiques ou pharmacologiques initiaux ne soulagent pas tous les symptômes de trouble anxieux. Il faut donc informer toute personne atteinte de troubles anxieux de ce fait et de discuter de ses attentes par rapport aux traitements initiaux. Dans

9

Soutien pendant la réponse au traitement initial

Le cas des médicaments, bon nombre de personnes peuvent ne ressentir aucun effet positif pendant les premières semaines, mais verront une amélioration remarquée avec le temps. Il est donc important que les personnes atteintes de troubles anxieux effectuent une période d'essai adéquate de psychothérapie ou reçoivent un traitement initial complet (lorsque cela est approprié) pour pouvoir profiter pleinement des avantages du traitement initial et déterminer l'efficacité du médicament et la tolérabilité de la personne.

Lorsque les traitements initiaux ne sont pas satisfaisants, les personnes atteintes de troubles anxieux devraient être réévaluées avant de se voir offrir d'autres traitements. La réévaluation vise à déterminer tout autre facteur susceptible d'influencer la réponse au traitement et d'aider à déterminer la prochaine option thérapeutique appropriée.

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les personnes atteintes de troubles anxieux

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

Pour les cliniciens

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

Pour les planificateurs des services de santé

Veiller à ce que des systèmes, des processus et des ressources soient en place afin que les personnes atteintes de troubles anxieux soient informées et soutenues pendant toute la durée de leur réponse au traitement initial. Les personnes qui ne répondent pas au traitement initial sont réévaluées et se verront offrir d'autres options de traitement fondées sur l'approche par paliers en matière de soins.

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

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

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

Expertise spécialisée dans les troubles anxieux

Les personnes atteintes de troubles anxieux qui n'ont pas répondu adéquatement aux traitements sont orientées vers un professionnel de la santé possédant une expertise spécialisée dans les troubles anxieux.

Sources : British Association for Psychopharmacology, 2014¹⁷ | National Institute for Health and Care Excellence, 2011¹⁸

Définitions

Associé à un professionnel de la santé : Consultation d'un autre professionnel de la santé possédant une expertise spécialisée ou orientation vers un spécialiste. Cela permet d'effectuer une réévaluation approfondie et globale de la personne, de son environnement et de sa situation sociale¹⁸.

Expertise spécialisée dans les troubles anxieux : Un professionnel de la santé ayant suivi une formation supplémentaire sur les troubles anxieux, en plus des compétences de base qu'il a acquises (p. ex. formation dans un établissement ayant une expertise reconnue en matière de troubles anxieux, supervision ou consultation continue, adhésion à des organisations professionnelles reconnues). Il peut s'agir de n'importe quel membre d'une équipe de soins de santé, comme un ergothérapeute, un psychiatre, un psychologue ou un travailleur social.

Justification

Si une personne atteinte de troubles anxieux présente encore des symptômes importants qui nuisent à sa qualité de vie malgré des périodes d'essai complètes avec traitements psychologiques ou pharmacothérapie, son professionnel de la santé devrait consulter un autre professionnel possédant une plus grande expertise dans les troubles anxieux ou l'orienter vers un tel spécialiste. Il est important de réévaluer le traitement des personnes qui ne répondent pas et d'élaborer un plan de traitement qui continue de suivre l'approche par paliers en matière de soins.

Les personnes atteintes de troubles anxieux graves peuvent également avoir besoin des soins d'un professionnel de la santé spécialisé dans les troubles anxieux, tout particulièrement si leur

trouble est compliqué par un trouble anxieux réfractaire au traitement, une importante déficience fonctionnelle, des comorbidités multiples, une négligence de soi ou un risque élevé d'automutilation⁹.

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les personnes atteintes de troubles

Si votre trouble anxieux ne s'améliore pas après avoir suivi une thérapie cognitivo-comportementale ou avoir pris de la médication, votre professionnel de la santé devrait consulter un autre professionnel possédant une plus grande expertise dans les troubles anxieux ou vous orienter vers un tel spécialiste. Cette personne devrait vous réévaluer et vous offrir l'option de traitement la plus appropriée en fonction de vos besoins et de vos préférences individuelles.

Pour les cliniciens

Si une personne atteinte de troubles anxieux ne répond pas aux traitements psychologiques ou pharmacologiques, consulter un professionnel de la santé ayant reçu une formation supplémentaire sur les troubles anxieux en plus des compétences de base ou orienter le patient vers un tel spécialiste.

Pour les planificateurs des services de santé

Veiller à ce que des systèmes, des processus et des ressources soient en place pour que les cliniciens puissent consulter d'autres professionnels de la santé possédant une expertise spécialisée dans les troubles anxieux et y orienter leurs patients.

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

- Pourcentage de personnes atteintes de troubles anxieux qui n'ont pas répondu adéquatement à un traitement psychologique ou pharmacologique et dont le professionnel de la santé consulte un professionnel de la santé possédant une expertise spécialisée en troubles anxieux ou oriente ses patients vers un tel spécialiste

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

Prévention des rechutes

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

Sources : British Association for Psychopharmacology, 2014¹⁷ | National Institute for Health and Care Excellence, 2011,¹⁸ 2013¹⁹

Définition

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

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

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

Justification

Les troubles anxieux peuvent avoir une évolution épisodique avec des cycles d'exacerbation. Même après un traitement efficace et une amélioration des symptômes, les personnes atteintes de troubles anxieux risquent de voir leurs symptômes réapparaître (rechute). Il est donc important que ces personnes comprennent la nature de leur trouble anxieux, sachent qu'un rétablissement est possible et surtout, apprennent comment gérer ce trouble.

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

Les stratégies avec soins de soutien et préservation de la santé afin d'éviter les rechutes peuvent inclure différentes choses, y compris connaître les déclencheurs et signaux d'alarme, acquérir et utiliser différentes habiletés, adopter des comportements associés au mode de vie, s'occuper de soi et savoir comment obtenir l'aide de professionnels de la santé, au besoin⁴⁶. Cette préparation met l'accent sur les forces, l'autonomie et les capacités personnelles des personnes. Elle leur permet également de participer à leurs soins, ainsi que d'affirmer leur autonomie et leur capacité à prendre des décisions.

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les personnes atteintes de troubles anxieux

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

- La nature des troubles anxieux
- À quoi s'attendre quand on est en phase de rétablissement et qu'on ne suit plus de traitement

11

Prévention des rechutes

- Quand s'inquiéter et quoi faire
- À quel moment effectuer le suivi auprès de votre équipe de soins de santé
- Les stratégies à utiliser pour gérer vos symptômes
- Comment accéder aux services de santé mentale si vous avez besoin de plus de soutien

Pour les cliniciens

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

Pour les planificateurs des services de santé

Veillez à ce que des systèmes, des processus et des ressources soient en place pour que les personnes atteintes de troubles anxieux puissent être informées et éduquées sur la prévention des rechutes et comment accéder à des services de santé mentale en temps opportun.

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

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

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

Transitions dans les soins

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

Source : Consensus du comité consultatif

Définition

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

Justification

Une transition sans heurt exige une approche coordonnée entre des professionnels de la santé compétents et bien informés qui connaissent l'état clinique de la personne, ses objectifs de soins, son plan de traitement, son plan de soins et ses besoins en matière d'information sur la santé. Une communication opportune et efficace est essentielle pour prévenir les problèmes qui peuvent se produire lorsque les services et les soutiens ne sont pas bien intégrés. Une transition harmonieuse

comprend une surveillance et un suivi appropriés, et elle contribuera tant à la qualité des soins qu'à la prévention des rechutes.

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les personnes atteintes de troubles anxieux

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

Pour les cliniciens

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

Pour les planificateurs des services de santé

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

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

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

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

Appendices

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

Bien que les cliniciens et les organismes s'efforcent de fournir les soins décrits dans la norme de qualité, nous recommandons que des mesures soient prises au sein du système pour aider les intervenants de première ligne à offrir des soins de haute qualité aux personnes atteints de troubles anxieux.

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

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

- Les obstacles financiers, comme l'absence d'assurance-maladie complémentaire pour les programmes et les services, empêchent les personnes atteintes de troubles anxieux de gérer leur état de façon appropriée.
- Les personnes qui n'ont pas accès à une assurance privée peuvent avoir de la difficulté à se procurer des médicaments d'ordonnance ou à accéder à des traitements, comme la TCC
- Il y a un manque de données en ce qui concerne les problèmes de santé mentale chez les enfants et les adolescents. Il n'existe actuellement aucune recommandation pour la pratique clinique en ce qui concerne les enfants et les adolescents qui couvre de façon exhaustive les différents troubles anxieux.

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

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

Le Programme de psychothérapie structurée de l'Ontario

Le Programme de psychothérapie structurée de l'Ontario a été financé en 2017-2018 dans le cadre d'un projet pilote de trois ans visant à mettre à l'essai différentes formes de TCC fondées sur des données probantes afin de déceler l'anxiété et la dépression. Le programme a d'abord été mis en œuvre dans quatre hôpitaux, soit le Centre de dépendance et de santé mentale, le Royal Ottawa Healthcare Group, le Centre des sciences de la santé mentale Ontario Shores et le Centre de soins de santé mentale Waypoint. Ces quatre « carrefours » offrent de la psychothérapie de groupe et de la psychothérapie individuelle dans plusieurs établissements satellites, y compris par des équipes de soins primaires, des organismes communautaires de santé mentale et de dépendance, des organismes de services sociaux et des campus postsecondaires. Pour soutenir la prestation de services de haute qualité, le programme a élaboré une approche cohérente en matière de formation et de supervision. Une fois les premiers résultats positifs obtenus, le programme pourra ensuite être élargi davantage.

Recommandations pour adoption

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

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

Recommandation I

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

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

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

Recommandation II

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

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

Soutien : Santé Ontario (cyberSanté Ontario), OntarioMD

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

Recommandation III

Élaborer un processus normalisé pour la collecte de données et l'établissement de rapports pour le secteur de la santé mentale et des dépendances qui soit conforme aux recommandations⁵ formulées dans d'autres normes de qualité en matière de santé mentale et de dépendance. Veiller à ce que cette stratégie comprenne de nouvelles façons de tirer parti des données et de l'information recueillies au soutien des soins.

⁵ Ces recommandations incluent également la mise en place d'une fiche de rendement provinciale commune pour les services obtenus pendant toute la vie d'une personne grâce à l'utilisation d'un identificateur de client unique et à l'élargissement de la collecte d'information sociodémographique, y compris les paramètres associés à la présente norme de qualité.

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

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

Recommandation IV

Effectuer un examen exhaustif des données probantes pouvant guider les soins prodigués aux enfants et aux adolescents atteints de troubles anxieux. S'il y a suffisamment de données probantes, rédiger des recommandations pour la pratique clinique.

Mesures à prendre par : Centre d'excellence en santé mentale des enfants et des adolescents et Santé mentale pour enfants Ontario

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

Appendice 2 : Mesure à l'appui de l'amélioration

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

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

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

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

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

Manière de mesurer le succès global

Indicateurs pouvant être mesurés à l'aide de données provinciales

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

- Dénominateur : nombre total de personnes ayant dû se rendre à l'urgence de façon imprévue en raison de troubles anxieux

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

Pourcentage de consultations imprévues et répétées à l'urgence en raison de problèmes de santé mentale et de dépendance dans les 30 jours suivant une consultation non planifiée à l'urgence en raison de troubles anxieux

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

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

Pourcentage de personnes soupçonnées d'être atteintes de troubles anxieux ou qui ont reçu un résultat de dépistage positif pour des troubles anxieux et qui font l'objet d'une évaluation globale en temps opportun afin de déterminer si elles ont un trouble anxieux particulier, la gravité de leurs symptômes, si elles présentent des comorbidités et si elles ont une déficience fonctionnelle associée.

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

Pourcentage de personnes atteintes de troubles anxieux pour lesquelles la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) a été jugée appropriée et dont la TCC adaptée au trouble est donnée par un professionnel de la santé spécialisé dans les troubles anxieux.

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

Pourcentage de personnes atteintes de trouble anxieux qui disent avoir vu une amélioration de leur qualité de vie.

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

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

- Dénominateur : nombre total de personnes atteintes de troubles anxieux qui répondent à la question suivante : « Les services que je reçois m'aident à surmonter plus facilement mes difficultés. ».
- Numérateur : nombre de personnes incluses dans le dénominateur qui sont « tout à fait d'accord »
- Source des données : collecte de données locales
- Remarques :
 - Cette question est tirée de l'Outil de perception des soins en Ontario Santé mentale et toxicomanie (question 30) élaboré au Centre de dépendance et de santé mentale (CAMH). Cette question est parfaitement harmonisée avec la norme de qualité globale et peut être utile pour déterminer l'expérience du patient. Elle fait partie d'un sondage plus vaste réalisé

par CAMH auquel on peut accéder après avoir accepté un protocole d'entente et un contrat de licence avec CAMH. Veuillez consulter [la communauté de pratique de l'OPOC](#) pour de plus amples renseignements

- Cet indicateur est également un domaine d'intérêt de l'Initiative E-QIP (Excellence par l'amélioration de la qualité). Pour en savoir plus, consultez [CMHA](#) ou [AMHO](#)

Pourcentage de personnes atteintes de troubles anxieux qui terminent la TCC et ont un rétablissement stable

- Dénominateur : nombre total de personnes atteintes de troubles anxieux qui terminent la TCC
- Numérateur : nombre de personnes incluses dans le dénominateur qui ont un rétablissement stable
- Source des données : collecte de données locales
- Remarques :
 - Il y a rétablissement stable lorsque le résultat obtenu par un client sur une échelle de cotes de gravité validées pour l'évaluation des troubles anxieux⁴⁷ :
 - Se situe au-dessus d'un seuil clinique avant le début du traitement et au-dessous de ce seuil après la fin du traitement (réduction des symptômes); et
 - Varie (amélioration) d'un nombre fixe de points (statistiquement significatif) entre le début et la fin du traitement
 - Veuillez consulter l'énoncé de qualité 1 pour obtenir plus d'informations sur les échelles et le guide de mesure pour plus de détails sur la façon de calculer s'il s'agit ou non d'un rétablissement stable

Pourcentage de personnes atteintes de troubles anxieux qui terminent la TCC et ont une amélioration stable

- Dénominateur : nombre total de personnes atteintes de troubles anxieux qui terminent la TCC
- Numérateur : nombre de personnes incluses dans le dénominateur qui ont une amélioration stable
- Source des données : collecte de données locales
- Remarques :
 - Une amélioration stable se produit lorsque le résultat obtenu par un client sur une échelle de cotes de gravité validées d'un trouble anxieux change (s'améliore) d'un certain nombre

de points (qui est statistiquement significatif) entre le début et la fin du traitement⁴⁷

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

Manière de mesurer l'amélioration par rapport aux énoncés spécifiques

Énoncé de qualité 1 : Détermination et dépistage approprié

Pourcentage de personnes soupçonnées d'être atteintes de troubles anxieux qui font l'objet d'une détermination à l'aide (1) d'un outil d'évaluation validé ou de questions de dépistage reconnues et (2) dont l'état est confirmé à l'aide d'échelles de cotes de gravité validées.

- Dénominateur : nombre total de personnes soupçonnées d'être atteintes de troubles anxieux
- Numérateur : nombre de personnes incluses dans le dénominateur qui sont identifiées à l'aide (1) d'un outil d'évaluation validé ou de questions de dépistage reconnues et (2) d'échelles de cotes de gravité validées.
- Source des données : collecte de données locales

Nombre de jours entre la première fois où une personne soupçonnée d'être atteinte de trouble anxieux consulte un professionnel de la santé et le moment où son état est déterminé à l'aide (1) d'un outil d'évaluation validé ou de questions de dépistage reconnues et (2) à l'aide des échelles de cotes de gravité validées.

- Calcul : peut être mesuré sous la forme d'une moyenne, d'une médiane ou d'une distribution statistique (en jours) entre la date où une personne soupçonnée d'être atteinte de troubles anxieux consulte pour la première fois un professionnel de la santé et celle où son trouble est déterminé au moyen (1) d'un outil de dépistage validé ou de questions de dépistage reconnues et (2) d'une échelle de cotes de gravité validées
- Source des données : collecte de données locales

Énoncé de qualité 2 : Évaluation globale

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

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

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

- Dénominateur : nombre total de personnes soupçonnées d'être atteintes de troubles anxieux ou qui ont reçu un résultat de dépistage positif pour troubles anxieux et pour lesquelles une évaluation globale a été entreprise
- Numérateur : nombre de personnes incluses dans le dénominateur qui font l'objet d'une évaluation globale dans les huit semaines suivant le premier point de contact
- Stratifier par :
 - Phobie spécifique
 - Trouble d'anxiété sociale
 - Trouble anxieux généralisé

- Trouble panique
- Agoraphobie
- Source des données : collecte de données locales
- Remarque : Veuillez consulter l'énoncé de qualité 1 pour la définition d'une personne soupçonnée d'être atteinte de troubles anxieux.

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

- Calcul : peut être mesuré sous la forme d'une moyenne, d'une médiane ou d'une distribution statistique (en jours) entre la date où une personne soupçonnée d'être atteinte de troubles anxieux ou ayant reçu un résultat de dépistage positif pour troubles anxieux à son premier point de contact et celle où une évaluation globale est entreprise
- Stratifier par :
 - Phobie spécifique
 - Trouble d'anxiété sociale
 - Trouble anxieux généralisé
 - Trouble panique
 - Agoraphobie
- Source des données : collecte de données locales

Énoncé de qualité 3 : Soutien à la famille

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

- Dénominateur : nombre total d'adultes atteints de troubles anxieux qui choisissent de faire participer les membres de leur famille à leurs soins
- Numérateur : nombre de personnes atteintes de troubles anxieux dont les membres de la famille sont orientés vers les ressources et le soutien disponibles et qui se voient proposer de

la psychoéducation donnée par un professionnel de la santé

- Source des données : collecte de données locales

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

- Dénominateur : nombre total d'enfants et d'adolescents atteints de troubles anxieux
- Numérateur : nombre de personnes atteintes de troubles anxieux dont les membres de la famille sont orientés vers les ressources et le soutien disponibles et qui se voient proposer de la psychoéducation donnée par un professionnel de la santé
- Source des données : collecte de données locales

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

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

Énoncé de qualité 4 : Approche par paliers en matière de soins

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

- Dénominateur : nombre total de personnes atteintes de troubles anxieux qui ont un plan de traitement
- Numérateur : nombre de personnes incluses dans le dénominateur dont le plan de traitement suit une approche par paliers en matière de soins
- Source des données : collecte de données locales

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

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

Énoncé de qualité 5 : Auto-assistance

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

- Dénominateur : nombre total de personnes atteintes de troubles anxieux pour lesquelles l'auto-assistance a été jugée appropriée
- Numérateur : nombre de personnes incluses dans le dénominateur qui déclarent se sentir soutenues lorsqu'elles accèdent aux ressources d'auto-assistance selon leurs besoins et leurs préférences individuelles
- Stratifié par : enfants et adolescents (moins de 18 ans), adultes (18 ans et plus)
- Source des données : collecte de données locales (p. ex., au moyen d'un sondage auprès des patients)
- Remarque : La pertinence de l'auto-assistance est fondée sur une approche par paliers en matière de soins. Veuillez consulter l'énoncé de qualité 4 pour obtenir plus d'informations sur l'approche par paliers en matière de soins.

Énoncé de qualité 6 : Thérapie cognitivo-comportementale

Pourcentage de personnes atteintes de troubles anxieux pour lesquelles la TCC a été jugée appropriée et dont la TCC adaptée au trouble est donnée par un professionnel de la santé spécialisé dans les troubles anxieux.

- Dénominateur : nombre total de personnes atteintes de troubles anxieux pour lesquelles la TCC a été jugée appropriée
- Numérateur : nombre de personnes incluses dans le dénominateur qui suivent une TCC spécifique à un trouble donnée par un professionnel de la santé ayant une expertise en troubles anxieux
- Stratifier par :
 - Phobie spécifique
 - Trouble d'anxiété sociale
 - Trouble anxieux généralisé
 - Trouble panique
 - Agoraphobie
- Source des données : collecte de données locales
- Remarque : La pertinence de la TCC est fondée sur une approche par paliers en matière de soins. Veuillez consulter l'énoncé de qualité 4 pour obtenir plus d'informations sur l'approche par paliers en matière de soins. Cet indicateur est également inclus dans la section « Comment nous mesurerons notre succès »

Pourcentage de personnes atteintes de troubles anxieux qui suivent une TCC donnée par un professionnel de la santé spécialisé dans les troubles anxieux dans les six semaines suivant l'évaluation globale

- Dénominateur : nombre total de personnes atteintes de troubles anxieux qui suivent une TCC donnée par un professionnel de la santé ayant une expertise en troubles anxieux
- Numérateur : nombre de personnes incluses dans le dénominateur dont la TCC commence dans les six semaines suivant l'évaluation globale
- Source des données : collecte de données locales

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

- Source des données : collecte de données locales

Énoncé de qualité 7 : Traitement pharmacologique

Pourcentage de personnes atteintes de troubles anxieux modérés à graves ou qui ne répondent pas à un traitement psychologique pour lesquelles un traitement pharmacologique a été jugé approprié et qui reçoivent un traitement pharmacologique adapté à leur trouble anxieux spécifique

- Dénominateur : nombre total de personnes atteintes de troubles anxieux modérés à graves ou qui ne répondent pas à un traitement psychologique pour lesquelles un traitement pharmacologique a été jugé approprié
- Numérateur : nombre de personnes incluses dans le dénominateur qui reçoivent un traitement pharmacologique en fonction de leurs troubles anxieux spécifiques
- Stratifier par :
 - Trouble d'anxiété sociale
 - Trouble anxieux généralisé
 - Trouble panique
 - Agoraphobie
- Source des données : collecte de données locales
- Remarques :
 - La pertinence du traitement pharmacologique est fondée sur une approche par paliers en matière de soins. Veuillez consulter l'énoncé de qualité 4 pour obtenir plus d'informations sur l'approche par paliers en matière de soins.
 - La phobie spécifique est exclue de la stratification, car les médicaments ne jouent aucun rôle ou ne jouent qu'un rôle minimal dans son traitement
 - Le traitement pharmacologique n'est pas offert systématiquement pour traiter le trouble d'anxiété sociale chez les enfants et les adolescents

- Veuillez consulter les recommandations pour la pratique clinique pour de plus amples renseignements sur le traitement pharmacologique spécifique approprié à un trouble particulier

Pourcentage de personnes atteintes de troubles anxieux qui se sont vu offrir un traitement pharmacologique pour leur trouble anxieux particulier et qui ont l'impression d'avoir un rôle à jouer dans les discussions sur les médicaments qu'elles prennent, ce qui inclut les avantages, risques potentiels, effets secondaires et effets indésirables

- Dénominateur : nombre total de personnes atteintes de troubles anxieux qui se voient offrir un traitement pharmacologique pour leurs troubles anxieux particuliers
- Numérateur : nombre de personnes incluses dans le dénominateur qui ont l'impression d'avoir un rôle à jouer dans les discussions sur les médicaments qu'elles prennent, ce qui inclut les avantages, risques potentiels, effets secondaires et effets indésirables
- Source des données : collecte de données locales

Énoncé de qualité 8 : Surveillance

Pourcentage de personnes atteintes de trouble anxieux qui suivent une psychothérapie et dont la réponse au traitement (efficacité et tolérabilité) est surveillée à l'aide d'outils validés, ainsi qu'avec une évaluation de leur évolution clinique lors de chaque session, par le médecin traitant

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

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

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

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

- Dénominateur : nombre total de personnes atteintes de troubles anxieux qui sont en rémission (peu ou pas de symptômes importants)
- Numérateur : nombre de personnes incluses dans le dénominateur qui ont eu un suivi par un professionnel de la santé au moins une fois dans les 12 mois
- Source des données : collecte de données locales

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

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

- Dénominateur : nombre total de personnes atteintes de troubles anxieux qui ne répondent pas au traitement initial

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

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

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

Pourcentage de personnes atteintes de troubles anxieux qui ont suivi une approche par paliers en matière de soins et dont les symptômes se sont atténués

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

Énoncé de qualité 10 : Expertise spécialisée dans les troubles anxieux

Pourcentage de personnes atteintes de troubles anxieux qui n'ont pas répondu adéquatement à un traitement psychologique ou pharmacologique et dont le professionnel de la santé consulte un professionnel de la santé possédant une expertise spécialisée en troubles anxieux ou oriente ses patients vers un tel spécialiste

- Dénominateur : nombre total de personnes atteintes de troubles anxieux qui n'ont pas répondu adéquatement au traitement psychologique ou pharmacologique
- Numérateur : nombre de personnes incluses dans le dénominateur dont le professionnel de la santé consulte un professionnel de la santé possédant une expertise spécialisée en troubles anxieux ou oriente ses patients vers un tel spécialiste
- Source des données : collecte de données locales

Énoncé de qualité 11 : Prévention des rechutes

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

- Dénominateur : nombre total de personnes atteintes de troubles anxieux qui suivent un traitement
- Numérateur : nombre de personnes incluses dans le dénominateur qui ont confiance dans la façon de prévenir une rechute et de gérer les symptômes s'ils réapparaissent
- Source des données : collecte de données locales

Pourcentage de personnes dont les symptômes de troubles anxieux ont été en rémission et qui rechutent dans l'année qui suit

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

Énoncé de qualité 12 : Transitions dans les soins

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

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

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

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

Appendice 3. Glossaire

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

Adapté à la culture : Une approche qui intègre les traditions, les valeurs et les croyances culturelles ou religieuses, qui utilise la langue préférée de la personne, qui adapte les conseils propres à sa culture et qui tient compte du désir de la personne de faire participer les membres de sa famille ou de sa collectivité.⁴⁸

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

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

Remerciements

Comité consultatif

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

Randi E. McCabe (coprésidente)

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

Peggy M.A. Richter (coprésidente)

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

Sharon Bal

Médecin de famille, Organisation de santé familiale Delta Coronation

Mary Bartram

Travailleuse sociale agréée, chercheure postdoctorale, Université McGill

Jaime Brown

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

Suzanne Fillion

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

Cheryl Fiske

Ergothérapeute, Centre des sciences de la santé mentale Ontario Shores

Mark Freeman

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

Judith Laposa

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

Lisa Leblanc

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

Melanie Lefebvre

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

Barbara Loeprich

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

Sandy Marangos

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

Carol Miller

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

Kimberly Moran

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

Neil A. Rector

Scientifique principale et psychologue,
Sunnybrook Health Sciences Centre

Karen Rowa

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

Steven Selchen

Chef de psychiatrie, Hôpital Joseph Brant

Noam Soreni

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

Lindsay Yarrow

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

Références

1. Mental Health Commission of Canada. Changing directions, changing lives: the Mental Health Strategy for Canada [Internet]. Calgary (AB): The Commission; 2012 [cited 2018 Nov 29]. Available from: https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/MHStrategy_Strategy_ENG.pdf
2. Mental Health Commission of Canada. Recovery [Internet]. Calgary (AB): The Commission; 2016 [updated 2018 Jul 09; cited 2018 Nov 29]. Available from: <http://www.mentalhealthcommission.ca/English/focus-areas/recovery>
3. Health Canada. First Nations Wellness Continuum: summary report [Internet]. Ottawa (ON): Queen's Printer; 2015 [cited 2018 July 18]. Available from: http://www.thunderbirdpf.org/wp-content/uploads/2015/01/24-14-1273-FN-Mental-Wellness-Summary-EN03_low.pdf
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Arlington (VA): The Association; 2013.
5. Health Canada, Public Health Agency of Canada. Mental Health - Anxiety Disorders [Internet]: Government of Canada.; 2009. Available from: https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/migration/hc-sc/hl-vs/alt_formats/pacrb-dgapcr/pdf/iyh-vsv/diseases-maladies/anxiety-anxieux-eng.pdf
6. World Health Organization. Depression and other common mental health disorders: global health estimates [Internet]. Geneva (Switzerland): The Organization; 2017 [cited 2018 Nov]. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>
7. Kessler RC, Petukhova M, Sampson NA, Zaslavsky AM, Wittchen HU. Twelve-month and lifetime prevalence and lifetime morbid risk of anxiety and mood disorders in the United States. *Int J Methods Psychiatr Res.* 2012;21(3):169-84.
8. Ratnasingham S, Cairney J, Rehm J, Manson H, Kurdyak PA. Opening eyes, opening minds: the Ontario burden of mental illness and addiction report. An ICES/PHO report [Internet]. Toronto (ON): Institute for Clinical Evaluative Sciences and Public Health Ontario; 2012 [cited 2018 Oct 3]. Available from: https://www.publichealthontario.ca/en/eRepository/Opening_Eyes_Report_En_2012.pdf
9. Singapore Ministry of Health. Clinical practice guidelines: anxiety disorders [Internet]. Singapore: The Ministry; 2015 [cited 2018 Nov 29]. Available from: https://www.moh.gov.sg/content/dam/moh_web/HPP/Doctors/cpg_medical/current/2015/anxiety_disorders/cpg_Anxiety%20Disorders%20%20Apr%202015%20-%20Full%20Guidelines.pdf
10. Katzman MA, Bleau P, Blier P, Chokka P, Kjernisted K, Van Ameringen M, et al. Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. *BMC Psychiatry.* 2014;14 Suppl 1:S1.
11. Brien S, Grenier L, Kapral ME, Kurdyak P, Vigod ST. Taking stock: a report on the quality of mental health and addictions services in Ontario. An HQO/ICES report [Internet]. Toronto (ON): Health Quality Ontario and Institute for Clinical Evaluative Sciences; 2015 [cited 2018 Oct 3]. Available from: <http://www.hqontario.ca/portals/0/Documents/pr/theme-report-taking-stock-en.pdf>
12. Lim KL, Jacobs P, Ohinmaa A, Schopflocher D, Dewa CS. A new population-based measure of the economic burden of mental illness in Canada. *Chronic Dis Can.* 2008;28(3):92-8.
13. Conference Board of Canada. Healthy brains at work: estimating the impact of workplace mental health benefits and programs [Internet]. Ottawa (ON): The Board; 2016 [cited 2018 Nov]. Available from: https://www.conferenceboard.ca/temp/269f4416-91eb-47b2-a5e3-d6c-6c726aadd/8242_Healthy-Brains-Workplace_BR.pdf
14. Canadian Institute for Health Information. Health System Resources for Mental Health and Addictions Care in Canada [Internet]. Ottawa (ON): The Institute; 2019. Available from: <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/mental-health-chartbook-report-2019-en-web.pdf>
15. Statistics Canada. Table 17-10-0134-01. Estimates of population (2016 Census and administrative data), by age group and sex for July 1st, Canada, provinces, territories, health regions (2018 boundaries) and peer groups [Internet]. Ottawa (ON): Statistics Canada; 2019 [cited 2019 Oct 29]. Available from: <https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/en/tv.action?pid=1710013401>

16. Johnson EM, Coles ME. Failure and delay in treatment-seeking across anxiety disorders. *Community Ment Health J.* 2013;49(6):668-74.
17. Baldwin DS, Anderson IM, Nutt DJ, Allgulander C, Bandelow B, den Boer JA, et al. Evidence-based pharmacological treatment of anxiety disorders, post-traumatic stress disorder and obsessive-compulsive disorder: a revision of the 2005 guidelines from the British Association for Psychopharmacology. *J Psychopharmacol.* 2014;28(5):403-39.
18. National Institute for Health and Care Excellence. Generalised anxiety disorder and panic disorder in adults: management [Internet]. London (UK): The Institute; 2011 [cited 2018 Nov 29]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg113/resources/generalised-anxiety-disorder-and-panic-disorder-in-adults-management-pdf-35109387756997>
19. National Institute for Health and Care Excellence. Social anxiety disorder: recognition, assessment and treatment [Internet]. London (UK): The Institute; 2013 [cited 2018 Nov 29]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg159/resources/social-anxiety-disorder-recognition-assessment-and-treatment-pdf-35109639699397>
20. Ovanessian MM, Fairbrother N, Vorstenbosch V, McCabe RE, Rowa K, Antony MM. Psychometric properties and clinical utility of the Specific Phobia Questionnaire in an anxiety disorders sample. *J Psychopathol Behav Assess.* 2019;41:36-52.
21. Connor KM, Kobak KA, Churchill LE, Katzelnick D, Davidson JRT. Mini-SPIN: a brief screening assessment for generalized social anxiety disorder. *Depress Anxiety.* 2001;14:137-40.
22. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *JAMA Intern Med.* 2006;166:1092-7.
23. Shear MK, Brown TA, Barlow DH, Money R, Sholomskas DE, Woods SW, et al. Multicenter collaborative panic disorder severity scale. *Am J Psychiatry.* 1997;154:1571-5.
24. American Psychiatric Association. Severity measure for specific phobia—adult [Internet]. Arlington (VA): The Association; 2013 [cited 2019 Sep 3]. Available from: https://www.psychiatry.org/File%20Library/Psychiatrists/Practice/DSM/APA_DSM5_Severity-Measure-For-Specific-Phobia-Adult.pdf
25. Connor KM, Davidson JR, Churchill LE, Sherwood A, Foa E, Weisler RH. Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN). New self-rating scale. *Br J Psychiatry.* 2000;176:379-86.
26. Meyer TJ, Miller ML, Metzger RL, Borkovec TD. Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behav Res Ther.* 1990;28:487-95.
27. Houck PR, Spiegel DA, Shear MK, Rucci P. Reliability of the self-report version of the panic disorder severity scale. *Depress Anxiety.* 2002;15(4):183-5.
28. Bandelow B. Assessing the efficacy of treatments for panic disorder and agoraphobia. II. The Panic and Agoraphobia Scale. *Int Clin Psychopharmacol.* 1995;10:73-81.
29. Chambless DL, Caputo GC, Jasin SE, Gracely EJ, Williams C. The mobility inventory for agoraphobia. *Behav Res Ther.* 1985;23:35-44.
30. Chorpita BF, Yim L, Moffitt C, Umemoto LA, Francis SE. Assessment of symptoms of DSM-IV anxiety and depression in children: a revised child anxiety and depression scale. *Behav Res Ther.* 2000;38:835-55.
31. March JS, Parker JD, Sullivan K, Stallings P, Conners CK. The Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC): factor structure, reliability, and validity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1997;36(4):554-65.
32. Elkins RM, Pincus DB, Comer JS. A psychometric evaluation of the panic disorder severity scale for children and adolescents. *Psychol Assess.* 2014;26(2):609-18.
33. Masia-Warner C, Storch EA, Pincus DB, Klein RG, Heimberg RG, Liebowitz MR. The Liebowitz social anxiety scale for children and adolescents: an initial psychometric investigation. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2003;42(9):1076-84.

34. Beidel DC, Turner SM, Morris TL. A new inventory to assess childhood social anxiety and phobia: the Social Phobia and Anxiety Inventory for Children. *Psychol Assess*. 1995;7(1):73-9.
35. Somerville S, Dedman K, Hagan R, Oxnam E, Wettinger M, Byrne S, et al. The Perinatal Anxiety Screening Scale: development and preliminary validation. *Arch Womens Ment Health*. 2014;17(5):443-54.
36. Pachana NA, Byrne GJ, Siddle H, Koloski N, Harley E, Arnold E. Development and validation of the Geriatric Anxiety Inventory. *Int Psychogeriatr*. 2007;19(1):103-14.
37. de Lijster JM, Dierckx B, Utens EMWJ, Verhulst FC, Zieldorff C, Dieleman GC, et al. The age of onset of anxiety disorders: a meta-analysis. *Can J Psychiatry*. 2017;62(4):237-46.
38. Connolly SD, Bernstein GA. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with anxiety disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007;46(2):267-83.
39. Koran LM, Hanna GL, Hollander E, Nestadt G, Simpson HB. Practice guideline for the treatment of patients with obsessive-compulsive disorder [Internet]. Arlington (VA): American Psychiatric Association; 2007 [cited 2018 Jul 11]. Available from: http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/site-wide/practice_guidelines/guidelines/ocd.pdf
40. Sunderland K, Mishkin W, Peer Leadership Group. Mental Health Commission of Canada. Guidelines for the practice and training of peer support [Internet]. Calgary (AB): Mental Health Commission of Canada; 2013 [cited 2018 Nov 29]. Available from: https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/peer_support_guidelines.pdf
41. Cyr C, McKee H, O'Hagan M, Priest R, Mental Health Commission of Canada. Making the case for peer support: report to the Peer Support Project Committee of the Mental Health Commission of Canada [Internet]. Calgary (AB): Mental Health Commission of Canada; 2016 [cited 2018 Nov 29]. Available from: https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/2016-07/MHCC_Making_the_Case_for_Peer_Support_2016_Eng.pdf
42. Health Quality Ontario. Psychotherapy for major depressive disorder and generalized anxiety disorder: OHTAC recommendation [Internet]. Toronto (ON): Queen's Printer for Ontario; 2017 [cited 2018 Jul 12]. Available from: <http://www.hqontario.ca/evidence-to-improve-care/recommendations-and-reports/OHTAC/psychotherapy-for-depression>
43. Andrews G, Bell C, Boyce P, Gale C, Lampe L, Marwat O, et al. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of panic disorder, social anxiety disorder and generalised anxiety disorder. *Aust N Z J Psychiatry*. 2018;52(12):1109-72.
44. Bandelow B, Sher L, Bunevicius R, Hollander E, Kasper S, Zohar J, et al. Guidelines for the pharmacological treatment of anxiety disorders, obsessive-compulsive disorder and posttraumatic stress disorder in primary care. *Int J Psychiatry Clin Pract*. 2012;16(2):77-84.
45. National Institute for Health and Care Excellence. Anxiety disorders [Internet]. London (UK): The Institute; 2014 [cited 2018 Mar 16]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/qs53/resources/anxiety-disorders-pdf-2098725496261>
46. Anxiety Canada. How to prevent a relapse [Internet]. Vancouver (BC): Anxiety Canada; 2018 [cited 2018 Aug 1]. Available from: <https://www.anxiety-canada.com/adults/how-prevent-relapse>
47. National Collaborating Centre for Mental Health. The improving access to the psychological therapies manual: appendices and helpful resources [Internet]. London (UK): The Centre; 2018 [cited 2019 Aug 8]. Available from: <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2018/06/iapt-manual-resources-v2.pdf>
48. (Crowshoe L, Dannenbaum D, Green M, Henderson R, Naqshbandi Hayward M, Toth E. Type 2 diabetes in Indigenous peoples. *Can J Diabetes*. 2018;42:S296-S306.

À propos de nous

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

Pour plus d'informations, visitez : ontariohealth.ca/fr/notre-equipe

Besoins de renseignements supplémentaires

Visiter notre site Web à hqontario.ca ou communiquer avec nous à l'adresse qualitystandards@hqontario.ca pour toute question ou rétroaction sur ce guide.

Santé Ontario (Qualité)

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

Tél. : 416-323-6868

Sans frais : 1-866-623-6868

Télécopieur : 416-323-9261

Courriel : qualitystandards@hqontario.ca

Site Web : hqontario.ca