**Scénario pour la ligne directrice sur le dépistage de la dépression durant la grossesse et la période postnatale**

[Diapositive 1]

* Groupe d’étude canadien sur les soins de santé préventifs
* Lignes directrices sur le dépistage de la dépression pendant la grossesse et la période postnatale

[Diapositive 2]

* À la suite de la publication de la ligne directrice, ces diapositives seront **mises à la disposition du public** comme outil pédagogique afin d’aider à sa diffusion, à son adoption et à sa mise en œuvre dans la pratique clinique en soins de santé primaires.
* Il est possible d’utiliser une partie ou l’ensemble des présentes diapositives dans des contextes éducatifs.

[Diapositive 3]

* Les membres du Groupe d’étude qui ont formé le groupe de travail pour cette ligne directrice sont : Eddy Lang, Heather Colquhoun, John C. Leblanc, John Riva.
* Les porte-parole du Groupe d’étude sont : Eddy Lang, Emily G. McDonald, Guylène Thériault.
* Les experts en contenu étaient Bianca Lauria-Horner, Scott Patten, Simone Vigod, Brett Thombs. Les experts en contenu sont des conseillers externes du groupe de travail et ne votent pas sur l’orientation ou la force des recommandations, et n’y contribuent pas.

[Diapositive 4]

* Aperçu du webinaire
* Présentation
	+ Renseignements généraux sur la dépression périnatale et postnatale
	+ Méthodes utilisées par le Groupe d’étude canadien sur les soins de santé préventifs (GECSSP)
	+ Recommandations
	+ Résultats
	+ Justification des recommandations
	+ Lacunes dans les connaissances et prochaines étapes
	+ Autres recommandations nationales en matière de dépistage de la dépression périnatale et postnatale
	+ Conclusions
* Questions et réponses

[Diapositive 5]

* Contexte

[Diapositive 6]

* La dépression pendant la grossesse et après l’accouchement est un grave problème de santé qui peut être traité s’il est détecté.

[Diapositive 7]

* Le diagnostic du trouble dépressif majeur repose sur la présence d’au moins 5 symptômes, dont l’humeur dépressive, l’anhédonie, un sentiment de détresse ou un dysfonctionnement significatif, presque tous les jours pendant au moins 2 semaines.

[Diapositive 8]

* Les symptômes peuvent aussi inclure d’importants changements de poids ou d’appétit, l’insomnie ou l’hypersomnie, l’agitation ou le ralentissement psychomoteur, la fatigue ou une baisse d’énergie, des sentiments de dévalorisation ou de culpabilité, une diminution de la concentration ou l’indécision, des idées noires ou des pensées suicidaires.

[Diapositive 9]

* Les estimations de la prévalence de la dépression pendant la grossesse ou la période postnatale varient.
* Un examen systématique de 2005 a permis d’estimer que la prévalence ponctuelle de la dépression majeure pendant la grossesse et après l’accouchement varie de 1 % à 6 % à différents moments (du premier trimestre de la grossesse à un an après l’accouchement).
* Une enquête nationale menée en 2008 aux États-Unis a révélé que la prévalence de la dépression sur une période de 12 mois était de 8 % chez les femmes enceintes et de 9 % chez les femmes en période postnatale, comparativement à 8 % chez les personnes qui ne sont pas enceintes.

[Diapositive 10]

* La dépression pendant la grossesse et la période postnatale peut avoir une incidence sur la femme enceinte et son nourrisson individuellement, ainsi que sur les interactions parent-enfant et les relations entre conjoints.
* Les conséquences pour la femme enceinte sont les suivantes :
	+ Risque accru d’anxiété ou de dépression dans l’avenir
	+ Qualité de vie moindre
	+ Augmentation des comportements à risque (p. ex., tabagisme ou consommation d’alcool)
	+ Idées suicidaires
* Les répercussions sur le nourrisson peuvent inclure :
	+ Retards dans le développement physique et mental, y compris le développement cognitif et linguistique
	+ Problèmes généraux de santé infantile
* Les répercussions sur les interactions parent-enfant peuvent comprendre :
	+ Diminution de l’allaitement
	+ Mauvais attachement parent-enfant

[Diapositive 11]

* Il est normal et courant d’avoir ce qu’on appelle souvent le « baby blues » quelques jours après l’accouchement.
* Il s’agit de sentiments de tristesse, d’anxiété ou de colère à l’égard du bébé ou du partenaire. Les autres symptômes comprennent des crises de larmes inattendues, des troubles du sommeil ou une perte d’appétit.
* Il est principalement provoqué par un changement important des hormones après la naissance, la perte de sommeil et une augmentation du stress.
* Ces symptômes s’améliorent souvent en une à deux semaines sans traitement.

La dépression postpartum partage beaucoup de symptômes avec le « baby blues », mais elle peut être beaucoup plus intense et nécessite un traitement.

[Diapositive 12]

* Les soins cliniques habituels pendant la grossesse et la période postnatale devraient comprendre une discussion avec les personnes enceintes ou ayant accouché au sujet de leurs antécédents de maladie mentale, de leurs symptômes actuels et de leur bien-être.

[Diapositive 13]

* En plus des soins cliniques habituels, le dépistage de la dépression repose sur l’utilisation d’un instrument de dépistage (le plus souvent un questionnaire ou une courte série de questions) comportant un score prédéfini chez toutes les personnes enceintes ou en période post­partum dans un contexte particulier, comme un milieu clinique.
* Les personnes qui présentent un score égal ou supérieur à la valeur prédéfinie sont considérées comme « positives » et subissent alors une évaluation plus approfondie pour vérifier si elles présentent les critères diagnostiques de la dépression, tandis que celles qui ont un score inférieur à la valeur prédéfinie sont considérées comme « négatives » et ne sont pas soumises à une évaluation plus approfondie.
* Les instruments courants de dépistage de la dépression comprennent le Questionnaire sur la santé du patient (QSP) et l’Échelle de dépression postnatale d'Édimbourg (EDPE).

[Diapositive 14]

* Nous faisons une importante distinction entre les questions d’un dépistage systématique et celles qui font partie des soins cliniques habituels selon la façon dont le professionnel entrevoit les étapes suivantes. Lors d’un dépistage systématique, toutes les personnes qui obtiennent le score prédéfini sont considérées comme « positives » et soumises à un examen plus approfondi au moyen d’approches diagnostiques.
* Par contre, évaluer l’état d’une personne après l’analyse de toutes les données accessibles au médecin fait partie des soins cliniques de routine et non d’un dépistage. Par exemple, si un professionnel de la santé posait à une personne « au cours des deux dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous été dérangéepar : un peu d’intérêt ou de plaisir à faire les choses; un sentiment de dépression ou de désespoir? », et puis qu’il procède à l’aide de son jugement clinique basé sur les réponses de la personne ainsi que d’autres renseignements sur cette dernière, cela n’est pas considéré comme un dépistage puisqu’il s’agit d’une approche souple et personnalisée contrairement à l’approche systématique et structurée de dépistage à l’aide d’un instrument doté d’un seuil de pointage.
* Lorsqu’un clinicien soupçonne une dépression et commence à l’étudier, il entreprend un processus de diagnostic, qu’il ait ou non utilisé un outil officiel de dépistage de la dépression.
	+ Veuillez noter que les questionnaires sur les symptômes de la dépression peuvent également être utilisés à plusieurs fins autres que le dépistage, notamment dans le cadre d’une évaluation diagnostique des personnes soupçonnées d’avoir une dépression, pour suivre les progrès du traitement ou pour vérifier s’il y a une rechute chez les personnes ayant déjà souffert de dépression.

[Diapositive 15]

* L’objectif du dépistage est d’identifier et d’aider les personnes chez qui, sans un protocole de dépistage, la maladie serait identifiée tardivement, ou passerait inaperçue.

[Diapositive 16]

[Diapositive 17]

* Dix provinces et territoires du Canada fournissent des documents d’orientation (p. ex., recommandations de pratiques exemplaires, approches de soins, dossiers périnataux) qui suggèrent de poser aux personnes des questions sur la dépression, l’anxiété ou l’humeur actuelle pendant la grossesse ou la période postnatale dans le cadre des soins cliniques habituels.

[Diapositive 18]

* Neuf provinces et territoires fournissent des documents d’orientation qui suggèrent aux fournisseurs de soins primaires (p. ex., infirmières en santé publique, médecins de famille, sages-femmes) de soumettre les personnes à un dépistage au moyen d’instruments comme l’EDPE pendant la grossesse ou la période postnatale.
* Ces directives comprennent des scores prédéfinis et préconisent des interventions de suivi dans le cadre du dépistage.
* Parmi ces neuf provinces et territoires, sept fournissent également un endroit où entrer les scores des outils de dépistage de la dépression dans les formulaires de dossier médical utilisés pendant la grossesse ou la période postnatale.
* Les directives sur les questionnaires à utiliser, le moment de les utiliser et les seuils prédéfinis varient d’une province et d’un territoire à l’autre.

[Diapositive 19]

* En 2013, le Groupe d’étude canadien sur les soins de santé préventifs a déconseillé l’utilisation d’instruments de dépistage de la dépression chez les personnes en période périnatale ou postpartum.
* Étant donné que l’utilisation d’un tel dépistage est variable au Canada, une recommandation à jour, fondée sur une revue des bienfaits et des préjudices du dépistage et tenant compte des préférences des personnes clarifiera la question pour les professionnels.
* Cette ligne directrice remplace la recommandation de 2013 concernant les personnes enceintes et en période post­partum.

[Diapositive 20]

* Cette recommandation oriente les professionnels de la santé en soins primaires (p. ex., cliniciens, infirmières, sages-femmes ou d’autres fournisseurs qui pourraient servir de premier point de contact pour les soins durant la grossesse ou la période postpartum), les décideurs et les personnes concerées sur le dépistage (tel que défini ci-dessus) de la dépression chez les personnes durant la grossesse et jusqu’à un an de postpartum.
* La portée de cette recommandation s’étend également aux personnes qui peuvent présenter un risque élevé de dépression (p. ex., traumatisme au début de la vie, antécédents familiaux de dépression).
* Cette recommandation ne s’applique pas aux personnes qui ont des antécédents personnels ou un diagnostic récent de dépression ou d’un autre trouble de santé mentale, à celles qui reçoivent une évaluation ou suivent actuellement un traitement pour des troubles de santé mentale, à celles qui reçoivent des soins en psychiatrie ou pour d’autres troubles mentaux, ou à celles qui cherchent à obtenir des services en raison de symptômes de dépression. Ces lignes directrices ne traitent pas du traitement de la dépression.

[Diapositive 21]

* Méthodes

[Diapositive 22]

* Le Groupe d’étude canadien sur les soins de santé préventifs est un organisme indépendant composé d’un maximum de 15 cliniciens et spécialistes de la méthodologie.
* Il a pour mandat d’élaborer des lignes directrices pour la pratique clinique fondées sur des données probantes afin d’appuyer les fournisseurs de soins de santé primaires dans leur prestation de soins de santé préventifs.
* Ultimement, l’objectif du Groupe d’étude est d’améliorer la santé des Canadiens en veillant à ce que les fournisseurs de soins de santé primaires aient accès à des lignes directrices pour la pratique clinique fondées sur les meilleures données probantes disponibles.

[Diapositive 23]

* Le Groupe d’étude collabore avec les centres d’examen et de synthèse des données probantes (CESDP) qui examinent les données probantes de façon indépendante.
* Les CESDP entreprennent un examen systématique de la documentation en fonction du cadre d’analyse, et préparent le rapport final et les tableaux GRADE. GRADE : Grading of Recommendation, Assessment, Development and Evaluation (Classement des recommandations, Évaluation, Développement et Réévaluation).
* Ils participent également aux réunions du groupe de travail et du Groupe d’étude (sans droit de vote).

[Diapositive 24]

* Cette infographie donne un aperçu du processus d’élaboration des lignes directrices du Groupe d’étude et des personnes qui fournissent des commentaires essentiels aux étapes de la sélection des sujets, de la synthèse des données probantes, de la préparation des lignes directrices et de la diffusion. Cela comprend divers intervenants internes et externes (plus de détails à la prochaine diapositive).

[Diapositive 25]

* Le processus d’examen du Groupe d’étude comprend les éléments suivants :
	+ Un examen interne par le groupe de travail sur les lignes directrices et par tous les autres membres du Groupe d’étude
	+ Le Groupe de travail fait également appel à des spécialistes/experts en contenu pour agir à titre de conseillers auprès du groupe de travail tout au long du processus. Les experts en contenu sont impliqués dans les réunions et examinent les principaux documents, mais ne votent pas sur l’orientation ou la force des recommandations, et n’y contribuent pas.
* Un examen externe qui se déroule en trois étapes clés :
	+ Le protocole, les examens systématiques et les lignes directrices
* Les groupes d’intervenants examinateurs externes comprennent :
	+ Les intervenants généralistes ou spécialistes d’une maladie
	+ Les collègues examinateurs du milieu universitaire
* Le JAMC entreprend une démarche d’examen indépendant par les pairs pour réviser les lignes directrices avant d’en autoriser la publication.

[Diapositive 26]

*Que devons-nous notifier?*

**1. Degré de certitude**

Degré de confiance que les données probantes disponibles illustrent correctement l’effet théorique réel de l’intervention ou du service.

* *Élevé, modéré, faible, très faible*

**2. Forces des recommandations**

L’équilibre entre le degré de certitude des données probantes à l’appui, le degré de confiance quant à l’équilibre entre les effets souhaitables et les effets indésirables, le degré de certitude ou la variabilité dans les valeurs et les préférences des personnes et le degré de confiance quant à savoir si l’intervention représente une bonne utilisation des ressources.

* *Forte et conditionnelle*

[Diapositive 27]

* L’examen systématique qui a servi de fondement à la présente ligne directrice sera publié dans la revue Systematic Reviews en même temps que la publication de la ligne directrice.
* Les examens soutiennent les lignes directrices du Groupe d’étude qui se trouvent sur le site Web du Groupe d’étude ou publiées dans la série de la revue.

[Diapositive 28]

* Les personnes ont été recrutées au moyen d’annonces sur les sites Web de publicité publique (c.‑à‑d. Craigslist et Kijiji), et ont participé à l’élaboration des lignes directrices par l’entremise de deux phases de groupe de discussion menées par le groupe d’application des connaissances de l’Hôpital St. Michael’s.

[Diapositive 29]

* Phase 1 – pendant l’élaboration du protocole
	+ 15 participantes (6 femmes enceintes et 9 après l’accouchement, toutes identifiées comme étant des femmes) ont évalué l’importance des résultats clés pour décider s’il faut effectuer un dépistage de la dépression au moyen d’un sondage en ligne.
	+ Cela a été suivi de trois groupes de discussion thématique et de deux entrevues par téléconférence afin de recueillir les justifications de ces participantes pour leurs notes et de discuter des facteurs qui ont influé sur l’importance des résultats.
	+ Les résultats jugés critiques ou importants par les participantes aux groupes de discussion (décrits ci-dessous) et les membres des groupes de travail ont été pris en compte pendant l’élaboration des lignes directrices.
* Phase 2 – une fois l’examen systématique terminé
	+ On a demandé à 14 participantes (4 enceintes et 10 après l’accouchement, qui se sont toutes identifiées comme des femmes) d’évaluer l’importance des résultats lorsqu’on leur a présenté des données synthétisées sur les avantages et les méfaits du dépistage de la dépression au moyen d’un sondage en ligne.
	+ Cela a été suivi de quatre groupes de discussion thématique et de deux entrevues par téléconférence afin de recueillir les justifications de ces participantes pour leurs notes et de discuter des facteurs qui ont influé sur l’importance des résultats.
	+ La phase 2 nous permet de déterminer si les personnes, pleinement informées des avantages et des inconvénients estimés de l’examen, pourraient attribuer une note différente à l’importance des résultats.

[Diapositive 30]

* Recommandations

[Diapositive 31]

* *Le Groupe d’étude canadien sur les soins de santé préventifs déconseille l’utilisation systématique d’instruments de dépistage de la dépression utilisant un score prédéfini pour distinguer les cas « positifs » des cas « négatifs » chez toutes les personnes enceintes et en période post-partum (jusqu’à 1 an après l’accouchement) (recommandation conditionnelle, données de très faible certitude).*
* Cette recommandation présuppose que les soins habituels durant la grossesse et la période postnatale incluent une attention minutieuse à la santé mentale et au bien­être des personnes.

[Diapositive 32]

* Le terme « dépistage » utilisé dans cette recommandation fait référence à une intervention systématique par laquelle les professionnels en soins primaires utilisent un instrument comme un questionnaire avec chaque personne enceinte ou en période de post­partum qui ne fait pas déjà mention de symptômes de dépression, puis utilise un score prédéfini pour déterminer la conduite à tenir chez celles qui obtiennent un score égal ou supérieur à ce score.
* Comme nous l’avons mentionné précédemment, la définition du dépistage selon le groupe d’étude dans ce contexte signifie que la recommandation à l’encontre du dépistage rappelle l’importance des bonnes pratiques cliniques : les médecins doivent poser des questions et demeurer à l’affût des changements à la santé physique et mentale des personnes qui les consultent.
* Compte tenu des implications de la dépression sur la santé durant la grossesse et la période postnatale, il est essentiel que les professionnels interrogent les personnes au sujet de leur santé mentale et de leur bien­ être et qu’ils y restent attentifs.

[Diapositive 33]

* Puisque les mesures de dépistage varient au Canada, les régions pourraient reconsidérer l’utilisation de ces dépistages dans les contextes où ils sont présentement en vigueur.
* Si les cliniciens ne sont pas certains de la façon de participer à ces discussions avec les patients, ils peuvent envisager de se reporter à des questionnaires pour des questions de discussion (sans se lancer dans un dépistage officiel en utilisant le seuil de pointage pour déterminer les mesures subséquentes).

[Diapositive 34]

[Diapositive 35]

- Résultats

[Diapositive 36]

* Nous avons trouvé un essai randomisé et contrôlé (ERC) sur le dépistage systématique de la dépression chez les personnes en période post­partum
 (décrites comme des « mères » ou des « femmes » dans l’étude) à Hong Kong (n = 462).
* Certaines participantes ont été dépistées aléatoirement avec l’EDPE par des infirmières (n = 231) ou n’ont pas été dépistées (n = 231) deux mois après l’accouchement. Les deux groupes ont reçu les soins cliniques habituels, qui comprenaient des questions concernant leur état d’esprit, leur appétit, leur sommeil, les soins à l’enfant et les idées suicidaires
* Toutes les participantes identifiées comme étant potentiellement dépressives (score de ≥10 sur l’EDPE ou évaluation clinique dans le groupe d’intervention ou évaluation clinique seule dans le groupe de contrôle) devaient se voir offrir des services de consultation ou de prise en charge par une équipe psychiatrique communautaire
* Les résultats ont été évalués six mois après l’accouchement (c.-à-d. quatre mois après la randomisation)
* Les données sur les résultats critiques et importants étaient très incertaines, notamment pour :
	+ Le nombre de participantes dépressives
	+ Symptômes de dépression
	+ État de santé générale
	+ Capacités déclarées ou observées en tant que parent
	+ Stress parent-enfant
	+ Stress conjugal
	+ Hospitalisations infantiles
* Les effets du dépistage sur tous ces résultats étaient très incertains en raison du risque très grave de partialité (utilisation de mesures des résultats autodéclarés et de rapports sélectifs sur les résultats) ainsi que de préoccupations d’imprécision en raison de l’existence d’un seul petit essai
* Cette très faible certitude signifie que les effets réels du dépistage sont probablement substantiellement différents des conclusions de l’étude.
* Il y avait des preuves peu probantes indiquant une différence minime ou nulle du poids corporel moyen des nourrissons à six mois.
* Aucun événement indésirable n’a été relevé dans l’étude.

[Diapositive 37]

* Nous n’avons trouvé aucune étude comparant le dépistage de la dépression par questionnaire et l’absence de dépistage pendant la grossesse.
* Nous n’avons pas non plus trouvé d’études évaluant d’autres résultats d’intérêt (c.‑à‑d. tendances suicidaires, faux positifs, surdiagnostic, surtraitement, étiquetage/stigmatisation) (dans l’une ou l’autre des populations).

[Diapositive 38]

* Valeurs et préférences des personnes concernées

[Diapositive 39]

* Les participantes ont dit craindre de ne pas reconnaître leurs propres symptômes de dépression ou de ne pas prendre l’initiative de demander l’avis de leur fournisseur de soins primaires et ont exprimé une préférence pour le dépistage.

[Diapositive 40]

* Bien que les participantes aient une préférence importante pour le dépistage, durant les groupes de discussion thématique, on a noté que « les participantes préfèrent avoir une discussion avec un fournisseur de soins de santé à propos de leur santé mentale et de leur bien-être » et que « la discussion à propos de la dépression avec un fournisseur de soins de santé primaires durant la grossesse et la période postpartum est critique », ce qui ne suggère pas un processus de dépistage formel.

[Diapositive 41]

* Par conséquent, les personnes ont indiqué que les discussions avec les fournisseurs de soins de santé au sujet de la dépression sont importantes pour elles.

[Diapositive 42]

* De l’avis du groupe de travail, une recommandation contre le dépistage est réalisable.
* Les fournisseurs de soins primaires reçoivent une formation sur les signes et les symptômes de la dépression pendant la grossesse et la période postnatale, ainsi que sur les processus d’évaluation, de traitement et d’orientation (au besoin) dans le cadre des soins cliniques habituels.
* On ne sait pas dans quelle mesure les fournisseurs de soins primaires utilisent le dépistage par questionnaire au Canada dans le cadre des soins cliniques habituels.
* Compte tenu des résultats de notre engagement auprès des personnes, le Groupe d’étude juge que la recommandation contre le dépistage de la dépression au moyen de questionnaires administrés à toutes les femmes enceintes et après l’accouchement devrait être acceptable pour la plupart des personnes, à condition que les fournisseurs de soins continuent de s’informer sur la santé mentale et le bien-être dans le cadre des soins habituels.
* Le Groupe d’étude reconnaît qu’une recommandation contre le dépistage peut contredire les pratiques ou les politiques actuelles dans certaines administrations. Par conséquent, il reconnaît que certains fournisseurs peuvent se sentir mal à l’aise à l’idée de mettre fin au dépistage en raison de préoccupations au sujet des cas « manquants » de cet important problème de santé.

[Diapositive 43]

* L’incidence sur l’équité d’une recommandation contre le dépistage est inconnue.
* Certaines personnes marginalisées signalent des obstacles quant à la divulgation de symptômes ou de préoccupations en matière de dépression avec leur fournisseur de soins de santé (p. ex., doutes quant à la façon de soulever le sujet de la dépression, préoccupations au sujet de la stigmatisation, aversion envers les antidépresseurs ou la psychothérapie), dans tel cas une recommandation contre le dépistage pourrait faire en sorte que certaines personnes souffrant de dépression ne soient pas identifiées, bien que certains de ces obstacles pourraient perdurer avec l’utilisation de questionnaires de dépistage.

[Diapositive 44]

* Justification des recommandations

[Diapositive 45]

* Cette recommandation conditionnelle est fondée sur des données probantes de très faible certitude sur l’effet du dépistage sur les résultats positifs et sur des preuves limitées des méfaits.
* Selon la revue systématique à l’origine de la recommandation, le bienfait additionnel d’un dépistage systématique au moyen d’un questionnaire comportant un score prédéfini comparativement aux soins habituels (y compris des questions sur l’humeur et l’état de santé mentale) durant les consultations en soins primaires serait très incertain
* Bien qu’aucune preuve n’ait été trouvée sur les méfaits du dépistage dans notre examen systématique, des données probantes provenant d’autres sources décrites ci-dessous indiquent que le temps et l’accent mis sur le dépistage pourraient réduire les occasions de discuter d’autres aspects de la santé au cours d’une rencontre de soins primaires périnataux, car les fournisseurs évalueraient et aiguilleraient inutilement toutes les personnes qui obtiennent un résultat positif au dépistage, dans bien des cas.
	+ Le dépistage pourrait entraîner une augmentation du nombre de faux positifs, de faux négatifs, de références et d’évaluations diagnostiques inutiles et de diagnostics excessifs pour certaines personnes.

[Diapositive 46]

* Un cas faux positif survient lorsqu’une personne atteint ou excède le score prédéfini à un questionnaire de dépistage et subit alors une évaluation psychiatrique additionnelle qui conclut qu’en fait, elle ne présente pas les critères diagnostiques de la dépression.
* Une récente méta­-analyse regroupant des données individuelles fournit des informations sur le degré de précision de l’EPDS, l’instrument utilisé lors de l’essai que nous avons identifié. À partir d’une prévalence de 8 %, le dépistage de la dépression chez 100 personnes au moyen du questionnaire EPDS utilisant un score prédéfini de 13, mettrait au jour 5 cas vrais positifs, 3 faux négatifs, 5 faux positifs et 87 vrais négatifs. Cela signifie que certaines personnes soumises au dépistage subiraient inutilement une évaluation additionnelle.

 [Diapositive 47]

* Le surdiagnostic pourrait survenir chez des personnes ayant de légers symptômes passagers qui obtiendraient le score prédéfini lors du dépistage, entraînant une évaluation plus approfondie et une possible consultation auprès de services spécialisés en santé mentale, mais qui n’en tireraient aucun bénéfice puisque leurs symptômes auraient disparus de toute façon.

[Diapositive 48]

* Compte tenu des défis importants liés à l’accès aux services de santé mentale au Canada, la réorientation inutile des ressources du traitement des personnes atteints de troubles de santé mentale pourrait constituer un préjudice non intentionnel du dépistage.
* Passer ne serait-ce qu’une à deux minutes par rencontre clinique à examiner les résultats d’un instrument de dépistage officiel sans valeur prouvée représente beaucoup de temps au cours d’une rencontre de 15 minutes. De l’avis du groupe de travail, cela pourrait nuire à la capacité des cliniciens d’avoir une discussion significative et empathique sur la santé des personnes.
* Étant donné qu’environ 10 % de toutes les personnes dépistées au moyen d’un questionnaire avec seuil de pointage devraient recevoir une évaluation ou des références supplémentaires, les répercussions sur les ressources vont également au-delà de la rencontre clinique initiale.

[Diapositive 49]

* Le groupe d’étude connaît bien les contraintes de notre système de soins de première ligne en matière de ressources et à ce titre, formule des recommandations à l’encontre d’interventions lorsque leurs implications sur le plan des ressources sont hors de tout doute importantes et que les bienfaits n’en ont pas été démontrés.

[Diapositive 50]

* Lacunes dans les connaissances et prochaines étapes.

[Diapositive 51]

* Il n’y a qu’un seul essai randomisé et contrôlé qui évalue les avantages et les inconvénients du dépistage de la dépression par questionnaire par rapport à l’absence de dépistage pendant la période postnatale.
* Il n’y en avait pas pendant la grossesse.
* Des essais qui comparent le dépistage aux soins cliniques habituels, où les personnes identifiées comme déprimées dans l’un ou l’autre des groupes reçoivent le même niveau de soins, sont nécessaires pour isoler l’efficacité du dépistage en tant qu’intervention.
	+ Les paramètres examinés dans ces essais devraient comprendre les bienfaits et les préjudices liés à la santé maternelle et infantile.
* Comme la grossesse et la période postnatale se vivent différemment selon différents facteurs tels que la culture, l’ethnicité, le statut socio­économique, le lieu géographique et autres déterminants sociaux de la santé, il serait également utile de procéder à des études qui reflé­teraient la diversité de la population canadienne et fourniraient des données sur ces aspects

[Diapositive 52]

* Outils

[Diapositive 53]

* Outils d’application des connaissances (AC)

 [Diapositive 54]

* Application des connaissances
	+ Une infographie et une Foire aux questions à l’intention des cliniciens et des personnes ont été élaborées pour aider à comprendre les lignes directrices.
	+ Une fois publiés, ces outils pourront être **téléchargés gratuitement** en **français** et en **anglais** sur le site Web : [http://canadiantaskforce.ca](https://canadiantaskforce.ca/?lang=fr).

[Diapositive 55]

* L’infographie a été conçue pour aider les cliniciens à comprendre le message à retenir pour la pratique.

[Diapositive 56]

* FAQ à l’intention des cliniciens et des personnes pour orienter les discussions

[Diapositive 57]

* Page publique contenant des ressources accessibles et pertinentes pour les personnes

[Diapositive 58]

[Diapositive 59]

* Conclusions

[Diapositive 60]

* Il est important que cette recommandation conditionnelle contre le dépistage ne soit pas interprétée comme une recommandation contre un examen de la santé mentale et du bien-être. Le groupe de travail recommande de ne pas utiliser d’instruments de dépistage systématique comportant des score prédéfini, mais insiste sur l’importance des questions et de l’attention à la santé mentale et au bien-être pendant la grossesse et la période postnatale.

[Diapositive 61]

[Diapositive 62]

* Pour de plus amples renseignements sur cette ligne directrice, veuillez consulter :

le site Web du Groupe d’étude canadien sur les soins de santé préventifs (GECSSP) <https://canadiantaskforce.ca/?lang=fr>

[Diapositive 63]

* Merci
* Questions et réponses