

Schizophrénie

Soins destinés aux adultes dans les
hôpitaux

Mise à jour 2023

Portée de cette norme de qualité

Cette norme de qualité porte sur les soins fournis aux adultes âgés de 18 ans et plus ayant reçu un diagnostic primaire de schizophrénie (y compris les troubles connexes comme le trouble schizo-affectif) se rendant au service d'urgence ou admis à l'hôpital. Cette norme de qualité comprend également des directives sur les soins des personnes qui passent d'un milieu hospitalier à un milieu communautaire. Cette norme de qualité est axée sur les soins fournis à l'hôpital, mais certaines interventions décrites ici sont susceptibles d'avoir lieu en dehors de l'hôpital après avoir commencé à l'hôpital ou à la suite d'une orientation à l'hôpital. Tous les patients doivent avoir une consultation de suivi prévue après le début d'un nouveau traitement.

Pour lire la norme de qualité portant sur les soins offerts aux adultes atteints de schizophrénie en milieu communautaire, veuillez consulter la norme [Schizophrénie : Soins destinés aux adultes dans la collectivité](#)

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 et les guides du patient qui les accompagnent sont élaborées par Santé Ontario, en collaboration avec les professionnels de la santé, les patients et les aidants de l'Ontario.

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

Énoncés de qualité pour améliorer les soins : Résumé

Ces énoncés de qualité décrivent à quoi ressemblent des soins de grande qualité pour les personnes schizophrènes.

Énoncé de qualité 1 : Évaluation exhaustive interprofessionnelle

Les adultes admis dans un milieu hospitalier ayant reçu un diagnostic primaire de schizophrénie font l'objet d'une évaluation exhaustive interprofessionnelle qui permet d'orienter leur plan de soins.

Énoncé de qualité 2 : Dépistage de la consommation de substances

Les adultes se rendant au service d'urgence ou admis en milieu hospitalier ayant reçu un diagnostic primaire de schizophrénie font l'objet d'un dépistage pour repérer des problèmes de consommation de substances et, le cas échéant, se voient offrir un traitement pour les troubles concomitants.

Énoncé de qualité 3 : Évaluation de l'état de santé physique

Les adultes admis dans un milieu hospitalier ayant reçu un diagnostic primaire de schizophrénie font l'objet d'une évaluation de leur santé physique axée sur les troubles fréquents chez les personnes atteintes de schizophrénie. Cette évaluation sert à orienter leur plan de soins.

Énoncé de qualité 4 : Promotion de l'activité physique et de l'alimentation saine

Les adultes admis dans un milieu hospitalier ayant reçu un diagnostic primaire de schizophrénie se voient proposer des interventions pour promouvoir l'activité physique et l'alimentation saine.

Énoncé de qualité 5 : Promotion du renoncement au tabac

Les adultes admis dans un milieu hospitalier ayant reçu un diagnostic primaire de schizophrénie et qui fument du tabac se voient offrir des interventions comportementales et pharmacologiques pour alléger les symptômes du

syndrome de sevrage à la nicotine et les aider à réduire leur consommation de tabac ou l'arrêter.

Énoncé de qualité 6 : Traitement à l'aide de clozapine

Les adultes admis dans un milieu hospitalier ayant reçu un diagnostic primaire de schizophrénie, et pour qui les essais de traitements antérieurs n'ont pas eu d'effet sur les symptômes avec deux différents antipsychotiques, se voient proposer de la clozapine.

Énoncé de qualité 7 : Traitement à l'aide d'un antipsychotique injectable à action prolongée

Les adultes admis dans un milieu hospitalier ayant reçu un diagnostic primaire de schizophrénie se voient offrir l'option d'un antipsychotique injectable à action prolongée.

Énoncé de qualité 8 : Thérapie cognitivo-comportementale pour les personnes atteintes de psychose

On propose aux adultes admis en milieu hospitalier avec un diagnostic primaire de schizophrénie une thérapie cognitivo-comportementale pour les personnes atteintes de psychose, soit en milieu hospitalier soit dans le cadre de leur plan de soins après la sortie.

Énoncé de qualité 9 : Intervention familiale

Les adultes admis dans un milieu hospitalier ayant reçu un diagnostic primaire de schizophrénie se voient offrir l'intervention familiale.

Énoncé de qualité 10 : Consultation de suivi après un congé

Les adultes ayant reçu un diagnostic primaire de schizophrénie qui sortent d'un milieu hospitalier ont une consultation de suivi prévue dans les 7 jours suivant le congé.

Énoncé de qualité 11 : Transitions des soins

Les adultes ayant reçu un diagnostic primaire de schizophrénie qui sortent d'un milieu hospitalier ont une équipe ou un fournisseur de soins responsable de la communication, de la coordination et de l'exécution du plan de soins adapté à leurs besoins.

Table des matières

Portée de cette norme de qualité.....	2
Qu'est-ce qu'une norme de qualité?.....	2
Énoncés de qualité pour améliorer les soins : Résumé	3
Résumé des mises à jour 2023.....	7
Justification de la nécessité de cette norme.....	8
Mesure à l'appui de l'amélioration.....	9
Énoncés de qualité pour améliorer les soins.....	11
Évaluation exhaustive interprofessionnelle.....	12
Dépistage de la consommation de substances.....	15
Évaluation de l'état de santé physique.....	17
Promotion de l'activité physique et de l'alimentation saine.....	20
Promotion du renoncement au tabac	22
Traitement à l'aide de clozapine	24
Traitement à l'aide d'un antipsychotique injectable à action prolongée.....	26
Thérapie cognitivo-comportementale pour les personnes atteintes de psychose	28
Intervention familiale.....	30
Consultation de suivi après un congé	33
Transitions des soins.....	35
Énoncé de pratique émergente : Interventions non pharmacologiques à l'hôpital	37
Appendices	38
Appendice 1. À propos de cette norme de qualité.....	39
Appendice 2. Évaluation à l'appui de l'amélioration.....	42
Appendice 3. Glossaire	52
Appendice 4. Valeurs et principes directeurs.....	53
Remerciements	57
Références.....	59
À propos de nous	63

Résumé des mises à jour 2023

Nous avons réalisé un examen des données probantes en 2022 pour tenir compte des nouvelles lignes directrices sur la pratique clinique ou de celles actualisées et des évaluations des technologies de la santé publiées depuis la diffusion de la version originale de cette norme de qualité en 2016. La présente révision et mise à jour met en harmonie la norme de qualité avec les données probantes cliniques les plus récentes et les pratiques actuelles de l'Ontario.

Vous trouverez ci-dessous des mises à jour générales apportées à la norme de qualité dans son ensemble :

- Ajout des lignes directrices sur les pratiques de l'American Psychiatric Association (2020) pour le traitement des patients atteints de schizophrénie².
- Nous avons retiré les lignes directrices sur les pratiques exemplaires de 2017 de l'Association des psychiatres du Canada pour le traitement de la schizophrénie, car elles ne répondaient plus aux critères d'inclusion (en tant que ligne directrice originale).
- Mise à jour des liens, références secondaires et sources de données, le cas échéant.
- Ajout de références à [Schizophrénie : Soins destinés aux adultes dans la collectivité](#)¹ norme de qualité.
- Mise à jour du format pour harmoniser avec la conception graphique et la stratégie de marque actuelles.
- Mise à jour des ressources connexes à la norme de qualité pour refléter les changements apportés à la norme de qualité et harmoniser avec la conception graphique et la stratégie de marque actuelles (p. ex., guide destiné aux patients, présentation de justification des améliorations, guide de mesure).
- Mise à jour des données de la présentation de justification des améliorations et des tableaux de données.

Vous trouverez ci-dessous un résumé des changements apportés aux énoncés de qualité :

- Énoncé de qualité 1 : dans la partie Définitions, révision des points pour plus de clarté; ajout d'une évaluation du trouble du stress post-traumatique et d'autres réactions au traumatisme.

- Énoncé de qualité 2 : dans la partie Contexte, ajout d'une référence aux normes de qualité [Trouble de consommation d'opioïdes \(la dépendance aux opiacés\)](#)³ et [Consommation problématique d'alcool et trouble de consommation d'alcool](#)⁴
- Énoncé de qualité 4 : révision de la partie Contexte avec un langage axé sur la personne.
- Énoncé de qualité 5 : ajout d'un critère d'admissibilité à l'énoncé de qualité (« fumeur »); dans la partie Définitions, mise à jour des produits pour la thérapie de remplacement de la nicotine afin de refléter la disponibilité en Ontario et correction de la classification des thérapies de remplacement de drogues autres que la nicotine.
- Énoncé de qualité 6 : dans l'énoncé de qualité, parties Définitions et Contexte, révision de la formulation avec un langage axé sur la personne. Dans la partie Contexte, ajout des potentiels effets indésirables et de l'importance d'une surveillance continue de l'état de santé physique.
- Énoncé de qualité 7 : dans la partie Définitions et Ce que signifie cet énoncé de qualité, mise à jour de la fréquence d'administration des antipsychotiques injectables à action prolongée pour refléter les nouvelles options pharmacologiques. Dans la partie Ce que signifie cet énoncé de qualité, révision de la formulation avec un langage axé sur la personne.
- Énoncé de qualité 9 : dans la partie Définitions, révision de la définition de « famille » avec un langage axé sur la personne; dans la partie Contexte, précision que l'intervention familiale peut commencer en milieu hospitalier ou communautaire et ajout d'une référence à la norme de qualité [Schizophrénie : Soins destinés aux adultes dans la collectivité](#)¹.
- Énoncé de qualité 11 : dans la partie Définitions, révision pour plus de clarté; dans la partie Contexte, ajout de référence aux normes de qualité [Schizophrénie : Soins destinés aux adultes dans la collectivité](#)¹ et [Transitions entre l'hôpital et la maison](#)⁵.
- Changements mineurs apportés aux autres énoncés de qualité et indicateurs, le cas échéant.

Justification de la nécessité de cette norme

La schizophrénie est un trouble de la santé mentale chronique grave qui débute généralement lorsqu'une personne est à la fin de son adolescence ou au début de l'âge adulte. Les symptômes de la schizophrénie peuvent être classés comme positifs, négatifs ou cognitifs. Les symptômes positifs de la schizophrénie sont notamment les hallucinations, les idées délirantes et le langage et le comportement incohérents⁶. Les symptômes négatifs comprennent le retrait

social et un manque d'intérêt⁶. Les symptômes cognitifs sont notamment les troubles de la mémoire, de l'attention, de la planification et de l'organisation⁷.

Au Canada, environ 1 % de la population est atteinte de schizophrénie.⁸ La schizophrénie est l'une des cinq maladies ayant les plus grandes répercussions sur la vie et la santé des personnes en Ontario⁹. Ce trouble est plus fréquent chez les hommes, les personnes vivant dans des villes et les familles d'immigrants récents^{8,10}.

Les personnes atteintes de schizophrénie meurent à un rythme trois fois supérieur à celui de la population générale et jusqu'à 15 ans plus tôt. La majorité de ces décès prématurés résultent d'une maladie cardiovasculaire.^{11,12} Les personnes atteintes de schizophrénie sont également bien plus susceptibles de se suicider que le reste de la population.^{13,14} De plus, les personnes atteintes de schizophrénie présentent un risque accru de toxicomanie, de sans-abrisme et de chômage.^{15,16} 16

Il existe des écarts considérables dans la qualité des soins offerts aux personnes atteintes de schizophrénie en Ontario : seulement 26,8 % des personnes sortant de l'hôpital à la suite d'une hospitalisation pour de la schizophrénie bénéficient de la consultation de suivi recommandée auprès d'un médecin dans les sept jours suivant leur sortie; les personnes hospitalisées pour de la schizophrénie représentent un taux élevé (16,6 %) de réadmission dans les 30 jours suivant leur sortie¹⁷ et les taux de visites au service d'urgence varient grandement dans la province (ICES, données non publiées, 2023).

Les personnes atteintes de schizophrénie sont souvent victimes de préjugés ou de croyances et d'attitudes qui entraînent des stéréotypes négatifs envers elles et leur maladie. Les préjugés, ou la perception des préjugés, peuvent avoir un effet négatif sur la capacité des personnes à parler de leur maladie à leurs amis ou à leur famille, et à demander de l'aide. Les préjugés peuvent également nuire à leur capacité d'accès à des services de soins de santé.

Cette norme de qualité comprend 11 énoncés de qualité portant sur les domaines identifiés par le Comité consultatif sur la norme de qualité Schizophrénie : soins destinés aux adultes dans les hôpitaux comme ayant un fort potentiel d'améliorer les soins à l'hôpital pour les personnes atteintes de schizophrénie en Ontario.

Mesure à l'appui de l'amélioration

Le Comité consultatif sur la norme de qualité Schizophrénie : soins destinés aux adultes dans les hôpitaux a repéré six indicateurs généraux pour assurer le suivi

des progrès réalisés dans l'amélioration des soins pour les personnes atteintes de schizophrénie en Ontario.

Indicateurs pouvant être mesurés à l'aide de données provinciales

- Nombre de décès par suicide parmi les patients hospitalisés avec un diagnostic primaire de schizophrénie
- Pourcentage d'adultes admis à l'hôpital avec un diagnostic primaire de schizophrénie décédés par suicide dans les 30 jours suivant leur sortie
- Taux de réadmission dans n'importe quel type d'établissement dans les 7 jours et 30 jours suivant la sortie de l'hôpital avec un diagnostic primaire de schizophrénie, stratifié par motif de réadmission :
 - Tout motif
 - Motif lié à la santé mentale et aux dépendances
 - Schizophrénie
- Taux de visites imprévues au service d'urgence après une sortie de l'hôpital avec un diagnostic primaire de schizophrénie dans les 7 et 30 jours, stratifié par motif de visite :
 - Tout motif
 - Motif lié à la santé mentale et aux dépendances
 - Schizophrénie
 - Automutilation

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

- Pourcentage d'adultes admis à l'hôpital avec un diagnostic primaire de schizophrénie qui connaissent une amélioration des symptômes comportementaux entre l'admission et le congé, stratifié par durée de séjour hospitalier
- Pourcentage d'adultes admis à l'hôpital avec un diagnostic primaire de schizophrénie qui connaissent une amélioration des symptômes positifs entre l'admission et le congé, stratifié par durée de séjour hospitalier

Énoncés de qualité pour améliorer les soins

01

Évaluation exhaustive interprofessionnelle

Les adultes admis dans un milieu hospitalier ayant reçu un diagnostic primaire de schizophrénie font l'objet d'une évaluation exhaustive interprofessionnelle qui permet d'orienter leur plan de soins.

Sources: American Psychiatric Association, 2020² | National Institute for Health and Care Excellence, 2014¹⁶

Définition

Évaluation exhaustive interprofessionnelle : Elle doit être réalisée par des professionnels de la santé spécialisés dans les soins aux personnes atteintes de schizophrénie et idéalement, reposer sur des échanges avec le fournisseur de soins primaires ou le fournisseur de traitement communautaire de la personne. L'évaluation doit porter sur les domaines suivants :

- sources actuelles de détresse, y compris symptômes psychiatriques et déficiences;
- risque de faire du mal aux autres ou à soi-même;
- santé physique et bien-être (voir l'énoncé de qualité 3);
- état psychologique et psychosocial (y compris réseaux sociaux, relations intimes et antécédents de traumatismes ou d'adversités); envisager une évaluation du trouble du stress post-traumatique et d'autres réactions au traumatisme;
- antécédents liés au développement (développement et compétences sur les plans social, cognitif, sensoriel et moteur, y compris troubles du développement neurologique coexistants);
- statut social (logement, culture et origine ethnique, responsabilité envers des enfants ou en tant qu'aidant, rôle de la famille et participation à la vie de la personne, activités de loisir, participation communautaire, participation à des activités autonomes ou relationnelles);

- antécédents en matière d'emploi et d'études (niveau d'études, emploi, activités de la vie quotidienne) et situation financière;
- antécédents médicaux et examens physiques pour évaluer les pathologies, l'état nutritionnel et les traitements médicamenteux sur ordonnance qui pourraient entraîner une psychose;
- antécédents de consommation de substances (voir l'énoncé de qualité 2);
- antécédents juridiques et poursuites en cours, le cas échéant;
- objectifs et aspirations établis par la personne en harmonie avec le processus de rétablissement personnel;
- traitements pris par le passé (y compris durée et posologies) et interventions psychosociales;
- activités de la vie quotidienne, activités déterminantes de la vie quotidienne et tâches domestiques;
- capacité à prendre des décisions sur les soins personnels et les finances, selon la définition de la *Loi sur la prise de décisions au nom d'autrui de l'Ontario*⁵;
- niveau des besoins en matière de services (évaluation à l'aide d'un outil ou d'un système comme le LOCUS (Level of Care Utilization System) pour faire concorder l'intensité des ressources avec les besoins en soins.

Justification

Une évaluation entreprise par une équipe de soins de santé interprofessionnelle, idéalement orientée par les membres de la famille, les aidants ou les préposés au soutien personnel, offre une occasion d'examiner minutieusement les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux qui pourraient avoir contribué à l'apparition, à l'évolution et au pronostic de la maladie. Une évaluation peut permettre d'établir un diagnostic et de déterminer un niveau de référence des capacités fonctionnelles pour suivre les changements potentiels de l'état de la personne. Dans le cadre de l'évaluation, des objectifs d'intervention et de traitement ainsi que les objectifs de la personne doivent être déterminés.

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les personnes schizophrènes

Vous devriez faire l'objet d'une évaluation exhaustive chaque fois que vous êtes admis à l'hôpital. Une évaluation signifie que votre équipe de soins souhaite en apprendre plus sur vous pour savoir comment vous aider au mieux. Cela doit

comprendre des questions sur vos antécédents médicaux, les médicaments que vous prenez, votre situation sociale et vos objectifs de rétablissement.

Pour les cliniciens

Pour les personnes admises ayant reçu un diagnostic primaire de schizophrénie, mener à bien une évaluation exhaustive interprofessionnelle, tel que décrit dans la partie Définitions de cet énoncé. Les résultats de ces évaluations serviront à orienter les plans de soins de la personne.

Pour les organisations et les planificateurs des services de santé

Veiller à ce que des systèmes, des processus et des ressources soient disponibles en milieu hospitalier pour permettre aux équipes de réaliser une évaluation exhaustive interprofessionnelle des personnes atteintes de schizophrénie. Cela comprend l'accès à des protocoles et outils d'évaluation normalisés et l'accès rapide à des sources d'information pertinentes à l'appui de l'évaluation.

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

- Pourcentage d'adultes admis à l'hôpital avec un diagnostic primaire de schizophrénie qui ont fait l'objet d'une évaluation exhaustive interprofessionnelle
- Capacité à produire des protocoles d'évaluation clinique à partir de l'instrument d'évaluation des résidents – santé mentale (RAI-MH), pour les personnes atteintes de schizophrénie
- Accès à une équipe interprofessionnelle, au sein de l'hôpital, pour les personnes atteintes de schizophrénie

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'appendice 2.

Dépistage de la consommation de substances

Les adultes se rendant au service d'urgence ou admis en milieu hospitalier ayant reçu un diagnostic primaire de schizophrénie font l'objet d'un dépistage pour repérer des problèmes de consommation de substances et, le cas échéant, se voient offrir un traitement pour les troubles concomitants.

Sources : American Psychiatric Association, 2020² | National Institute for Health and Care Excellence, 2014¹⁶ | Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2013¹⁸

Définition

Consommation de substances : Il s'agit d'une consommation nocive d'alcool, de médicaments sur ordonnance ou sans ordonnance ou de drogues illicites.

Justification

La consommation de substances est fréquente chez les personnes atteintes de schizophrénie et est associée à une mauvaise récupération fonctionnelle. La consommation de substances peut exacerber les symptômes et aggraver l'évolution de la schizophrénie, et peut interférer avec les effets thérapeutiques des traitements pharmacologiques et non pharmacologiques. Des outils de dépistage validés, comme le [Dartmouth Assessment of Lifestyle Inventory](#) (en anglais seulement) et le [Questionnaire sur la dépendance de Leeds](#) peuvent aider à évaluer la consommation de substances.

Vous trouverez de plus amples renseignements dans les normes de qualité [Trouble de consommation d'opioïdes \(la dépendance aux opiacés\)](#)³ et [Consommation problématique d'alcool et trouble de consommation d'alcool](#)⁴.

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les personnes schizoéphrènes

Lorsque vous êtes à l'hôpital, vous devriez faire l'objet d'une évaluation sur la consommation d'alcool ou de drogues, car ces substances peuvent aggraver vos symptômes et interférer avec votre traitement.

Pour les cliniciens

Réaliser une évaluation de la consommation de substances chez les personnes ayant reçu un diagnostic primaire de schizoéphrénie se rendant au service d'urgence ou admises en milieu hospitalier. Orienter la personne vers des services de traitement des troubles concomitants pour les personnes qui consomment des substances de façon nocive.

Pour les organisations et les planificateurs des services de santé

Veiller à ce que les hôpitaux soient en mesure de réaliser une évaluation et d'offrir un traitement pour les troubles concomitants chez les personnes atteintes de schizoéphrénie qui consomment de l'alcool, des médicaments avec ou sans ordonnance ou des drogues illicites de façon nocive.

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

- Pourcentage d'adultes se présentant à l'hôpital avec un diagnostic primaire de schizoéphrénie qui font l'objet d'un dépistage de la consommation de substances
- Pourcentage d'adultes se présentant à l'hôpital avec un diagnostic primaire de schizoéphrénie chez qui on dépiste un trouble lié à la consommation de substances et à qui on offre un traitement pour des troubles concomitants

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'appendice 2.

Évaluation de l'état de santé physique

Les adultes admis dans un milieu hospitalier ayant reçu un diagnostic primaire de schizophrénie font l'objet d'une évaluation de leur santé physique axée sur les troubles fréquents chez les personnes atteintes de schizophrénie. Cette évaluation sert à orienter leur plan de soins.

Sources : American Psychiatric Association, 2020² | National Institute for Health and Care Excellence, 2014¹⁶ | Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2013¹⁸

Définition

Évaluation de l'état de santé physique : L'évaluation doit comprendre :

- Poids, indice de masse corporelle et tour de taille;
- Pouls et tension artérielle;
- Glycémie préprandiale ou hémoglobine glyquée (HbA_{1c});
- Bilan lipidique (cholestérol total, lipoprotéines de faible et haute densité, triglycérides);
- Signes et symptômes extrapyramidaux;
- Santé physique générale (avec une attention particulière accordée aux observations courantes comme les maladies cardiovasculaires et les maladies pulmonaires);
- Examen de la santé physique adapté à l'âge;
- Apport nutritionnel.

Justification

Les adultes atteints de schizophrénie sont en moins bonne santé physique que la population générale et leur espérance de vie est plus courte : elles meurent à un rythme trois supérieur à celui de la population générale et jusqu'à 15 ans plus tôt.^{11,12} Les maladies cardiovasculaires constituent la cause la plus courante de

décès prématurés, en partie en raison de facteurs de risque modifiables comme l'obésité, le tabagisme, le diabète, l'hypertension et la dyslipidémie¹⁹. Les médicaments antipsychotiques peuvent être associés à la prise de poids et peuvent aggraver d'autres facteurs de risques métaboliques ou cardiovasculaires. Une évaluation exhaustive de l'état de santé physique, en accordant une attention particulière aux facteurs de risques cardiovasculaires et au diabète, doit être réalisée pour administrer un traitement, au besoin.

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les personnes schizophrènes

Vous devriez faire l'objet d'un examen physique chaque fois que vous êtes admis à l'hôpital. L'examen doit porter sur les pathologies fréquentes chez les personnes schizophrènes (par exemple, maladies cardiaques ou diabète) et doit servir à élaborer votre plan de soins.

Pour les cliniciens

Réaliser une évaluation physique axée sur les pathologies fréquentes chez les personnes atteintes de schizophrénie. Les résultats de ces évaluations serviront à orienter les plans de soins de la personne.

Pour les organisations et les planificateurs des services de santé

Veiller à ce que des systèmes, des processus et des ressources soient disponibles pour permettre aux équipes de soins de santé de réaliser des évaluations exhaustives de l'état de santé physique pour les personnes atteintes de schizophrénie pendant leur séjour à l'hôpital. Cela comprend l'accès à des protocoles et outils d'évaluation physique normalisés.

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

- Pourcentage d'adultes admis à l'hôpital avec un diagnostic primaire de schizophrénie qui ont fait l'objet d'une évaluation exhaustive de leur état de santé physique, (y compris un bilan métabolique) au cours de la dernière année
- Pourcentage d'adultes admis à l'hôpital avec un diagnostic primaire de schizophrénie qui n'ont pas fait l'objet d'une évaluation exhaustive de leur état de santé physique, (y compris un bilan métabolique) au cours de la dernière année, mais qui en ont fait l'objet pendant leur séjour hospitalier en cours

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'appendice 2.

Promotion de l'activité physique et de l'alimentation saine

Les adultes admis dans un milieu hospitalier ayant reçu un diagnostic primaire de schizophrénie se voient proposer des interventions pour promouvoir l'activité physique et l'alimentation saine.

Sources: National Institute for Health and Care Excellence, 2014¹⁶ | Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2013¹⁸

Définition

Interventions pour promouvoir l'activité physique et l'alimentation saine : Ces interventions comportementales, offertes à l'hôpital, peuvent faire suite à un modèle d'autogestion d'une maladie chronique ou une approche fondée sur l'information. Elles visent à fournir des renseignements et un soutien pour augmenter les niveaux d'activité physique et favoriser l'alimentation saine.

Justification

Il y a plusieurs raisons expliquant pourquoi les personnes atteintes de schizophrénie présentent une forte incidence de problèmes de santé physique (voir l'énoncé de qualité 3), mais les facteurs liés au mode de vie, y compris une mauvaise alimentation et un manque d'activité physique, sont particulièrement importants¹⁶. Les interventions visant à promouvoir à la fois l'activité physique et l'alimentation saine auprès des personnes atteintes de schizophrénie peuvent aider à améliorer leur état de santé physique et mentale. De plus, plusieurs médicaments utilisés pour traiter la schizophrénie peuvent entraîner une prise de poids. Cet effort secondaire doit être atténué autant que possible en encourageant la pratique d'une activité physique et une alimentation saine.

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les personnes schizoéphrènes

Des services ou programmes qui vous encouragent à pratiquer une activité physique et une alimentation saine devraient vous être proposés. Ces mesures peuvent vous permettre d'améliorer votre état de santé mentale et physique.

Pour les cliniciens

Offrir aux adultes atteints de schizoéphrénie une association d'interventions pour promouvoir l'activité physique et l'alimentation saine.

Pour les organisations et les planificateurs des services de santé

Veiller à ce qu'une association d'interventions soit disponible dans les hôpitaux pour promouvoir l'activité physique et l'alimentation saine auprès des personnes atteintes de schizoéphrénie.

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

- Pourcentage d'adultes admis à l'hôpital avec un diagnostic primaire de schizoéphrénie qui ont bénéficié d'interventions pour promouvoir l'activité physique et l'alimentation saine
- Disponibilité des programmes visant à promouvoir l'activité physique et l'alimentation saine pour les adultes admis à l'hôpital avec un diagnostic primaire de schizoéphrénie

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'appendice 2.

Promotion du renoncement au tabac

Les adultes admis dans un milieu hospitalier ayant reçu un diagnostic primaire de schizophrénie et qui fument du tabac se voient offrir des interventions comportementales et pharmacologiques pour alléger les symptômes du syndrome de sevrage à la nicotine et les aider à réduire leur consommation de tabac ou l'arrêter.

Source : National Institute for Health and Care Excellence, 2014¹⁶

Définition

Interventions visant à aider les personnes à réduire leur consommation de tabac ou l'arrêter : Ces interventions peuvent être proposées à l'hôpital et comprennent ce qui suit :

- Entrevues motivationnelles
- Soutien comportemental
- Produits de thérapie de remplacement de la nicotine (p. ex., timbres transdermiques, gommes, inhalateurs, pastilles ou pulvérisateurs)
- Pharmacothérapie bien dosée (varénicline ou bupropion)

Justification

Les personnes atteintes de schizophrénie fument beaucoup plus que la population générale²⁰. Une forte consommation de tabac contribue aux principales causes de morbidité et de mortalité chez les personnes atteintes de schizophrénie²¹. La consommation de tabac peut également nuire à l'efficacité et aux mécanismes d'action de certains antipsychotiques²². Les personnes atteintes de schizophrénie devraient se voir offrir des interventions pour les aider à réduire leur tabagisme ou à arrêter de fumer, en harmonie avec leur volonté de changer.

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les personnes schizophrènes

Des services ou programmes qui pourraient vous aider à arrêter de fumer ou à fumer moins devraient vous être proposés. Le renoncement au tabac ou la diminution du tabagisme peuvent aider à améliorer votre état de santé physique et mentale.

Pour les cliniciens

Proposer des interventions comportementales, des services de conseils ou de médicaments pour le renoncement au tabac aux personnes atteintes de schizophrénie qui fument du tabac, afin d'alléger les symptômes du syndrome de sevrage à la nicotine et les aider à réduire leur consommation ou à arrêter de fumer.

Pour les organisations et les planificateurs des services de santé

Veiller à ce que des interventions comportementales et des médicaments pour le renoncement au tabac soient disponibles dans les hôpitaux pour les personnes atteintes de schizophrénie qui fument.

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

- Pourcentage d'adultes admis à l'hôpital avec un diagnostic primaire de schizophrénie qui fument du tabac et ont bénéficié d'interventions pharmacologiques ou comportementales de renoncement au tabac

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'appendice 2.

Traitement à l'aide de clozapine

Les adultes admis dans un milieu hospitalier ayant reçu un diagnostic primaire de schizophrénie, et pour qui les essais de traitements antérieurs n'ont pas eu d'effet sur les symptômes avec deux différents antipsychotiques, se voient proposer de la clozapine.

Sources : American Psychiatric Association, 2020² | National Institute for Health and Care Excellence, 2014¹⁶ | Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2013¹⁸

Définition

Le traitement n'a pas eu d'effet sur les symptômes : Le traitement n'a pas eu d'effet sur les symptômes de la personne si cette dernière continue de présenter des symptômes positifs prédominants (hallucinations, idées délirantes et langage et comportement incohérents²³) après avoir essayé deux différents antipsychotiques à des posologies adéquates et pendant une durée appropriée, et en étant raisonnablement sûrs de l'observance du traitement pendant les essais. Les essais peuvent avoir été mis en place dans un milieu hospitalier ou non.

Justification

La clozapine est le seul traitement efficace et le traitement de choix pour les personnes atteintes de schizophrénie pour qui d'autres antipsychotiques n'ont pas eu d'effet sur les symptômes ou des effets partiels et pour qui les symptômes psychotiques persistent¹⁶. Un essai de clozapine doit également être envisagé pour les personnes atteintes de schizophrénie qui connaissent des effets secondaires considérables à cause d'autres antipsychotiques¹⁵, qui présentent des symptômes persistants de comportements violents ou agressifs, ou qui ont des idées ou comportements suicidaires constants².

Comme d'autres antipsychotiques, la clozapine est associée à un éventail d'effets indésirables qui peuvent avoir une incidence sur la santé physique, et nécessite une évaluation et une prise en charge de la santé physique en continu (voir l'énoncé de qualité 3)³⁹. La clozapine est également associée à un risque accru de

plusieurs effets indésirables graves, notamment l'agranulocytose, la myocardite, la myocardiopathie et l'occlusion intestinale. Les protocoles de surveillance et de prise en charge de ces risques doivent être suivis rigoureusement.²⁴

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les personnes schizophrènes

Si vous avez essayé au moins deux différents antipsychotiques et que vos symptômes continuent d'être une source de détresse, la clozapine devrait vous être offerte. La clozapine est administrée par voie orale (par la bouche).

Pour les cliniciens

Offrir de la clozapine aux personnes atteintes de schizophrénie si elles ont déjà essayé deux antipsychotiques et que leurs symptômes ne se sont pas améliorés ou restent source de détresse.

Pour les organisations et les planificateurs des services de santé

Par le biais de systèmes et de services dotés de ressources adéquates, veiller à ce que les cliniciens soient en mesure d'offrir de la clozapine comme traitement aux personnes atteintes de schizophrénie qui sont admises à l'hôpital, et surveiller et prendre en charge les risques associés à ce traitement.

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

- Pourcentage d'adultes admis à l'hôpital avec un diagnostic primaire de schizophrénie pour qui les essais de traitements antérieurs n'ont pas eu d'effet sur les symptômes avec au moins deux différents antipsychotiques et qui se voient proposer de la clozapine
- Pourcentage d'adultes admis à l'hôpital avec un diagnostic primaire de schizophrénie pour qui les essais de traitements antérieurs adéquats n'ont pas eu d'effet sur les symptômes avec au moins deux différents antipsychotiques et qui reçoivent de la clozapine

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'appendice 2.

Traitement à l'aide d'un antipsychotique injectable à action prolongée

Les adultes admis dans un milieu hospitalier ayant reçu un diagnostic primaire de schizophrénie se voient offrir l'option d'un antipsychotique injectable à action prolongée.

Sources : American Psychiatric Association, 2020² | National Institute for Health and Care Excellence, 2014¹⁶ | Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2013¹⁸ | World Health Organization, 2012²⁴

Définition

Antipsychotique injectable à action prolongée : Ces médicaments sont injectés selon une fréquence qui varie de toutes les deux semaines à tous les trois mois. L'option du traitement à l'aide d'un antipsychotique injectable à action prolongée doit être offerte tôt dans le traitement à l'aide d'un antipsychotique.

Justification

Les antipsychotiques injectables à action prolongée peuvent améliorer l'observance du traitement et prévenir la rechute. La rechute sous forme d'épisodes de psychoses plus actifs peut affecter l'évolution globale de la maladie. Contrairement au traitement à l'aide d'un antipsychotique oral, le traitement à l'aide de médicaments injectables à action prolongée peut aider les cliniciens à connaître le niveau d'observance du traitement. Parmi les autres avantages potentiels, on compte une diminution du risque d'overdose délibérée ou involontaire, et la nécessité de contact régulier entre la personne et son équipe de soins de santé²⁵. Les personnes atteintes de schizophrénie qui reçoivent un médicament injectable à action prolongée commencé en milieu hospitalier doivent avoir une consultation de suivi prévue pour continuer leur traitement.

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les personnes schizophrènes

Vous pourriez souhaiter prendre votre médicament antipsychotique sous la forme d'une injection à action prolongée afin de ne pas avoir à penser à le prendre chaque jour. Votre professionnel de la santé devrait, le plus tôt possible dans votre traitement, vous expliquer si cette option est une bonne solution pour vous. Selon le médicament administré, vous recevrez une injection toutes les 2 semaines à tous les 3 mois. Tous les médicaments antipsychotiques ne peuvent pas être administrés sous forme d'une injection à action prolongée.

Pour les cliniciens

Proposer l'option d'un antipsychotique injectable à action prolongée aux personnes atteintes de schizophrénie. Proposer cette option tôt dans le traitement à base d'antipsychotique.

Pour les organisations et les planificateurs des services de santé

Par le biais de systèmes et services dotés de ressources adéquates, veiller à ce que les cliniciens soient en mesure d'offrir des antipsychotiques injectables à action prolongée aux personnes atteintes de schizophrénie.

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

- Pourcentage d'adultes admis à l'hôpital avec un diagnostic primaire de schizophrénie à qui l'on propose un antipsychotique injectable à action prolongée
- Pourcentage d'adultes admis à l'hôpital avec un diagnostic primaire de schizophrénie qui reçoivent un antipsychotique injectable à action prolongée

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'appendice 2.

Thérapie cognitivo-comportementale pour les personnes atteintes de psychose

On propose aux adultes admis en milieu hospitalier avec un diagnostic primaire de schizophrénie une thérapie cognitivo-comportementale pour les personnes atteintes de psychose, soit en milieu hospitalier soit dans le cadre de leur plan de soins après la sortie.

Sources : American Psychiatric Association, 2020² | Health Quality Ontario, 2018²⁶ | National Institute for Health and Care Excellence, 2014¹⁶ | Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2013¹⁸ | Organisation mondiale de la Santé, 2012²⁴

Définition

Thérapie cognitivo-comportementale pour les personnes atteintes de psychose : Cette thérapie doit être :

- commencée en milieu hospitalier; autrement, l'évaluation doit avoir lieu à l'hôpital, et la personne doit être orientée vers une thérapie cognitivo-comportementale à sa sortie;
- offerte au cas par cas sur au moins 16 séances planifiées;
- offerte par un professionnel de la santé qualifié, conformément au manuel de traitement.

Justification

La thérapie cognitivo-comportementale est une forme de psychothérapie qui aide une personne à prendre davantage conscience de ses croyances et ses modèles de pensée. Cela l'aide à exécuter des stratégies visant à reformater ses croyances et pensées pour obtenir un résultat positif. La thérapie cognitivo-comportementale pour les personnes atteintes de psychose, en complément des médicaments antipsychotiques, peut réduire la gravité des symptômes et les taux de réadmission à l'hôpital chez les personnes atteintes de schizophrénie¹⁶.

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les personnes schizoéphrènes

Une thérapie cognitivo-comportementale devrait vous être proposée. Ce type de psychothérapie vous aidera à acquérir des compétences et des stratégies pour être en bonne santé et le rester en vous concentrant sur les problèmes de la vie quotidienne et sur l'influence de vos perceptions sur vos sentiments.

Pour les cliniciens

Proposer aux personnes atteintes de schizoéphrénie une thérapie individuelle cognitivo-comportementale pour les personnes atteintes de psychose dont elles pourront bénéficier à l'hôpital ou dans la collectivité à leur sortie. Conseiller ces personnes sur le fait que cette thérapie est plus efficace si elle est combinée à la prise d'antipsychotiques.

Pour les organisations et les planificateurs des services de santé

Par le biais de systèmes et de services dotés en ressources suffisantes, veiller à ce que les personnes atteintes de schizoéphrénie puissent avoir accès à une thérapie individuelle cognitivo-comportementale pour les personnes atteintes de psychose, soit à l'hôpital soit dans la collectivité après leur sortie. Veiller à ce que les cliniciens soient informés de l'existence de ces services et qu'ils soient en mesure d'orienter les personnes vers ceux-ci.

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

- Pourcentage d'adultes admis à l'hôpital avec un diagnostic primaire de schizoéphrénie qui sont évalués pour voir si la thérapie cognitivo-comportementale pour les personnes atteintes de psychose est appropriée
- Pourcentage d'adultes admis à l'hôpital avec un diagnostic primaire de schizoéphrénie qui sont évalués et orientés vers une thérapie cognitivo-comportementale pour les personnes atteintes de psychose
- Disponibilité des thérapies cognitivo-comportementales à l'hôpital ou des orientations vers des thérapies en milieu communautaire pour les adultes atteints de schizoéphrénie

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'appendice 2.

Intervention familiale

Les adultes admis dans un milieu hospitalier ayant reçu un diagnostic primaire de schizophrénie se voient offrir l'intervention familiale.

Sources : American Psychiatric Association, 2020² | National Institute for Health and Care Excellence, 2014¹⁶ | Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2013¹⁸ | World Health Organization, 2012²⁴

Définitions

Famille : Les personnes les plus proches d'une personne en matière de connaissance, de soins et d'affection. Cela peut comprendre la famille biologique, la famille par alliance ou la famille de choix et les amis. La personne définit les membres de sa famille et les personnes qui participeront à ses soins.

Intervention familiale Cette intervention devrait :

- inclure au moins 10 séances prévues (qui peuvent être organisées en milieu hospitalier; prévoir les séances suivantes lors de la planification de la sortie);
- être offerte par un professionnel de la santé qualifié;
- faire participer la personne atteinte de schizophrénie chaque fois que cela est possible;
- être adaptée à la culture et aux caractéristiques spirituelles de la personne et de sa famille;
- prendre en compte les préférences de toute la famille pour une intervention familiale individualisée ou en groupe;
- tenir compte de la relation entre la personne atteinte de schizophrénie et sa famille;
- intégrer des compétences en communication, en résolution de problèmes et de l'éducation;

- prévoir une discussion, documentée, lorsque le patient choisit de ne pas faire participer sa famille.

Justification

L'intervention familiale vise à renforcer le soutien que reçoit une personne et sa résilience et à améliorer la qualité de la communication et de la résolution de problèmes avec la famille, les aidants, les soutiens personnels d'une personne atteinte de schizophrénie. Elle vise également à apporter des connaissances sur la maladie de la personne et les signes et symptômes pertinents, afin de renforcer la capacité des membres de la famille à anticiper et réduire le risque de rechute²⁷. L'intervention familiale peut commencer en milieu hospitalier ou dans la collectivité¹⁶. Vous trouverez de plus amples renseignements dans la norme de qualité [Schizophrénie : Soins destinés aux adultes dans la collectivité](#)¹.

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les personnes schizophrènes

Des interventions doivent être proposées à votre famille, vos aidants et soutiens personnels pour les aider à comprendre la schizophrénie et ses signes et symptômes. Cela leur permettra de mieux vous soutenir, de vous aider à surmonter les épreuves et à éviter la rechute.

Pour les cliniciens

Encourager les personnes atteintes de schizophrénie à faire participer les membres de leur famille à leurs soins. Offrir aux familles de l'éducation et des soutiens correspondant à leur situation et à leurs besoins.

Pour les organisations et les planificateurs des services de santé

Par le biais de systèmes et de services dotés en ressources suffisantes, veiller à ce que les fournisseurs de soins de santé des hôpitaux soient en mesure d'offrir une intervention familiale aux personnes atteintes de schizophrénie et à leur famille.

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

- Pourcentage d'adultes admis à l'hôpital avec un diagnostic primaire de schizophrénie qui ont bénéficié d'une intervention familiale

- Disponibilité des programmes d'intervention familiale à l'hôpital ou orientations vers des programmes en milieu communautaire pour les adultes atteints de schizophrénie et les membres de leur famille

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'appendice 2.

Consultation de suivi après un congé

Les adultes ayant reçu un diagnostic primaire de schizophrénie qui sortent d'un milieu hospitalier ont une consultation de suivi prévue dans les 7 jours suivant le congé.

Source : Consensus du comité consultatif

Définition

Consultation de suivi : Cette consultation peut être auprès d'un fournisseur de soins de santé (p. ex., gestionnaire de cas, médecin généraliste ou de famille, infirmier praticien, ergothérapeute, psychiatre, psychologie, travailleur social ou personne-ressource d'entraide qualifiée).

Justification

Une consultation de suivi après une hospitalisation permet de soutenir la transition de la personne dans la collectivité. Cela peut aussi permettre de repérer les problèmes liés aux médicaments, et à maintenir une stabilité clinique et fonctionnelle et à prévenir la réadmission à l'hôpital. Vous trouverez de plus amples renseignements dans la norme de qualité [Transitions entre l'hôpital et la maison](#)⁵.

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les personnes schizophrènes

Avant de quitter l'hôpital, vous devez avoir une consultation de suivi prévue avec un fournisseur de soins de santé dans la collectivité.

Pour les cliniciens

Organiser une consultation de suivi pour les personnes atteintes de schizophrénie quittant l'hôpital dans les 7 jours suivant leur sortie.

Pour les organisations et les planificateurs des services de santé

Veiller à ce que des systèmes, des processus et des ressources soient disponibles pour permettre aux équipes de soins de santé d'organiser une consultation de suivi pour les personnes quittant un milieu hospitalier dans les 7 jours suivant leur sortie.

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

- Pourcentage d'adultes admis à l'hôpital avec un diagnostic primaire de schizophrénie qui ont une consultation de suivi prévue avec un professionnel de la santé dans les 7 jours suivant leur sortie
- Pourcentage d'adultes admis à l'hôpital avec un diagnostic primaire de schizophrénie qui ont une consultation de suivi prévue avec un médecin (fournisseur de soins primaires ou psychiatre) dans les 7 jours suivant leur sortie

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'appendice 2.

Transitions des soins

Les adultes ayant reçu un diagnostic primaire de schizophrénie qui sortent d'un milieu hospitalier ont une équipe ou un fournisseur de soins responsable de la communication, de la coordination et de l'exécution du plan de soins adapté à leurs besoins.

Source : Consensus du comité consultatif

Définition

Transition des soins : Une transition survient lorsqu'une personne est transférée d'un milieu de soins (hôpital, soins primaires, soins de longue durée, soins à domicile et en milieu communautaire, etc.) à un autre, ou entre différents fournisseurs de soins de santé dans le cadre du traitement d'une maladie aiguë ou chronique. Ce processus comprend ce qui suit :

- transfert du plan de soins;
- communication des traitements pris, y compris les traitements qui ont été efficaces et ceux qui ont été inefficaces;
- arrangements pour le logement;
- arrangements pour les services de suivi dans la collectivité pour le patient et pour les membres de sa famille, ses aidants et ses soutiens personnels participant à son rétablissement;
- réalisation d'une évaluation du niveau des besoins en matière de services (évaluation à l'aide d'un outil ou d'un système comme le LOCUS [Level of Care Utilization System]) pour faire concorder l'intensité des ressources avec les besoins en soins.

Justification

Les transitions des soins sont des événements importants qui peuvent introduire un risque de rupture dans les soins de la personne et la perte ou la mauvaise communication de renseignements essentiels. Il est important que les personnes

atteintes de schizophrénie qui quittent l'hôpital aient un plan de soins transmis entre leurs fournisseurs de soins à l'hôpital et ceux dans la collectivité. Vous trouverez de plus amples renseignements dans les normes de qualité [Schizophrénie : Soins destinés aux adultes dans la collectivité](#)¹ et [Transitions entre l'hôpital et la maison](#)⁵

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les personnes schizoéphrènes

Lorsque vous vous préparez à quitter l'hôpital, vos professionnels de la santé à l'hôpital doivent échanger avec vous pour s'assurer que tous les renseignements importants sont transférés à votre fournisseur de soins de santé ou à votre équipe de soins dans la collectivité et que vous êtes mis en relation avec les services de soutien dont vous aurez besoin.

Pour les cliniciens

Lorsqu'une personne quitte l'hôpital pour retourner dans la collectivité, envoyer son plan de soin à son équipe ou son fournisseur de soins qui sera chargé de la coordination, la communication et la prestation des soins de façon régulière.

Pour les organisations et les planificateurs des services de santé

Veiller à ce que des systèmes, des processus et des ressources soient disponibles pour permettre aux équipes de soins de santé de partager des renseignements sur la santé entre les milieux, y compris les plateformes de communication, les protocoles normalisés et les outils (comme les protocoles de planification des congés). Plus précisément, veiller à ce que les hôpitaux soient en mesure de partager des plans de soins avec les fournisseurs dans la collectivité une fois que les personnes quittent l'hôpital.

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

- Pourcentage d'adultes admis à l'hôpital avec un diagnostic primaire de schizophrénie pour qui le plan de soins a été transmis au fournisseur communautaire dans les 7 jours
- Pourcentage d'adultes sortant de l'hôpital avec un diagnostic primaire de schizophrénie qui sont en situation de sans-abrisme

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'appendice 2.

Énoncé de pratique émergente : Interventions non pharmacologiques à l'hôpital

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

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

Justification

En dehors de la thérapie cognitivo-comportementale pour les personnes atteintes de psychose et de l'intervention familiale, nous ne pouvons à ce stade donner des conseils sur l'utilisation d'autres traitements non pharmacologiques dans des milieux de soins actifs pour les adultes admis avec un diagnostic primaire de schizophrénie. Il existe peu de données et une certaine incertitude dans la base de données quant à l'efficacité de ces traitements; d'autres ressources sont nécessaires avant de pouvoir élaborer un énoncé de qualité.

Appendices

Appendice 1. À propos de cette norme de qualité

Comment utiliser cette norme de qualité

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

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

Pour les personnes [atteintes de schizophrénie]

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 schizophrénie.

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](#) pour les personnes atteintes de schizophrénie, pour vous aider, vous et votre famille, à avoir des conversations éclairées avec vos fournisseurs de soins de santé. À l'intérieur, vous y trouverez des informations et des questions que vous voudrez peut-être poser lorsque vous travaillerez ensemble à la préparation du plan de vos soins.

Pour les cliniciens et les organismes

Ces énoncés de qualité à l'intérieur de cette norme de qualité décrivent à quoi ressemblent des soins de grande qualité pour les personnes atteintes de schizophrénie. 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). La mesure est la clé de

l'amélioration de la qualité. La collecte et l'utilisation de données lors de la mise en œuvre d'une norme de qualité peuvent vous aider à évaluer la qualité des soins que vous dispensez et à cerner les lacunes dans les soins et les domaines à améliorer.

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

- Notre [guide du patient](#) pour les adultes atteints de schizophrénie 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 notre guide de mesure des spécifications techniques pour les indicateurs dans cette norme de qualité, et notre diaporama « dossier d'amélioration » pour vous aider à expliquer pourquoi cette norme a été créée et les données qui la soutiennent;
- Notre [sommaire](#), qui résume la norme de qualité et comprend des liens vers des ressources et des outils utiles;
- Notre [Guide de démarrage](#), qui comprend des liens vers des modèles et des outils pour vous aider à mettre en pratique les normes de qualité. Ce guide vous montre comment planifier, mettre en œuvre et soutenir les changements dans votre pratique;
- [Quorum](#), qui est une communauté en ligne vouée à l'amélioration de la qualité des soins 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;
- [L'outil d'évaluation de l'impact sur l'équité en matière de santé](#), qui peut aider votre organisation à examiner comment les programmes et les politiques ont un impact différent sur les groupes de population. Cet outil peut aider à maximiser les effets positifs et à réduire les effets négatifs, dans le but de réduire les inégalités en matière de santé entre les groupes de population.

Comment le système de santé peut appuyer la mise en œuvre

Pendant que vous travaillez à la mise en œuvre de cette norme de qualité, il peut y avoir des moments où vous trouvez difficile de fournir les soins décrits en raison d'obstacles ou de lacunes au niveau du système. Ces difficultés ont été cernées et documentées dans le cadre de l'élaboration de la norme de qualité, qui comprenait une vaste consultation auprès de professionnels de la santé et de conseillers chevronnés et un examen minutieux des données probantes

disponibles et des programmes existants. Bon nombre des leviers du changement du système relèvent de Santé Ontario, et c'est pourquoi nous continuerons de travailler pour éliminer ces obstacles afin d'appuyer la mise en œuvre de normes de qualité. Nous mobiliserons et soutiendrons également d'autres partenaires provinciaux, y compris le ministère de la Santé ou d'autres ministères concernés, dans le cadre d'initiatives stratégiques visant à combler les lacunes au niveau du système.

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

Appendice 2. Évaluation à l'appui de l'amélioration

Le Comité consultatif sur la norme de qualité Schizophrénie : soins destinés aux adultes dans les hôpitaux a établi six indicateurs pour cette norme de qualité. Ces indicateurs peuvent servir à suivre les progrès réalisés pour améliorer les soins en milieu hospitalier pour les adultes atteints de schizophrénie en Ontario. Certains indicateurs peuvent être mesurés à l'échelle provinciale, et certains peuvent être mesurés seulement à l'aide des données locales.

Les données tirées de ces indicateurs serviront à évaluer la qualité des soins que vous offrez et l'efficacité de vos efforts d'amélioration de la qualité. Nous sommes conscients que cette norme contient une longue liste d'indicateurs propres aux énoncés. Ces indicateurs sont fournis à titre d'exemples. Vous pourriez décider de créer vos propres indicateurs d'amélioration de la qualité selon les besoins de la population. Nous vous recommandons de déterminer des domaines d'intérêt sur lesquels axer la norme de qualité, puis d'utiliser un ou plusieurs indicateurs associés pour orienter et évaluer vos efforts d'amélioration de la qualité.

Pour évaluer une prestation de soins équitable, vous pouvez recueillir des données pour des indicateurs mesurés à l'échelle locale en fonction des caractéristiques socioéconomiques et démographiques des patients, notamment l'âge, l'éducation, le genre, le niveau de revenu, la langue, l'origine ethnique et le sexe.

Notre [guide de mesure](#) présente des renseignements et des mesures concrètes sur la façon d'intégrer l'évaluation à votre planification et au travail d'amélioration de la qualité.

Évaluation à l'appui de l'amélioration

Indicateurs pouvant être mesurés à l'aide des données provinciales

Nombre de décès par suicide parmi les patients hospitalisés avec un diagnostic primaire de schizophrénie

- Dénominateur : nombre de sorties de services de soins actifs pour lesquels la schizophrénie est indiquée comme le diagnostic principal
- Numérateur : nombre d'adultes du dénominateur qui sont sortis en raison d'un décès par suicide
- Sources de données : Base de données sur les congés des patients, Système d'information ontarien sur la santé mentale

Pourcentage d'adultes admis à l'hôpital avec un diagnostic primaire de schizophrénie décédés par suicide dans les 30 jours suivant leur sortie

- Dénominateur : nombre de sorties de services de soins actifs pour lesquels la schizophrénie est indiquée comme le diagnostic principal
- Numérateur : nombre d'adultes du dénominateur qui sont morts par suicide dans les 30 jours suivant leur sortie, le suicide étant indiqué comme la principale cause du décès
- Sources de données : Base de données sur les congés des patients, Système d'information ontarien sur la santé mentale, Statistique de l'état civil — Base de données sur les décès (Statistique Canada)

Taux de réadmission dans n'importe quel type d'établissement dans les 7 jours et 30 jours suivant la sortie de l'hôpital avec un diagnostic primaire de schizophrénie, stratifié par motif de réadmission :

- Tout motif
- Motif lié à la santé mentale et aux dépendances
- Schizophrénie
- Dénominateur : nombre total de sorties de services de soins actifs pour une période de traitement pour laquelle la schizophrénie est indiquée comme le diagnostic principal
- Numérateur : nombre de personnes du dénominateur ayant été réadmis dans un service hospitalier de soins actifs dans les 7 et 30 jours après leur sortie pour 1) tout motif, 2) un problème de santé mentale et toxicomanie, 3) un diagnostic principal de schizophrénie
- Sources de données : Base de données sur les congés des patients, Système d'information ontarien sur la santé mentale

Taux de visites imprévues au service d'urgence après une sortie de l'hôpital avec un diagnostic primaire de schizophrénie dans les 7 et 30 jours, stratifié par motif de visite :

- Tout motif
- Motif lié à la santé mentale et aux dépendances
- Schizophrénie
- Automutilation
- Dénominateur : nombre total de sorties de services de soins actifs pour une période de traitement pour laquelle la schizophrénie est indiquée comme le diagnostic principal

- Numérateur : nombre de personnes du dénominateur ayant fait une visite imprévue au service d'urgence dans les 7 et 30 jours après leur sortie pour 1) tout motif, 2) un problème de santé mentale et toxicomanie, 3) un diagnostic principal de schizophrénie, 4) un problème principal ou autre problème d'automutilation
- Sources de données : Base de données sur les congés des patients, Système national d'information sur les soins ambulatoires, Système d'information ontarien sur la santé mentale

Indicateurs pouvant être mesurés à l'aide des données locales seulement

Pourcentage d'adultes admis à l'hôpital avec un diagnostic primaire de schizophrénie qui connaissent une amélioration des symptômes comportementaux entre l'admission et le congé, stratifié par durée de séjour hospitalier

- Dénominateur : nombre total de sorties de services de soins actifs pour lesquels la schizophrénie est indiquée comme le diagnostic principal
- Numérateur : nombre de personnes du dénominateur connaissant une amélioration de leurs symptômes comportementaux entre l'admission et le congé
- Sources de données : Système d'information ontarien sur la santé mentale, Base de données sur les congés des patients, collecte de données locales

Pourcentage d'adultes admis à l'hôpital avec un diagnostic primaire de schizophrénie qui connaissent une amélioration des symptômes positifs entre l'admission et le congé, stratifié par durée de séjour hospitalier

- Dénominateur : nombre total de sorties de services de soins actifs pour lesquels la schizophrénie est indiquée comme le diagnostic principal
- Numérateur : nombre de personnes du dénominateur connaissant une amélioration de leurs symptômes positifs entre l'admission et le congé
- Sources de données : Système d'information ontarien sur la santé mentale, Base de données sur les congés des patients, collecte de données locales

Comment évaluer l'amélioration par rapport à chaque énoncé

Énoncé de qualité 1 : Évaluation exhaustive interprofessionnelle

Pourcentage d'adultes admis à l'hôpital avec un diagnostic primaire de schizophrénie qui ont fait l'objet d'une évaluation exhaustive interprofessionnelle

- Dénominateur : nombre total d'adultes admis en milieu hospitalier avec un diagnostic primaire de schizophrénie
- Numérateur : nombre de personnes du dénominateur qui ont fait l'objet d'une évaluation exhaustive interprofessionnelle
- Sources de données : les données peuvent être déclarées par le biais du Système d'information ontarien sur la santé mentale

Capacité à produire des protocoles d'évaluation clinique à partir de l'instrument d'évaluation des résidents – santé mentale (RAI-MH), pour les personnes atteintes de schizophrénie

- Sources de données : collecte des données locales

Accès à une équipe interprofessionnelle, au sein de l'hôpital, pour les personnes atteintes de schizophrénie

- Sources de données : collecte des données locales

Énoncé de qualité 2 : Dépistage de la consommation de substances

Pourcentage d'adultes se présentant à l'hôpital avec un diagnostic primaire de schizophrénie qui font l'objet d'un dépistage de la consommation de substances

- Dénominateur : nombre total d'adultes admis en milieu hospitalier ou se rendant au service d'urgence avec un diagnostic primaire de schizophrénie
- Numérateur : nombre de personnes du dénominateur qui ont fait l'objet d'un dépistage de la consommation de substances
- Sources de données : collecte des données locales

Pourcentage d'adultes se présentant à l'hôpital avec un diagnostic primaire de schizophrénie chez qui on dépiste un trouble lié à la consommation de substances et à qui on offre un traitement pour des troubles concomitants

- Dénominateur : nombre total d'adultes admis en milieu hospitalier ou se rendant au service d'urgence avec un diagnostic primaire de schizophrénie et de trouble lié à la consommation de substances (excepté les adultes qui ont été orientés pour un traitement de troubles concomitants et qui sont en attente de ce traitement)
- Numérateur : nombre de personnes du dénominateur à qui l'on offre un traitement pour un trouble lié à la consommation de substances
- Sources de données : collecte des données locales

Énoncé de qualité 3 : Évaluation de la santé physique

Pourcentage d'adultes admis à l'hôpital avec un diagnostic primaire de schizophrénie qui ont fait l'objet d'une évaluation exhaustive de leur état de santé physique, (y compris un bilan métabolique) au cours de la dernière année

- Dénominateur : nombre total d'adultes admis en milieu hospitalier avec un diagnostic primaire de schizophrénie
- Numérateur : nombre de personne du dénominateur qui ont fait l'objet d'une évaluation exhaustive de leur état de santé physique, (y compris un bilan métabolique) au cours de la dernière année
- Sources de données : collecte des données locales

Pourcentage d'adultes admis à l'hôpital avec un diagnostic primaire de schizophrénie qui n'ont pas fait l'objet d'une évaluation exhaustive de leur état de santé physique, (y compris un bilan métabolique) au cours de la dernière année, mais qui en ont fait l'objet pendant leur séjour hospitalier en cours

- Dénominateur : nombre total d'adultes admis à l'hôpital avec un diagnostic primaire de schizophrénie qui n'ont pas fait l'objet d'une évaluation exhaustive de leur état de santé physique, (y compris un bilan métabolique) au cours de la dernière année
- Numérateur : nombre de personne du dénominateur qui font l'objet d'une évaluation complète de la santé physique, (y compris un bilan métabolique) pendant leur séjour hospitalier en cours
- Sources de données : collecte des données locales

Énoncé de qualité 4 : Promotion de l'activité physique et de l'alimentation saine

Pourcentage d'adultes admis à l'hôpital avec un diagnostic primaire de schizophrénie qui ont bénéficié d'interventions pour promouvoir l'activité physique et l'alimentation saine

- Dénominateur : nombre total d'adultes admis en milieu hospitalier avec un diagnostic primaire de schizophrénie
- Numérateur : nombre de personnes du dénominateur qui :
 - bénéficient d'interventions pour promouvoir l'activité physique
 - bénéficient d'interventions pour promouvoir l'alimentation saine
 - bénéficient d'interventions pour promouvoir l'activité physique et l'alimentation saine
- Sources de données : collecte des données locales

Disponibilité des programmes visant à promouvoir l'activité physique et l'alimentation saine pour les adultes admis à l'hôpital avec un diagnostic primaire de schizophrénie

- Sources de données : collecte des données locales

Énoncé de qualité 5 : Promotion du renoncement au tabac

Pourcentage d'adultes admis à l'hôpital avec un diagnostic primaire de schizophrénie qui fument du tabac et ont bénéficié d'interventions pharmacologiques ou comportementales de renoncement au tabac

- Dénominateur : nombre total d'adultes admis en milieu hospitalier avec un diagnostic primaire de schizophrénie qui fument du tabac ou qui sont en train d'arrêter mais qui ont des symptômes du syndrome de sevrage à la nicotine
- Numérateur : nombre de personnes du dénominateur qui ont bénéficié d'interventions pharmacologiques ou comportementales de renoncement au tabac pour alléger les symptômes du syndrome de sevrage à la nicotine et les aider à réduire leur consommation ou à arrêter de fumer
- Sources de données : collecte des données locales

Énoncé de qualité 6 : Traitement à l'aide de clozapine

Pourcentage d'adultes admis à l'hôpital avec un diagnostic primaire de schizophrénie pour qui les essais de traitements antérieurs n'ont pas eu d'effet sur les symptômes avec au moins deux différents antipsychotiques et qui se voient proposer de la clozapine

- Dénominateur : nombre total d'adultes admis en milieu hospitalier avec un diagnostic primaire de schizophrénie pour qui les essais de traitements antérieurs n'ont pas eu d'effet sur les symptômes avec au moins deux différents antipsychotiques
- Numérateur : nombre de personnes du dénominateur à qui l'on offre de la clozapine
- Sources de données : collecte des données locales

Pourcentage d'adultes admis à l'hôpital avec un diagnostic primaire de schizophrénie pour qui les essais de traitements antérieurs adéquats n'ont pas eu d'effet sur les symptômes avec au moins deux différents antipsychotiques et qui reçoivent de la clozapine

- Dénominateur : nombre total d'adultes admis en milieu hospitalier avec un diagnostic primaire de schizophrénie pour qui les essais de traitements antérieurs adéquats n'ont pas eu d'effet sur les symptômes avec au moins deux différents antipsychotiques et qui ont reçu de la clozapine
- Numérateur : nombre de personnes du dénominateur qui ont reçu de la clozapine
- Sources de données : SIOSM, collecte des données locales
- Remarque : Un indicateur similaire (intitulé « treatment with clozapine », traitement à l'aide de clozapine) est disponible sur la page de l'[Ontario Hospital Association](#)

Énoncé de qualité 7 : Traitement à l'aide d'un antipsychotique injectable à action prolongée

Pourcentage d'adultes admis à l'hôpital avec un diagnostic primaire de schizophrénie à qui l'on propose un antipsychotique injectable à action prolongée

- Dénominateur : nombre total d'adultes admis en milieu hospitalier avec un diagnostic primaire de schizophrénie
- Numérateur : nombre de personnes du dénominateur à qui l'on offre un antipsychotique injectable à action prolongée
- Sources de données : collecte des données locales

Pourcentage d'adultes admis à l'hôpital avec un diagnostic primaire de schizophrénie qui reçoivent un antipsychotique injectable à action prolongée

- Dénominateur : nombre total d'adultes admis en milieu hospitalier avec un diagnostic primaire de schizophrénie
- Numérateur : nombre de personnes du dénominateur qui reçoivent un antipsychotique injectable à action prolongée
- Sources de données : SIOSM, collecte des données locales
- Remarque : Un indicateur similaire (intitulé « treatment with a long-acting injectable (LAI) antipsychotic medication », traitement à l'aide d'un antipsychotique injectable à action prolongée) est disponible à la page de l'[Ontario Hospital Association](#)

Énoncé de qualité 8 : Thérapie cognitivo-comportementale pour les personnes atteintes de psychose

Pourcentage d'adultes admis à l'hôpital avec un diagnostic primaire de schizophrénie qui sont évalués pour voir si la thérapie cognitivo-comportementale pour les personnes atteintes de psychose est appropriée

- Dénominateur : nombre total d'adultes admis en milieu hospitalier avec un diagnostic primaire de schizophrénie
- Numérateur : nombre de personnes du dénominateur qui sont évaluées pour voir si la thérapie cognitivo-comportementale pour les personnes atteintes de psychose est appropriée
- Sources de données : collecte des données locales

Pourcentage d'adultes admis à l'hôpital avec un diagnostic primaire de schizophrénie qui sont évalués et orientés vers une thérapie cognitivo-comportementale pour les personnes atteintes de psychose

- Dénominateur : nombre total d'adultes admis en milieu hospitalier avec un diagnostic primaire de schizophrénie qui sont évalués et pour qui une thérapie cognitivo-comportementale pour les personnes atteintes de psychose est jugée appropriée
- Numérateur : nombre de personnes du dénominateur qui sont orientées vers une thérapie cognitivo-comportementale pour les personnes atteintes de psychose
- Sources de données : collecte des données locales

Disponibilité des thérapies cognitivo-comportementales à l'hôpital ou des orientations vers des thérapies en milieu communautaire pour les adultes atteints de schizophrénie

- Sources de données : collecte des données locales

Énoncé de qualité 9 : Intervention familiale

Pourcentage d'adultes admis à l'hôpital avec un diagnostic primaire de schizophrénie qui ont bénéficié d'une intervention familiale

- Dénominateur : nombre total d'adultes admis en milieu hospitalier avec un diagnostic primaire de schizophrénie (excepté celles sans famille et celles qui n'ont pas accepté de faire participer leur famille)
- Numérateur : nombre de personnes du dénominateur qui :

- bénéficient d'une intervention familiale pendant leur séjour hospitalier
ou
- ont une intervention familiale prévue dans leur plan de congé.
- Sources de données : collecte des données locales

Disponibilité des programmes d'intervention familiale à l'hôpital ou orientations vers des programmes en milieu communautaire pour les adultes atteints de schizophrénie et les membres de leur famille

- Sources de données : collecte des données locales

Énoncé de qualité 10 : Consultation de suivi après un congé

Pourcentage d'adultes admis à l'hôpital avec un diagnostic primaire de schizophrénie qui ont une consultation de suivi prévue avec un professionnel de la santé dans les 7 jours suivant leur sortie

- Dénominateur : nombre total d'adultes sortant de l'hôpital après une admission pour un diagnostic primaire de schizophrénie
- Numérateur : nombre de personnes du dénominateur qui ont une consultation de suivi prévue avec un professionnel de la santé dans les 7 jours suivant leur sortie
- Sources de données : Base de données sur les congés des patients, Système d'information ontarien sur la santé mentale, collecte de données locales, mesurable pour les médecins qui ont facturé des services par le biais du Régime d'assurance-santé de l'Ontario

Pourcentage d'adultes admis à l'hôpital avec un diagnostic primaire de schizophrénie qui ont une consultation de suivi prévue avec un médecin (fournisseur de soins primaires ou psychiatre) dans les 7 jours suivant leur sortie

- Dénominateur : nombre total d'adultes sortant de l'hôpital après une admission pour un diagnostic primaire de schizophrénie
- Numérateur : nombre de personnes du dénominateur qui ont une consultation de suivi prévue avec un médecin (fournisseur de soins primaires ou psychiatre) dans les 7 jours suivant leur sortie
- Sources de données : Base de données sur les congés des patients, Système d'information ontarien sur la santé mentale, Régime d'assurance-santé de l'Ontario
- Remarque : Un indicateur similaire (intitulé « follow-up with a physician within 7 days of discharge », suivi auprès d'un médecin dans les 7 jours suivant la sortie) est disponible à la page de [l'Ontario Hospital Association](#)

Énoncé de qualité 11 : Transitions des soins

Pourcentage d'adultes admis à l'hôpital avec un diagnostic primaire de schizophrénie pour qui le plan de soins a été transmis au fournisseur communautaire dans les 7 jours

- Dénominateur : nombre total d'adultes sortant de l'hôpital après une admission pour un diagnostic primaire de schizophrénie qui ont un plan de soins documenté
- Numérateur : nombre de personnes du dénominateur pour qui le plan de soins a été transmis au fournisseur communautaire dans les 7 jours suivant leur sortie
- Sources de données : SIOSM, collecte des données locales
- Remarque : Un indicateur similaire (intitulé « care plan made available to any receiving provider within 7 days », plan de soins transmis au fournisseur dans les 7 jours) est disponible à la page de l'[Ontario Hospital Association](#)

Pourcentage d'adultes sortant de l'hôpital avec un diagnostic primaire de schizophrénie qui sont en situation de sans-abrisme

- Dénominateur : nombre total d'adultes sortant de l'hôpital après une admission pour un diagnostic primaire de schizophrénie
- Numérateur : nombre de personnes du dénominateur qui sont en situation de sans-abrisme
- Sources de données : collecte des données locales

Appendice 3. Glossaire

Adulte : Personnes âgées de 18 ans et plus

Aidant : Une personne non rémunérée qui offre des soins et un soutien à titre non professionnel, comme un parent, un autre membre de la famille, un ami ou toute autre personne désignée par la personne atteinte de schizophrénie. Les autres termes couramment utilisés pour décrire ce rôle sont notamment « partenaire de soins », « aidant naturel », « aidant familial », « aidant principal ».

Professionnel de la santé : Professionnels réglementés, comme le personnel infirmier, les infirmiers praticiens, les pharmaciens, les médecins, les physiothérapeutes, les psychologues, les ergothérapeutes, les travailleurs sociaux et les orthophonistes.

Fournisseurs de soins de santé : Les professionnels de la santé ainsi que les personnes occupant des métiers non réglementés, comme le personnel administratif, les préposés au soutien comportemental, les préposés aux services de soutien à la personne, le personnel chargé des loisirs et le personnel chargé des soins spirituels.

Équipe de soins de santé : Toutes les personnes participant à l'offre de soins (y compris les professionnels de la santé et les fournisseurs de soins de santé).

Fournisseur de soins primaires : Un médecin de famille (aussi appelé un médecin de soins primaire) ou un infirmier praticien.

Appendice 4. Valeurs et principes directeurs

Valeurs à la base de cette norme de qualité

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

Ces valeurs sont :

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

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

Principes directeurs

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

Reconnaître l'impact de la colonisation

Les 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. 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, ainsi qu'à reconnaître leur force et leur résilience. Cette norme de qualité s'appuie sur des lignes directrices de pratique clinique existantes 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.

Équité, inclusion, diversité et antiracisme

Les soins offerts aux personnes atteintes de schizophrénie devraient tenir compte des besoins spéciaux des groupes marginalisés, mal desservis ou en quête d'équité (p. ex., Autochtones, personnes bispirituelles, lesbiennes, gaies, bisexuelles, transgenres, queers, en questionnement, intersexuées et asexuelles, pansexuelles et non conformes aux normes de genre [2SLGBTQIA+], les groupes culturels particuliers ou les survivants d'abus et de violences sexuels).

Services en français

En Ontario, la Loi sur les services en français garantit le droit d'une personne de recevoir des services en français de la part des ministères et organismes du gouvernement de l'Ontario dans [26 régions désignées](#) et dans les bureaux du gouvernement.²⁸

Intersectionnalité

L'intersectionnalité désigne les différences dans les expériences de discrimination et d'injustice fondées sur les catégorisations sociales comme l'origine ethnique, la classe sociale, l'âge et le genre. Ces catégorisations interreliées sont connues pour créer des systèmes de discrimination ou de désavantage interdépendants et se chevauchant.^{29,30} Par exemple, les préjugés dont sont victimes les personnes atteintes d'un trouble alimentaire peuvent varier selon leur origine ethnique, leur âge, les barrières linguistiques, leur genre, leur orientation sexuelle, leur apparence ou leur classe sociale présumée, mais ils peuvent aussi varier selon la situation clinique et d'autres caractéristiques démographiques. Par conséquent, il faut comprendre de quelle façon divers aspects des identités d'une personne se recoupent pour connaître les complexités des processus qui entraînent les iniquités en santé, et comment différentes personnes rencontrent des préjugés et de la discrimination.

Rétablissement

Cette norme de qualité repose sur le principe de rétablissement, selon sa définition dans la Stratégie en matière de santé mentale du Canada. Les personnes atteintes de schizophrénie peuvent mener une vie qui ait un sens. Elles ont le droit aux services fournis dans un environnement qui encourage l'espoir, l'autonomisation, l'autodétermination et l'optimisme et ancré dans les valeurs et pratiques associées aux soins axés sur le rétablissement. Le concept de rétablissement désigne la « possibilité de mener une vie satisfaisante, nourrie par l'espoir et valorisante, en dépit des inconvénients causés par les problèmes de santé mentale »³¹. Comme décrit dans la Stratégie en matière de santé mentale

du Canada, le rétablissement est un processus dans lequel les personnes atteintes de problèmes et de maladies de santé mentale sont autonomisées et soutenues pour participer activement à leur cheminement vers le bien-être. Le processus de rétablissement repose sur les forces individuelles, familiales, culturelles et communautaires et permet à la personne de mener une vie intéressante dans sa communauté tout en faisant tout son possible pour atteindre son plein potentiel³².

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 un espoir, qui éprouvent un sentiment d'appartenance et qui ont le sentiment que la vie a un sens³³. Ces éléments du mieux-être mental reposent sur des facteurs comme la culture, la langue, les Aînés, la famille et la création. Le Cadre du continuum du mieux-être mental des Premières Nations prévoit une approche qui « qui respecte, valorise et utilise leurs façons d'apprendre, leurs langues, leurs méthodes et leurs connaissances culturelles³³. »

Limiter les préjugés

Les personnes atteintes de schizophrénie sont souvent victimes de croyances et d'attitudes qui découlent de stéréotypes négatifs envers elles et leur maladie. Les préjugés, ou la perception des préjugés, peuvent avoir un effet négatif sur le rétablissement de ces personnes, sur leur capacité à parler de leur maladie à leurs amis ou à leur famille, et sur leur volonté à demander de l'aide. Les préjugés peuvent également nuire à leur capacité d'accès à des services de soins de santé.

Autogestion

Les personnes atteintes de schizophrénie et leur famille, leurs aidants et leurs soutiens personnels devraient également bénéficier de services dans le respect de leurs droits et leur dignité, qui encouragent la prise de décisions partagée et l'autogestion³⁴. De plus, les personnes devraient pouvoir faire des choix éclairés sur les services qui répondent le mieux à leurs besoins³¹. Les personnes atteintes de schizophrénie devraient échanger avec leurs fournisseurs de soins pour la prise de décisions partagée et éclairée sur leurs options de traitement. Chaque personne est unique et a le droit de déterminer son propre parcours de santé mentale et de bien-être³⁴.

Déterminants sociaux de la santé

L'itinérance et la pauvreté sont deux exemples de conditions économiques et sociales qui influent sur la santé de la personne. On appelle cela des déterminants sociaux de la santé. Parmi les autres déterminants sociaux de la

santé, on compte le chômage et les conditions de travail, l'origine ethnique, la sécurité alimentaire et la nutrition, le genre, le logement, le statut d'immigration, l'exclusion sociale et le fait de vivre dans une région rurale ou urbaine. Les déterminants sociaux de la santé peuvent avoir d'importants effets sur la santé d'une personne et celle de la population; ils jouent un rôle important pour comprendre les causes profondes des problèmes de santé. Les personnes ayant des problèmes de santé mentale ou de toxicomanie vivent souvent dans des conditions sociales et économiques très stressantes qui peuvent aggraver l'état de leur santé mentale, ³⁵y compris les préjugés sociaux, la discrimination et le manque d'accès à l'éducation, à l'emploi, à des revenus et au logement.¹⁷

Soins tenant compte des traumatismes

Les soins tenant compte des traumatismes sont des soins de santé qui reflètent une compréhension des traumatismes et des répercussions d'expériences traumatiques sur les gens³⁶. Cette approche ne traite pas nécessairement le traumatisme directement. Elle reconnaît plutôt qu'une personne peut avoir vécu un événement traumatique qui pourrait contribuer à ses problèmes de santé actuels. Elle insiste sur le fait de comprendre, de respecter et de prendre en compte les effets du traumatisme³⁷⁻³⁹.

Remerciements

Comité consultatif

Santé Ontario remercie les personnes suivantes pour leurs généreuses contributions volontaires en temps et en expertise afin d'aider à créer cette norme de qualité (titres au moment de l'élaboration initiale en 2016) :

April Collins (coprésidente)

Directrice générale, Complex Mental Illness Program, Centre de toxicomanie et de santé mentale

Philip Klassen (coprésident)

Vice-président, Affaires médicales, Ontario Shores Centre for Mental Health Sciences, Université de Toronto

Ofer Agid

Psychiatre, Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH), Université de Toronto

Howard E. Barbaree

Vice-président, Recherche et enseignement, Centre de soins de santé mentale Waypoint

Joanne Bezzubetz

Vice-présidente des services de soins aux patients, Services de Santé Royal Ottawa

Christopher Bowie

Professeur agrégé, École de réadaptation fonctionnelle, Université Queen's

Patricia Cavanagh

Responsable, Services ambulatoires, Complex Mental Illness Program, Centre de toxicomanie et de santé mentale

Alison Freeland

Vice-présidente, Qualité, éducation et relations avec les patients, Trillium Health Partners, doyenne associée, Université de Toronto

Kaili Gabriel

Travailleuse sociale, Services de santé, Providence Care Mental

Christine Holland

Vice-présidente, Conseillère en expériences vécues, Ontario Family Caregiver's Advisory Network

Sean Kidd

Psychologue en chef, Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH), professeur agrégé, Université de Toronto

Terry Krupa

Professeure, Université Queen's

Paul Kurdyak

Directeur, Health Outcomes and Performance Evaluation Research Unit, Centre de toxicomanie et de santé mentale

Elizabeth (Betty) Lin

Scientifique indépendance, Centre de toxicomanie et de santé mentale, professeure agrégée, Université de Toronto; professeure auxiliaire, Institut de recherche en services de santé

Sandy Marangos

Directrice clinique, Services des urgences en santé mentale, Hôpital général North York

Elizabeth McCay

Professeure, University Ryerson, Daphne Cockwell School of Nursing

Kwame McKenzie

Directeur médical, Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH), directeur général, Wellesley Institute

David McNeill

Directeur médical, Services de santé intégrée, Ontario Shores Centre for Mental Health Sciences

George Mihalakakos

Spécialiste en soutien par les pairs, Centre de toxicomanie et de santé mentale, conseiller en expériences vécues

Sandra Northcott

Psychiatre, Centre de soins de santé St. Joseph de London/Schulich School of Medicine and Dentistry, Université Western

Chris Perlman

Professeur adjoint, École de santé publique et de systèmes de santé, Université de Waterloo

Gary Remington

Responsable, Cliniques de sous-spécialisés, Schizophrénie, Division des maladies mentales complexes, Centre de toxicomanie et de santé mentale, Université de Toronto

Robert Renwick

Psychiatre consultant, Centre des sciences de la santé de London, professeur adjoint, Université Western

Michael Sarin

Interniste, Diabète et réadaptation cardiologique, médecin de programme, Réseau universitaire de santé, Institut de réadaptation de Toronto

Chekkera Shammi

Psychiatre, Ontario Shores Centre for Mental Health Sciences

Frank Sirotych

Directeur du soutien communautaire, de la recherche et du développement, Association canadienne pour la santé mentale

Christine Walter

Conseillère en expériences vécues

Références

- (1) Ontario Health. Schizophrenia: care in the community for adults [Internet]. Toronto (ON): King's Printer for Ontario; 2023 [cited 2022 Oct 25]. Available from: <https://www.hqontario.ca/Evidence-to-Improve-Care/Quality-Standards/View-all-Quality-Standards/Schizophrenia-Care-in-the-Community>
- (2) Keepers GA, Fochtmann LJ, Anzia JM, Benjamin S, Lyness JM, Mojtabai R, et al. The American Psychiatric Association practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 2020;177(9):868-72.
- (3) Health Quality Ontario. Opioid use disorder: care for people 16 years of age and older quality standard [Internet]. Toronto (ON): Queen's Printer for Ontario; 2018 [cited 2022 October 20]. Available from: <https://www.hqontario.ca/portals/0/documents/evidence/quality-standards/qs-opioid-use-disorder-clinician-guide-en.pdf>
- (4) Ontario Health (Quality). Problematic alcohol use and alcohol use disorder: care or people 15 years of age and older quality standard [Internet]. Toronto (ON): Queen's Printer for Ontario; 2020 [cited 2022 October 20]. Available from: <https://www.hqontario.ca/Portals/0/documents/evidence/quality-standards/qs-alcohol-use-disorder-quality-standard-en.pdf>
- (5) Ontario Health (Quality). Transitions between hospital and home: care for people of all ages quality standard [Internet]. Toronto (ON): Queen's Printer for Ontario; 2020 [cited 2022 October 20]. Available from: <https://www.hqontario.ca/Portals/0/documents/evidence/quality-standards/qs-transitions-between-hospital-and-home-quality-standard-en.pdf>
- (6) American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Arlington (VA): The Association; 2013.
- (7) Fioravanti M, Bianchi V, Cinti ME. Cognitive deficits in schizophrenia: an updated meta-analysis of the scientific evidence. *BMC Psychiatry*. 2012;12:64.
- (8) Public Health Agency of Canada. Schizophrenia in Canada [Internet]. 2020 [updated May 25, 2020; cited 2022 Nov 3]. Available from: <https://www.canada.ca/en/public-health/services/publications/diseases-conditions/schizophrenia-canada.html>
- (9) Ratnasingham S, Cairney J, Rehm J, Manson H, Kurdyak PA. Opening eyes, opening minds: the Ontario burden of mental illness and addictions report. An ICES/PHO report. Toronto (ON): Institute for Clinical Evaluative Sciences and Public Health Ontario; 2012.
- (10) Anderson KK, Cheng J, Susser E, McKenzie KJ, Kurdyak P. Incidence of psychotic disorders among first-generation immigrants and refugees in Ontario. *CMAJ*. 2015;187(9):E279-86.
- (11) Gatov E, Rosella L, Chiu M, Kurdyak PA. Trends in standardized mortality among individuals with schizophrenia, 1993-2012: a population-based, repeated cross-sectional study. *CMAJ*. 2017;189(37):E1177-e87.
- (12) Hjorthøj C, Stürup AE, McGrath JJ, Nordentoft M. Years of potential life lost and life expectancy in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*. 2017;4(4):295-301.
- (13) Zaheer J, Jacob B, de Oliveira C, Rudoler D, Juda A, Kurdyak P. Service utilization and suicide among people with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophr Res*. 2018;202:347-53.

- (14) Kurdyak P, Mallia E, de Oliveira C, Carvalho AF, Kozloff N, Zaheer J, et al. Mortality after the first diagnosis of schizophrenia-spectrum disorders: a population-based retrospective cohort study. *Schizophr Bull.* 2021;47(3):864-74.
- (15) Galletly C, Castle D, Dark F, Humberstone V, Jablensky A, Killackey E, et al. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the management of schizophrenia and related disorders. *Aust N Z J Psychiatry.* 2016;50(5):410-72.
- (16) National Collaborating Centre for Mental Health. Psychosis and schizophrenia in adults: treatment and management. National clinical guideline number 178 [Internet]. London (UK): National Institute for Health and Care Excellence; 2014 [cited 2015 October 5]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg178/evidence/full-guideline-490503565>
- (17) Health Quality Ontario. Taking stock: a report on the quality of mental health and addictions services in Ontario [Internet]. Toronto (ON): Queen's Printer for Ontario; 2015 [cited 2016 Apr 8]. Available from: <http://www.hqontario.ca/portals/0/Documents/pr/theme-report-taking-stock-en.pdf>
- (18) Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of schizophrenia. SIGN publication no. 131 [Internet]. Edinburgh, Scotland: Scottish Intercollegiate Guidelines Network; 2013 [cited 2015 October 5]. Available from: <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign131.pdf>
- (19) De Hert M, Dekker JM, Wood D, Kahl KG, Holt RI, Moller HJ. Cardiovascular disease and diabetes in people with severe mental illness position statement from the European Psychiatric Association (EPA), supported by the European Association for the Study of Diabetes (EASD) and the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Psychiatry.* 2009;24(6):412-24.
- (20) de Leon J, Diaz FJ. A meta-analysis of worldwide studies demonstrates an association between schizophrenia and tobacco smoking behaviors. *Schizophr Res.* 2005;76(2-3):135-57.
- (21) Kelly DL, McMahon RP, Wehring HJ, Liu F, Mackowick KM, Boggs DL, et al. Cigarette smoking and mortality risk in people with schizophrenia. *Schizophr Bull.* 2011;37(4):832-8.
- (22) Desai HD, Seabolt J, Jann MW. Smoking in patients receiving psychotropic medications: a pharmacokinetic perspective. *CNS Drugs.* 2001;15(6):469-94.
- (23) Ng R, Maxwell C, Yates E, Nylen K, Antflück J, Jette N, et al. Brain disorders in Ontario: prevalence, incidence and costs from health administrative data. Toronto (ON): Institute for Clinical Evaluative Sciences; 2015.
- (24) World Health Organization. Evidence-based recommendations for management of psychosis and bipolar disorders in non-specialized health settings [Internet]. Geneva, Switzerland: The Organization; 2012 [cited 2015 October 5]. Available from: http://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/psychosis/en/
- (25) Agid O, Foussias G, Remington G. Long-acting injectable antipsychotics in the treatment of schizophrenia: their role in relapse prevention. *Expert Opin Pharmacother.* 2010;11(14):2301-17.
- (26) Health Quality Ontario. Cognitive behavioural therapy for psychosis: OHTAC recommendation [Internet]. Toronto (ON): Queen's Printer for Ontario; 2018 [cited 2022 Oct 7]. Available from: <https://www.hqontario.ca/Portals/0/documents/evidence/reports/hqo-recommendation-cbt-psychosis.pdf>

- (27) Pharoah F, Mari J, Rathbone J, Wong W. Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010(12):Cd000088.
- (28) Ministry of Health, Ministry of Long-Term Care. French language health services: the French Language Services Act, 1986 (FLSA) [Internet]. Toronto (ON): Queen's Printer for Ontario; 2021 [cited 2022 Oct 7]. Available from: <https://www.health.gov.on.ca/en/public/programs/flhs/flsa.aspx>
- (29) Crenshaw K. Demarginalising the intersection of race and sex: A Black feminist critique of anti-discrimination doctrine, feminist theory, and anti-racist politics. *University of Chicago Legal Forum.* 2011;140:25-42.
- (30) Alani Z. Exploring intersectionality: an international yet individual issue. *Orphanet J Rare Dis.* 2022;17(1):71.
- (31) Mental Health Commission of Canada. Changing directions, changing lives: the mental health strategy for Canada. Calgary (AB): The Commission; 2012.
- (32) Mental Health Commission of Canada. Toward recovery and well-being. A framework for a mental health strategy for Canada [Internet]. Calgary (AB): The Commission; 2009 [cited 2022 Oct 7]. Available from: https://mentalhealthcommission.ca/wp-content/uploads/2021/09/FNIM_Toward_Recovery_and_Well_Being_ENG_0_1-1.pdf
- (33) Health Canada. First Nations mental wellness continuum framework: summary report [Internet]. Ottawa (ON): Health Canada; 2015 [cited 2022 Sept 1]. Available from: <https://www.sac-isc.gc.ca/eng/1576093687903/1576093725971>
- (34) Mental Health Commission of Canada. Guidelines for recovery-oriented practice [Internet]. Ottawa (ON): The Commission; 2016 [cited 2022 Oct 7]. Available from: https://mentalhealthcommission.ca/wp-content/uploads/2021/05/MHCC_Recovery_Guidelines_2016_ENG.pdf
- (35) Keleher H, Armstrong R. Evidence-based mental health promotion resource. Report for the Department of Human Services and VicHealth [Internet]. Melbourne (Australia): State of Victoria, Department of Human Services; 2006 [cited 2022 Oct 7]. Available from: https://content.health.vic.gov.au/sites/default/files/migrated/files/collections/policies-and-guidelines/m/mental_health_resource---pdf.pdf
- (36) Ministry of Children CaSS. Ontario's quality standards framework: a resource guide to improve the quality of care for children and young persons in licensed residential settings [Internet]. Toronto: Queen's Printer for Ontario; 2020 [cited 2022 Jul]. Available from: <http://www.children.gov.on.ca/htdocs/English/documents/childrensaid/MCCSS-Residential-Resource-Guide.pdf>
- (37) Sickle-Cell.com. Coping with mental health: trauma informed care [Internet]. Philadelphia: Health Union, LLC; 2022 [cited 2022 May 31]. Available from: https://sickle-cell.com/living/trauma-informed-care?fbclid=IwAR3HiW2fvvfJWx5CmWO4lQyzZ4RugSaMnt2mQd8DCSg3aUoAcGckkMet8h4&utm_source=facebook.com&utm_medium=organic
- (38) Public Health Agency of Canada. Trauma and violence-informed approaches to policy practice [Internet]. Ottawa, ON: Government of Canada; 2018 [cited 2020 Aug 13]. Available from: <https://www.canada.ca/en/public-health/services/publications/health-risks-safety/trauma-violence-informed-approaches-policy-practice.html>
- (39) Substance Abuse and Mental Health Services Administration. SAMHSA's concept of trauma and guidance for a trauma-informed approach [Internet]. Rockville, MD: U.S.

Department of Health and Human Services; 2014 [cited 2020 Jul 13]. Available from: https://ncsacw.acf.hhs.gov/userfiles/files/SAMHSA_Trauma.pdf

À propos de nous

Santé Ontario

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

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

Le Centre d'excellence pour la santé mentale et la lutte contre les dépendances a été créé au sein de Santé Ontario et a servi de base pour élaborer et maintenir la stratégie pour la santé mentale et la lutte contre les dépendances. Cette stratégie reconnaît que les soins pour la santé mentale et contre les dépendances sont une composante essentielle d'un système de soins intégré. Le Centre a pour rôle d'assurer que les soins pour la santé mentale et la lutte contre les dépendances sont :

- offerts de façon uniforme dans l'ensemble de la province;
- intégrés au système de santé dans son ensemble;
- plus facilement accessibles;
- adaptés aux divers besoins des personnes vivant en Ontario et de leurs familles.

Le Centre contribuera également à la mise en œuvre de la Feuille de route vers le mieux-être, le plan provincial visant à bâtir un système complet et connecté pour la santé mentale et la lutte contre les dépendances.

Équité, inclusion, diversité et antiracisme

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

Le cadre de Santé Ontario définit l'équité comme suit : « Contrairement à la notion d'égalité, l'équité n'est pas une question traitant la similitude de traitement. En fait, elle porte plutôt sur l'équité et la justice dans le processus et dans les résultats. Des résultats équitables exigent souvent un traitement différencié et une

redistribution des ressources pour que tous les individus et toutes les collectivités soient sur un pied d'égalité. Il faut, pour ce faire, reconnaître et éliminer les obstacles à la prospérité de tous dans notre société. »

Pour plus d'informations, visitez : OntarioHealth.ca/fr/a-propos-de-nous/notre-personnel

Besoins de renseignements supplémentaires

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

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

Tél. sans frais : 1-877-280-8538
Télétype: 1-800-855-0511
Courriel :
QualityStandards@OntarioHealth.ca
Site Web : hqontario.ca