

# Schizophrénie

---

Soins destinés aux adultes dans la  
collectivité

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). Elle fournit également une orientation sur l'intervention précoce dans le traitement de la psychose pour les personnes qui vivent un premier épisode de schizophrénie. La norme de qualité est axée sur les soins fournis dans la collectivité, y compris les soins primaires, les soins ambulatoires à l'hôpital, la réadaptation, et les soutiens et services communautaires.

La norme de qualité s'applique également aux soins fournis dans les établissements correctionnels. Les personnes atteintes de schizophrénie et d'autres maladies de santé mentale sont représentées de façon disproportionnée au sein du système correctionnel.<sup>1</sup> Pour certaines personnes atteintes de schizophrénie, le premier échange concernant les soins de santé mentale a lieu après qu'elles se retrouvent dans le système correctionnel. Pour ces personnes, il est particulièrement important que les processus de dépistage à l'admission soient suffisamment bien élaborés pour permettre un diagnostic de la schizophrénie.

Bien que cette norme de qualité porte sur les soins fournis aux personnes qui ont déjà reçu un diagnostic de schizophrénie, l'importance de bénéficier de services réactifs pour veiller à ce que tous les Ontariens atteints de schizophrénie soient diagnostiqués ne doit pas être sous-évaluée.

Pour consulter la norme de qualité sur les soins offerts aux adultes atteints de schizophrénie se rendant au service d'urgence ou admis à l'hôpital, veuillez consulter le document [Schizophrénie : Soins destinés aux adultes dans les hôpitaux](#).<sup>2</sup>

## 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](mailto: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 atteintes de schizophrénie dans la collectivité.

## Énoncé de qualité 1 : Plan de soins et évaluation exhaustive

Les adultes atteints de schizophrénie ont un plan de soins qui est régulièrement examiné et mis à jour, et qui repose sur une évaluation exhaustive.

## Énoncé de qualité 2 : Évaluation de la santé physique

Les adultes atteints de schizophrénie font régulièrement l'objet d'une évaluation de leur état de santé physique.

## Énoncé de qualité 3 : Autogestion

Les adultes atteints de schizophrénie ont accès à de l'information et de l'éducation pour favoriser l'acquisition de compétences en autogestion.

## Énoncé de qualité 4 : Éducation, soutien et intervention pour la famille

On offre aux familles de personnes atteintes de schizophrénie une éducation, un soutien et des interventions familiales adaptés à leurs besoins et préférences.

## Énoncé de qualité 5 : Accès à des services de traitement intensifs en milieu communautaire

Les adultes atteints de schizophrénie ont accès rapidement à des services de traitements intensifs en milieu communautaire fondés sur leurs besoins et leurs préférences.

## Énoncé de qualité 6 : Logement

Les personnes atteintes de schizophrénie vivent dans un environnement sûr, abordable et stable qui reflète leurs besoins et leurs préférences.

## Énoncé de qualité 7 : Monothérapie antipsychotique

Les adultes atteints de schizophrénie se voient prescrire un seul médicament antipsychotique, si possible.

## Énoncé de qualité 8 : Traitement à l'aide d'un antipsychotique injectable à action prolongée

Les adultes atteints de schizophrénie ont la possibilité de se faire administrer un médicament antipsychotique injectable à action prolongée.

## Énoncé de qualité 9 : Traitement à l'aide de clozapine

Les adultes atteints de schizophrénie 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 10 : Poursuite du traitement antipsychotique

Il est conseillé aux adultes atteints de schizophrénie dont les symptômes se sont améliorés grâce à la prise d'un psychotique de poursuivre leur traitement antipsychotique à long terme.

## Énoncé de qualité 11 : Thérapie cognitivo-comportementale pour les personnes atteintes de psychose et autres interventions psychosociales

Il est proposé aux adultes atteints de schizophrénie une thérapie cognitivo-comportementale pour les personnes atteintes de psychose et d'autres interventions psychosociales, selon leurs besoins.

## Énoncé de qualité 12 : Promotion de l'activité physique et de l'alimentation saine

On propose aux adultes atteints de schizophrénie des interventions facilement accessibles pour promouvoir l'activité physique et l'alimentation saine.

### Énoncé de qualité 13 : Promotion du renoncement au tabac

On propose aux adultes atteints de schizophrénie qui fument du tabac des interventions pharmacologiques et non pharmacologiques pour les aider à réduire leur consommation ou à arrêter de fumer.

### Énoncé de qualité 14 : Évaluation et traitement des troubles liés à la consommation de substances

Les adultes atteints de schizophrénie sont interrogés sur leur consommation de substances et, s'il y a lieu, sont évalués pour repérer un trouble lié à la consommation de substances et leur offrir un traitement.

### Énoncé de qualité 15 : Emploi et soutien au travail

Les adultes atteints de schizophrénie qui souhaitent trouver un travail ou retourner au travail se voient offrir des programmes de soutien au travail. Les adultes atteints de schizophrénie qui ne souhaitent pas trouver un travail rémunéré sont soutenus dans d'autres activités professionnelles ou éducatives, selon leurs besoins et leurs préférences.

# 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.....	4
Résumé des mises à jour 2023.....	8
Remarque relative à la terminologie.....	9
Justification de la nécessité de cette norme.....	10
Mesure à l'appui de l'amélioration.....	12
Énoncés de qualité pour améliorer les soins : .....	13
Plan de soins et évaluation exhaustive.....	14
Évaluation de la santé physique .....	19
Autogestion.....	23
Éducation, soutien et intervention pour la famille .....	26
Accès à des services de traitement intensifs en milieu communautaire .....	30
Logement .....	34
Monothérapie antipsychotique .....	37
Traitement à l'aide d'un antipsychotique injectable à action prolongée .....	40
Traitement à l'aide de clozapine.....	42
Poursuite du traitement antipsychotique.....	44
Thérapie cognitivo-comportementale pour les personnes atteintes de psychose et autres interventions psychosociales.....	46
Promotion de l'activité physique et de l'alimentation saine .....	49
Promotion du renoncement au tabac .....	51
Évaluation et traitement des troubles liés à la consommation de substances.....	53
Emploi et soutien au travail.....	56
Énoncé de pratique émergente : Soutien par les pairs, gestion de la maladie et rétablissement, formation, plan d'action pour le mieux-être et le rétablissement et apprentissage social.....	59
Appendices .....	60
Appendice 1. À propos de cette norme de qualité .....	61
Appendice 2 : Évaluation à l'appui de l'amélioration .....	64
Appendice 3. Glossaire.....	78
Appendice 4. Valeurs et principes directeurs .....	80
Remerciements.....	84
Références.....	86
À propos de nous .....	92

# 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 2018. 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 schizophrénie<sup>3</sup>.
- Mise à jour des liens, références secondaires et sources de données, le cas échéant.
- Ajout de références à la norme de qualité [Schizophrénie : Soins destinés aux adultes dans les hôpitaux](#)<sup>2</sup>
- 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 de la définition de l'examen des médicaments pour harmoniser avec la norme de qualité [Sécurité des médicaments](#)<sup>4</sup> et ajout de l'évaluation du trouble du stress post-traumatique et d'autres réactions au traumatisme.
- Énoncé de qualité 2 : dans la partie Définitions, révision de la définition de l'évaluation du diabète pour intégrer l'analyse soit de la glycémie à jeun soit de l'hémoglobine glyquée (HbA1c) plutôt que d'exiger les deux.

- Énoncé de qualité 4 : dans la partie Contexte, ajout d'une référence à la norme de qualité [Schizophrénie : Soins destinés aux adultes dans les hôpitaux](#)<sup>2</sup>
- Énoncé de qualité 9 : dans l'énoncé de qualité, parties Définitions et Contexte, révision de la formulation avec un langage axé sur la personne.
- Énoncé de qualité 13 : dans la partie Définitions, révision des produits pour la thérapie de remplacement de la nicotine afin de refléter la disponibilité en Ontario.
- Énoncé de qualité 14 : dans la partie Contexte, ajout d'une référence aux normes de qualité [Trouble de consommation d'opioïdes \(la dépendance aux opiacés\)](#)<sup>5</sup> et [Consommation problématique d'alcool et trouble de consommation d'alcool](#)<sup>6</sup>
- Annexe B : retrait d'un indicateur de l'énoncé de qualité 10 afin de simplifier la prise de mesure pour cet énoncé.
- Changements mineurs apportés aux autres énoncés de qualité et indicateurs, le cas échéant.

## Remarque relative à la terminologie

**Mandataire spécial** : Cela désigne une personne qui prend les décisions relatives aux soins et aux traitements au nom d'une autre personne si cette personne est frappée d'incapacité mentale l'empêchant de prendre des décisions pour elle-même. La capacité est liée à une question ou à une tâche<sup>7</sup>. Le mandataire spécial doit participer aux discussions continues avec la personne sur ses objectifs de soins, ses souhaits, ses valeurs et ses croyances afin d'être habilité à participer au processus de consentement aux soins de santé, le cas échéant. Le mandataire spécial prend les décisions selon sa compréhension des souhaits de la personne ou, s'il ne les connaît pas ou qu'ils ne sont pas applicables, il fait des choix cohérents avec les valeurs et croyances connues de la personne et dans l'intérêt fondamental de celle-ci.

La *Loi sur le consentement aux soins de santé* de l'Ontario présente une liste par ordre hiérarchique des personnes qui sont automatiquement considérées comme un mandataire spécial lorsque la personne est incapable de prendre ses propres décisions quant à ses soins<sup>8</sup>. Si une personne capable préfère désigner à ce rôle une personne autre que le mandataire spécial désigné automatiquement, elle peut officiellement nommer une personne par le biais de la « procuration relative au soin de la personne »<sup>9</sup>. Il s'agit d'un document juridique dans lequel une personne donne à une autre personne le pouvoir de prendre des décisions relatives à ses soins personnels en son nom dans le cas où elle serait frappée d'incapacité mentale<sup>7</sup>.

**Capacité ou capacité mentale :** En vertu de la *Loi sur le consentement aux soins de santé*, une personne est jugée capable par rapport à une décision relative à ses soins de santé si elle comprend les renseignements nécessaires à la prise de décision et peut évaluer les conséquences de la décision ou de l'absence de décision.<sup>8</sup> La capacité est liée à une question ou à une tâche<sup>7</sup>. La capacité d'une personne à comprendre des renseignements et à évaluer les décisions qui doivent être prises doit être respectée de façon à ce que ses capacités soient reconnues<sup>10</sup>. Une personne peut être jugée capable de prendre des décisions relatives aux soins de santé mais incapable par rapport à d'autres décisions<sup>8</sup>. Une personne peut aussi être capable de prendre une décision relative aux soins de santé à un moment, mais incapable à un autre moment.<sup>8</sup> Si une personne est incapable de prendre une décision relative aux soins de santé à propos d'un traitement ou d'un plan de traitement, le mandataire spécial peut donner ou refuser son consentement au nom de la personne<sup>8</sup>.

**Ordonnance de traitement en milieu communautaire :** Une ordonnance de traitement en milieu communautaire est une ordonnance légale émise par un médecin pour fournir un plan complet de traitement ou de soins en milieu communautaire à une personne atteinte d'une maladie mentale grave ayant eu des difficultés à maintenir sa santé mentale dans la collectivité<sup>11</sup>. L'ordonnance, qui repose sur un plan de traitement en milieu communautaire, décrit les médicaments, les rendez-vous médicaux et les autres aspects des soins que le médecin juge nécessaires pour permettre à la personne de vivre bien dans la collectivité, plutôt que de rester à l'hôpital<sup>12,13</sup>. Le plan peut comprendre notamment les traitements énoncés dans cette norme de qualité.

Une ordonnance de traitement en milieu communautaire est préparée par un médecin en collaboration avec la personne recevant le traitement (ou son mandataire spécial, le cas échéant) et toute autre personne ou organisme qui aide la personne dans la collectivité<sup>12</sup>. Une ordonnance de traitement en milieu communautaire est valide seulement si la personne (ou son mandataire spécial) donne son consentement<sup>13</sup>. La *Loi sur la santé mentale* de l'Ontario définit les critères nécessaires à l'émission et au renouvellement d'une ordonnance de traitement en milieu communautaire<sup>11</sup>.

## **Justification de la nécessité de cette norme**

La schizophrénie est un trouble de la santé mentale chronique grave qui débute généralement à la fin de l'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

incohérents<sup>14</sup>. Les symptômes négatifs comprennent l'apathie, le retrait social, le retrait affectif et la pauvreté du discours<sup>14</sup>. Les symptômes cognitifs sont notamment les troubles de la mémoire, de l'attention, de la planification et de l'organisation<sup>15</sup>.

Au Canada, environ 1 personne sur 100 est atteinte de schizophrénie<sup>16</sup>. Un rapport de 2012 indiquait que la schizophrénie était l'une des cinq maladies de santé mentale et de toxicomanie ayant les plus grandes répercussions sur la vie et la santé des personnes en Ontario<sup>17</sup>. Le risque de développer de la schizophrénie est influencé par une association de facteurs génétiques, physiques, psychologiques et environnementaux<sup>18</sup>. Le risque est plus important chez les hommes, les personnes vivant dans des villes et les familles d'immigrants récents<sup>16,19</sup>.

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.<sup>20,21</sup> Les personnes atteintes de schizophrénie sont également bien plus susceptibles de se suicider que le reste de la population<sup>22,23</sup>. De plus, les personnes atteintes de schizophrénie présentent un risque accru de développer d'autres troubles psychiatriques, y compris des troubles liés à la consommation de substances, la dépression et l'anxiété. Elles sont également plus susceptibles de connaître des traumatismes, le sans-abrisme et le chômage<sup>18,24</sup>.

Les personnes atteintes de schizophrénie sont confrontées à d'importants écarts dans la qualité des soins qu'elles reçoivent en Ontario. Seules 25 % des personnes hospitalisées pour schizophrénie ou psychose bénéficient d'une consultation de suivi auprès d'un médecin dans les 7 jours suivant leur sortie de l'hôpital, et les personnes hospitalisées pour schizophrénie ont un taux élevé (12,5 %) de réadmission dans les 30 jours suivant leur sortie<sup>25</sup>. Les taux de visites au service d'urgence pour schizophrénie varient considérablement dans la province (Qualité des services de santé Ontario, données non publiées, 2015). L'accès à des psychiatres varie également en Ontario : en 2009, le nombre de psychiatres pour 100 000 habitants allait de 7,2 à 62,7 dans les 14 réseaux locaux d'intégration de services de santé de l'Ontario.<sup>26</sup>

Les personnes atteintes de schizophrénie sont touchées de façon disproportionnée par le sans-abrisme, et sont souvent en situation de logement précaire.<sup>27,28</sup> Environ 52 000 personnes atteintes d'une maladie mentale sont mal logées au Canada et parmi elles, 120 000 sont sans-abri.<sup>28</sup> Les personnes atteintes de schizophrénie sont surreprésentées dans ces populations : on estime que 6 % des personnes sans-abri à Toronto sont atteintes de schizophrénie.<sup>29</sup>

Cette norme de qualité comprend 15 énoncés de qualité portant sur les domaines identifiés par le Comité consultatif sur la norme de qualité Schizophrénie : soins destinés aux adultes dans la collectivité comme ayant un fort potentiel d'améliorer les soins en milieu communautaire 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 la collectivité » a cerné cinq indicateurs généraux pour la surveillance des progrès en matière d'amélioration des soins offerts en milieu communautaire aux personnes atteintes de schizophrénie en Ontario.

### Indicateurs pouvant être mesurés à l'aide de données provinciales

- Pourcentage d'adultes hospitalisés pour schizophrénie qui ont été réadmis à l'hôpital de façon imprévue pour un problème de santé mentale ou de toxicomanie dans les 30 jours suivant la sortie
- Pourcentage d'adultes hospitalisés pour schizophrénie qui ont bénéficié d'une consultation de suivi auprès d'un médecin qualifié en santé mentale :
  - dans les 7 jours suivant leur sortie de l'hôpital
  - dans les 28 jours suivant leur sortie de l'hôpital

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

- Pourcentage d'adultes atteints de schizophrénie qui ont déclaré que leurs besoins en matière de soins n'étaient pas satisfaits
- Pourcentage d'adultes atteints de schizophrénie qui ont déclaré vivre dans un logement stable au cours de l'année dernière
- Pourcentage d'adultes hospitalisés pour schizophrénie qui ont bénéficié d'une consultation de suivi auprès d'un médecin qualifié en santé mentale :
  - dans les 7 jours suivant leur sortie de l'hôpital
  - dans les 28 jours suivant leur sortie de l'hôpital

# Énoncés de qualité pour améliorer les soins :

---

# 01

## Plan de soins et évaluation exhaustive

Les adultes atteints de schizophrénie ont un plan de soins qui est régulièrement examiné et mis à jour, et qui repose sur une évaluation exhaustive.

---

**Sources :** American Psychiatric Association, 2020<sup>3</sup> | National Institute for Health and Care Excellence, 2014<sup>18</sup> | Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists, 2016<sup>24</sup>

### Définitions

**Plan de soins :** Un plan de soins comprend ce qui suit :

- les résultats de l'évaluation exhaustive (voir la définition ci-dessous);
- les objectifs convenus mutuellement selon les besoins, les points forts et les préférences de la personne, y compris les activités de la vie quotidienne, le logement, l'organisation quotidienne et l'emploi, la réduction des symptômes et les relations familiales et sociales;
- les interventions, activités et autres mesures que la personne et les autres peuvent effectuer pour atteindre leurs objectifs, optimiser leur capacité à vivre de façon aussi autonome que possible et soutenir leur inclusion sociale;
- un plan de prévention de la rechute;
- un plan en cas de crise;
- les rôles et responsabilités des fournisseurs de santé et de services communautaires.

**Examen et mise à jour réguliers :** Le plan de soins doit être examiné tous les 6 à 12 mois, ou plus tôt si nécessaire sur le plan clinique ou si les objectifs de la personne changent considérablement. Une nouvelle évaluation partielle ou complète peut être nécessaire lors de l'examen du plan, y compris la révision des objectifs en matière de rétablissement et de traitement.

**Évaluation exhaustive :** En collaboration avec la personne et les membres de sa famille, le cas échéant, l'évaluation exhaustive doit être réalisée par des professionnels de la santé spécialisés dans les soins aux personnes atteintes de schizophrénie. L'évaluation doit reposer sur la communication avec le fournisseur de soins primaires de la personne, les autres fournisseurs de soins de santé ou les fournisseurs de traitement en milieu communautaire. L'évaluation doit porter sur les domaines suivants :

- Objectifs, aspirations, points forts personnels et ressources indiquées par la personne pour appuyer le rétablissement personnel;
- Symptômes psychiatriques et déficiences; risque de faire du mal aux autres ou à soi-même; traitements antérieurs et actuels et réactions; consommation d'alcool et de médicaments avec ou sans ordonnance (voir l'énoncé de qualité 14);
- Considérations médicales, y compris les antécédents médicaux et examens physiques pour évaluer les problèmes médicaux;
- Examen des médicaments (y compris les médicaments avec et sans ordonnance, vitamines et minéraux, tisanes et produits de santé naturels, médicaments traditionnels, échantillons de médicaments donnés par le prescripteur, etc.)
- Santé physique et bien-être (voir l'énoncé de qualité 2);
- 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 concomitants); envisager une évaluation neuropsychologique pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou incapacité fonctionnelle;
- 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 et occasions d'apprentissage, emploi et soutien au travail, voir l'énoncé de qualité 15);
- Sources de revenu;
- Activités de la vie quotidienne, activités déterminantes de la vie quotidienne et tâches domestiques;

- Antécédents juridiques et poursuites en cours;
- 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*<sup>9</sup>;
- Besoins en matière de services (évaluation à l'aide d'un outil ou d'un système comme le LOCUS (Level of Care Utilization System ou l'Évaluation commune des besoins en Ontario) pour faire concorder l'intensité des ressources avec les besoins en matière de soins.

## Justification

Chaque personne atteinte de schizophrénie devrait participer, si possible, à l'élaboration, la mise en œuvre, l'examen et la mise à jour de son plan de soins avec le professionnel de la santé qui s'occupe d'elle. Idéalement, le plan de soins repose aussi sur les renseignements donnés par la famille, les aidants et les soutiens personnels. Il doit prendre en compte la personne dans son ensemble et être adapté à ses objectifs, ses points forts personnels et ses ressources, refléter sa culture et ses convictions et répondre à un éventail de questions qui peuvent influencer sur la santé et le bien-être de la personne. Il doit viser à réduire les symptômes, à améliorer le fonctionnement psychosocial et aider la personne à satisfaire pleinement ses besoins et répondre à ses aspirations<sup>30</sup>. Un examen régulier du plan de soins permettra à la personne et à son professionnel de la santé de passer en revue les progrès réalisés, à revoir ses objectifs et à apporter des ajustements par rapport aux besoins et préférences ayant changé. Si la personne fait l'objet d'une ordonnance de traitement en milieu communautaire, son plan de traitement en milieu communautaire doit reposer, si possible, sur le plan de soins de la personne et ses objectifs de rétablissement.

Une évaluation exhaustive de la personne atteinte de schizophrénie doit permettre d'élaborer le plan de soins. L'évaluation exhaustive permet aux fournisseurs de soins de santé d'explorer minutieusement les facteurs biologiques, psychosociaux et sociaux qui peuvent avoir contribué à l'apparition, l'évolution et au pronostic de la maladie et qui pourraient influencer sur son rétablissement. Une évaluation permet de déterminer un niveau de base des capacités fonctionnelles, des activités et de la participation et peut servir à suivre les changements dans l'état de la personne au fil du temps. Des outils d'évaluation et instruments validés devraient être utilisés, le cas échéant. L'évaluation peut se dérouler sur plusieurs consultations pour pleinement comprendre la personne et encourager sa participation<sup>31</sup>. Selon la façon dont les soins sont organisés, les volets de l'évaluation peuvent être réalisés par plusieurs membres de l'équipe de soins de santé, ou la personne atteinte de schizophrénie

peut être orientée vers d'autres professionnels de la santé, au besoin, pour réaliser l'évaluation.

Un exemplaire du plan de soins et des conclusions de l'évaluation doit être transmis à la personne atteinte de schizophrénie, aux fournisseurs de soins de santé concernés et à la famille et aux aidants de la personne, sauf si cette dernière a indiqué qu'elle ne voulait pas que ces renseignements soient partagés.

## **La signification de cet énoncé de qualité**

### **Pour les personnes schizophrènes**

Un plan de soins est un document écrit établi entre vous et votre professionnel de la santé, et que vous acceptez. Il décrit vos objectifs, les soins et les services que vous recevrez et les personnes qui vous les fourniront. Le professionnel de la santé qui s'occupe de vous doit échanger avec vous pour mettre à jour votre plan de soins régulièrement, et votre famille ou vos aidants peuvent participer à l'élaboration et à la mise à jour du plan, si vous êtes d'accord.

Votre plan de soins doit reposer sur une évaluation minutieuse de votre état de santé mentale et physique. Cela comprend des questions sur vos antécédents médicaux et sur les médicaments que vous prenez. Votre plan devrait aussi tenir compte de votre situation sociale, de vos objectifs, de la façon dont vous vous sentez et de la façon dont vous vivez les effets de vos symptômes sur votre vie quotidienne.

Si vous faites l'objet d'une ordonnance de traitement en milieu communautaire, votre plan de soins et vos objectifs serviront à orienter votre plan de traitement en milieu communautaire si possible.

### **Pour les cliniciens**

Échanger avec les adultes atteints de schizophrénie (et leur famille ou leurs aidants, si l'adulte est d'accord) pour créer un plan de soins individualisé. Le plan indique les objectifs convenus mutuellement, les préoccupations et préférences personnelles, les soins et services et un plan en cas de crise, et il intègre les résultats de l'évaluation exhaustive. Le plan doit être examiné et mis à jour régulièrement.

### **Pour les organisations et les planificateurs des services de santé**

Veiller à ce que des systèmes, des processus et des ressources soient en place pour aider les fournisseurs de soins à élaborer, mettre en œuvre et réévaluer des plans de soins pour les adultes atteints de schizophrénie. Cela peut comprendre

l'accès à un des modèles de plan de soins normalisés et des outils d'évaluation exhaustive et l'accès aux ressources nécessaires pour mener à bien le plan de soins.

## **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 dans les 6 mois suivant la présentation initiale
- Pourcentage d'adultes atteints de schizophrénie qui ont un plan de soins qui a été examiné au cours des 12 derniers mois ou lorsque leurs objectifs ont considérablement changé
- Pourcentage d'adultes atteints de schizophrénie qui ont fait l'objet d'une évaluation de leurs besoins en matière de services communautaires à l'aide d'un outil normalisé et validé

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 la santé physique

Les adultes atteints de schizophrénie font régulièrement l'objet d'une évaluation de leur état de santé physique.

---

**Sources** : American Psychiatric Association, 2020<sup>3</sup> | National Institute for Health and Care Excellence, 2014<sup>18</sup> | Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists, 2016<sup>24</sup> | Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2013<sup>32</sup>

### Définition

**Évaluation de l'état de santé physique** : Ce qui suit devrait être évalué et consigné comme point de référence avant de commencer un antipsychotique (ou dès que possible si le traitement doit être pris rapidement). Ces éléments doivent également être surveillés et consignés régulièrement et systématiquement pendant le traitement, en particulier lors du titrage des médicaments. Des outils d'évaluation et instruments validés devraient être utilisés, le cas échéant. Chaque évaluation doit permettre d'orienter le plan de soins (voir l'énoncé de qualité 1).

- Poids et indice de masse corporelle (initialement, chaque semaine pendant les 6 premières semaines, puis à 12 semaines, 1 an et chaque année, avec une mise au point au fil du temps);
- Tour de taille (initialement et chaque année, avec une mise au point au fil du temps);
- Pouls et tension artérielle (initialement, à 12 semaines, à 1 an et chaque année);
- Glycémie préprandiale ou hémoglobine glyquée (HbA1c; initialement, à 12 semaines, à 1 an et chaque année);
- Bilan lipidique : cholestérol total, lipoprotéines de faible et haute densité, triglycérides (initialement, à 12 semaines, à 1 an et chaque année);
- Prolactine (selon les indications cliniques);
- Électrocardiogramme (selon les indications cliniques);

- Effets indésirables sur le plan neurologiques, comme les symptômes extrapyramidaux aigus et la dyskinésie tardive;
- État de santé physique général (avec une attention particulière accordée aux maladies courantes chez les personnes atteintes de schizophrénie, comme les maladies cardiovasculaires, le diabète, le syndrome métabolique et les maladies pulmonaires);
- Examen de la santé physique adapté à l'âge (p. ex., un test Pap, mammographie, coloscopie) et vaccinations;
- Tests auditifs et visuels;
- Apport nutritionnel et niveau d'activité physique;
- Tabagisme;
- Consommation d'alcool et de drogues;
- Santé sexuelle;
- Santé dentaire.

## Justification

Les adultes atteints de schizophrénie sont en moins bonne santé physique que la population générale et leur espérance de vie est plus courte : en général, elles meurent à un rythme trois fois supérieur à celui de la population générale et jusqu'à 15 ans plus tôt<sup>20,21</sup>. Les maladies courantes qui contribuent au fort risque de morbidité et de mortalité prématurée chez les personnes atteintes de schizophrénie sont notamment les maladies cardiovasculaires, le diabète, le syndrome métabolique et les maladies pulmonaires<sup>18,33</sup>. Les facteurs qui contribuent à une morbidité et une mortalité accrues chez les personnes atteintes de schizophrénie sont le tabagisme, une mauvaise alimentation, l'inactivité physique et les effets indésirables des médicaments,<sup>34</sup> ainsi que des comportements qui favorisent moins la santé et une moins bonne observance aux traitements médicaux que le reste de la population. De plus, les personnes atteintes de schizophrénie présentent un risque élevé de manque de reconnaissance des problèmes de santé physique de la part des fournisseurs de soins de santé et une insuffisance de traitement.<sup>33-36</sup>

Il est essentiel de soutenir la santé physique des personnes atteintes de schizophrénie afin d'améliorer les résultats de santé globaux, de promouvoir leur capacité à établir et atteindre des objectifs de rétablissement et leur permettre de participer pleinement à la vie dans leur communauté. Dans ce contexte, il est important d'évaluer de façon exhaustive et de surveiller leur état de santé physique pour offrir un traitement, au besoin. L'accès à des soins de santé

primaires en temps opportun et de bonne qualité est également essentiel pour répondre aux besoins en matière de santé préventive et générale, y compris des dépistages réguliers (p. ex., cancer du col de l'utérus, cancer du côlon), des vaccinations et la gestion de toute maladie chronique. Les fournisseurs de soins de santé mentale doivent s'assurer que les besoins en matière de santé physique des personnes atteintes de schizophrénie sont satisfaits à la fois par les fournisseurs de soins primaires, les services intégrés de soins primaires et de santé mentale ou des milieux cliniques spécialisés. Les fournisseurs de soins de santé mentale devraient faciliter l'accès aux soins primaires et aider les personnes en ce sens.

## **La signification de cet énoncé de qualité**

### **Pour les personnes schizophrènes**

Dans le cadre de consultations régulières, votre professionnel de la santé devrait vous soumettre à une évaluation pour vérifier les problèmes de santé qui sont courants chez les personnes atteintes de schizophrénie, comme le diabète, la prise de poids, les maladies cardiaques et pulmonaires. Votre plan de soins peut être modifié à l'issue de ces évaluations.

### **Pour les cliniciens**

Réaliser une évaluation physique axée sur les pathologies fréquentes chez les personnes atteintes de schizophrénie. L'évaluation doit servir à orienter le plan 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 professionnels et équipes de soins de santé de réaliser des évaluations exhaustives de l'état de santé physique pour les personnes atteintes de schizophrénie. Cela comprend l'accès à des protocoles et outils d'évaluation de l'état de santé physique normalisés.

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

---

- Pourcentage d'adultes atteints de schizophrénie qui ont fait l'objet d'une évaluation exhaustive de leur état de santé physique dans les 12 semaines suivant le début du traitement antipsychotique
- Pourcentage d'adultes atteints de schizophrénie qui ont fait l'objet d'une évaluation complète de l'état de santé physique dans les 12 mois précédents

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.

## Autogestion

Les adultes atteints de schizophrénie ont accès à de l'information et de l'éducation pour favoriser l'acquisition de compétences en autogestion.

---

**Sources :** American Psychiatric Association, 2020<sup>3</sup> | National Institute for Health and Care Excellence, 2014<sup>18</sup> | Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists, 2016<sup>24</sup>

### Définition

**Autogestion** L'autogestion consiste en l'acquisition de connaissances, de compétences et d'un certain degré de confiance chez la personne pour lui permettre de gérer activement son propre rétablissement. Pour les personnes atteintes de schizophrénie, l'éducation sur l'autogestion devrait comprendre les renseignements suivants :

- connaître les causes, symptômes et traitements de la schizophrénie;
- découvrir l'utilisation efficace des médicaments;
- repérer et gérer les symptômes;
- gérer le stress;
- connaître les stratégies d'autonomie en matière de santé;
- apprendre la planification en cas de crise;
- bâtir un réseau de soutien social;
- prévenir et gérer la rechute;
- établir des objectifs personnels de rétablissement;
- connaître les services de santé mentale et autres soutiens disponibles et savoir comment en bénéficier, y compris les services locaux et les soutiens en ligne.

## Justification

Pour les personnes atteintes de schizophrénie, la capacité à autogérer activement leur santé et leur bien-être est un facteur important de réduction du risque de rechute et une étape clé dans le parcours vers le rétablissement. L'autogestion concerne<sup>18,37</sup> :

- la découverte de la schizophrénie et les options de traitement;
- l'amélioration des compétences en gestion de la maladie;
- la compréhension du processus de rétablissement et l'élaboration de stratégies de rétablissement;
- la création et le maintien de relations sociales;
- l'acquisition de compétences pour gérer les répercussions des symptômes, le stress et les changements du quotidien.

Le soutien par les pairs peut aider les personnes à gérer leur propre santé et leur rétablissement.<sup>38</sup>

## La signification de cet énoncé de qualité

### Pour les personnes schizophrènes

Votre professionnel de la santé devrait vous aider à en savoir plus sur la schizophrénie et sur vos options de traitement afin de vous aider à gérer votre maladie de façon à participer activement à l'élaboration de votre plan de soins. Vous devriez recevoir de l'information sur les services et groupes de soutien disponibles dans votre collectivité et en ligne.

### Pour les cliniciens

Offrir une éducation sur l'autogestion aux adultes atteints de schizophrénie. L'éducation doit être en harmonie avec les besoins de la personne et son stade dans la maladie, et être axée sur l'autonomisation de la personne pour la faire participer à son propre rétablissement. Si vous n'êtes pas en mesure d'offrir de l'éducation sur place, veillez à ce que les personnes y aient accès ailleurs (par le biais d'un partenariat avec une organisation locale, par exemple).

### Pour les organisations et les planificateurs des services de santé

Veiller à ce que les professionnels de la santé soient en mesure d'offrir une éducation sur l'autogestion ou d'orienter les personnes vers des programmes locaux.

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

---

- Pourcentage d'adultes atteints de schizophrénie qui ont reçu de l'information sur l'autogestion
- Pourcentage d'adultes atteints de schizophrénie qui déclarent se sentir confiants pour gérer eux-mêmes leurs symptômes

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.

## Éducation, soutien et intervention pour la famille

On offre aux familles de personnes atteintes de schizophrénie une éducation, un soutien et des interventions familiales adaptés à leurs besoins et préférences.

---

**Sources** : American Psychiatric Association, 2020<sup>3</sup> | National Institute for Health and Care Excellence, 2014<sup>18</sup> | Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists, 2016<sup>24</sup> | Schizophrenia Patient Outcomes Research Team, 2010<sup>39</sup> | Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2013<sup>32</sup>

### 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.

**Éducation** : L'éducation consiste en des renseignements fondés sur les données probantes transmis par voie orale ou en format papier ou multimédia. Elle doit comprendre, au minimum, des renseignements sur les sujets suivants :

- Diagnostic et gestion de la schizophrénie;
- Pronostic et rétablissement;
- Services de soutien disponibles et comment en bénéficier;
- La *Loi sur la santé mentale*<sup>11</sup> et les autres lois pertinentes en Ontario (p. ex., la *Loi sur le consentement aux soins de santé*<sup>8</sup> et la *Loi sur la prise de décisions au nom d'autrui*<sup>9</sup>);
- Autonomie en matière de soins et stratégies d'adaptation;
- Rôle des équipes et des services;
- Obtenir de l'aide en cas de crise;
- Questions juridiques.

**Soutien** : Les familles ont accès à un éventail de services de soutien, qui peuvent comprendre ce qui suit :

- Soutien et renseignements disponibles par téléphone ou en ligne;
- Groupes de soutien;
- Soins de relève.

**Intervention familiale** : Cette intervention devrait :

- comprendre au moins 10 séances prévues;
- 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**

La famille (cela peut comprendre les parents, les aidants ou les proches) peut jouer un rôle crucial dans le soutien au rétablissement d'une personne, en favorisant son bien-être et en s'occupant d'elle<sup>40</sup>. Les renseignements et soutiens offerts aux familles peuvent leur être bénéfiques selon leurs cas et leurs besoins, comme les programmes destinés aux parents, frères et sœurs ou enfants de personnes schizophrènes; l'aide financière ou les soins de relève<sup>40</sup>.

Les membres de la famille qui sont en contact permanent avec la personne schizophrène peuvent tirer parti d'une intervention familiale. L'intervention familiale vise à améliorer le soutien et la résilience des membres de la famille et à renforcer la qualité des communications et les capacités en résolution de problèmes. Offerte par un professionnel qualifié, cette intervention vise

également à informer les membres de la famille sur la maladie de la personne schizophrène et leur apprendre à repérer les signes et symptômes de rechute, à améliorer leur capacité à anticiper et à prévenir le risque de rechute<sup>41</sup>.

L'intervention familiale peut commencer en milieu hospitalier ou dans la collectivité<sup>18</sup>. Vous trouverez de plus amples renseignements dans la norme de qualité *Schizophrénie : Soins destinés aux adultes dans les hôpitaux*<sup>2</sup>.

Les personnes atteintes de schizophrénie devraient être encouragées à inclure des membres de leur famille dans leur traitement et leur cheminement vers le rétablissement. Si une personne atteinte de schizophrénie choisit de ne pas faire participer sa famille, les services d'éducation et de soutien peuvent tout de même être utiles pour les membres de sa famille.

## **La signification de cet énoncé de qualité**

### **Pour les personnes schizophrènes**

Les familles peuvent jouer un rôle vital dans le soutien au rétablissement d'une personne, la promotion de son bien-être et l'offre de soins. Si un membre de votre famille est atteint de schizophrénie, le professionnel de la santé qui s'occupe de cette personne devrait vous donner l'occasion d'en apprendre plus sur la schizophrénie et d'obtenir les soutiens dont vous avez besoin. C'est important pour que vous puissiez aider le membre de votre famille tout en faisant attention à vos propres besoins.

### **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, des soutiens et des interventions familiales correspondant à leur situation et à leurs besoins. Si vous n'êtes pas en mesure d'offrir cela sur place, veillez à ce que les personnes y aient accès ailleurs (par le biais d'un partenariat avec une organisation locale, par exemple).

### **Pour les organisations et les planificateurs des services de santé**

Veiller à ce que des séances d'éducation et des services de soutien axés sur la famille et des interventions familiales soient disponibles pour les familles lorsqu'elles en ont besoin.

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

---

- Pourcentage d'adultes atteints de schizophrénie dont les membres de la famille ont bénéficié d'information, de soutien et d'intervention familiale par un praticien qualifié
- Pourcentage d'adultes atteints de schizophrénie dont les membres de la famille ou des aidants non rémunérés ont déclaré ressentir en permanence de la détresse, de la colère ou de la dépression sur une période de 12 mois

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.

## Accès à des services de traitement intensifs en milieu communautaire

Les adultes atteints de schizophrénie ont accès rapidement à des services de traitements intensifs en milieu communautaire fondés sur leurs besoins et leurs préférences.

---

**Sources :** American Psychiatric Association, 2020<sup>3</sup> | National Institute for Health and Care Excellence, 2014<sup>18</sup> | Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists, 2016<sup>24</sup> | Schizophrenia Patient Outcomes Research Team, 2010<sup>39</sup> | Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2013<sup>32</sup>

### Définitions

**Accès rapide :** Une intervention précoce dans le traitement de la psychose devrait être accessible dans les 2 semaines suivant l'orientation, compte non tenu de l'âge de la personne ou de la durée de la psychose non traitée<sup>18,42</sup>. L'admission pour un suivi intensif dans le milieu ou un service de gestion de cas graves devrait commencer dans les 2 semaines suivant le premier contact<sup>30,43</sup>.

### Services de traitements intensifs :

- Les personnes vivant un premier épisode de schizophrénie devraient avoir accès à une intervention précoce dans le traitement de la psychose<sup>18,24,31,32,39</sup>. Cela comprend un traitement et un soutien spécialisés fournis par une équipe multidisciplinaire pour réduire les délais d'attente du traitement, promouvoir le rétablissement et réduire le risque de rechute<sup>18</sup>. Ces services offrent un éventail complet d'interventions pharmacologiques, psychologiques, sociales et éducatives, ainsi que des services de soutien aux familles<sup>18</sup>.
- Les personnes qui ont des difficultés à faire appel aux services de santé mentale devraient avoir accès à un suivi intensif dans le milieu ou à un service de gestion des cas graves.
  - Le suivi intensif dans le milieu comprend un traitement intensif, la réadaptation et des soutiens fournis par une équipe multidisciplinaire<sup>24,31,32,39,44</sup>. Les membres de l'équipe travaillent avec la

personne pour lui offrir des services adaptés à ses besoins et objectifs. Les services comprennent une approche active, des interventions pharmacologiques, psychologiques, sociales et éducatives, du soutien dans la vie quotidienne et une évaluation et une intervention en cas de crise.<sup>30,45</sup>

- Les services de gestion des cas graves comprennent un gestionnaire de cas qui adopte une approche active et intensive et facilite l'accès coordonné aux services, soutiens et ressources dans tout le système de santé, ainsi que d'autres systèmes (logement, toxicomanie, justice, éducation, services sociaux, etc.).<sup>24,31,43,45,46</sup>

## Justification

Selon leurs besoins, les personnes atteintes de schizophrénie peuvent tirer parti de services de traitements intensifs comme l'intervention précoce dans le traitement de la psychose, le suivi intensif dans le milieu et les services de gestion des cas graves. Les personnes vivant un premier épisode de schizophrénie devraient avoir accès à une intervention précoce dans le traitement de la psychose, qui concerne les jeunes en début de psychose (généralement entre 13 et 35 ans) et leur famille. Les personnes atteintes de schizophrénie qui ont des besoins plus complexes et des difficultés à participer ou à continuer le traitement peuvent tirer parti du suivi intensif dans le milieu ou de services de gestion des cas graves<sup>31,32,39</sup>.

Les services doivent être orientés sur le rétablissement et disponibles sans tenir compte des facteurs comme le genre, l'âge, les revenus, l'origine ethnique, la culture, le statut d'immigration, l'identité linguistique ou le lieu de vie en milieu rural ou urbain. Les besoins et les préférences des personnes changent au fil du temps et de l'évolution de la maladie; une personne peut avoir besoin de différents services (ou changer de niveau d'intensité de services) à différents moments,<sup>40</sup> ces services devraient donc être assez souples pour répondre aux besoins de la personne. L'évaluation du niveau de services (à l'aide d'un outil tel que le LOCUS [Level of Care Utilization System] ou l'ÉCBO [Services communautaires de santé mentale – Évaluation commune des besoins en Ontario]) peut être utile pour faire concorder l'intensité des ressources avec les besoins en matière de soins.

Des normes de programmes provinciales détaillées énoncées par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (à présent le ministère de la Santé) sont disponibles pour les équipes de suivi intensif dans le milieu,<sup>30</sup> de gestion des cas graves<sup>43</sup> et d'intervention précoce du traitement de la psychose.<sup>47</sup> Ces normes établissent les attentes pour les exigences relatives au programme, comme les

qualifications du personnel et les rapports personnel/clients, afin que ces services soient exécutés de façon uniforme dans tout l'Ontario et intègrent des pratiques fondées sur les données probantes.

## **La signification de cet énoncé de qualité**

### **Pour les personnes schizoéphrènes**

Selon vos besoins, votre professionnel de la santé peut vous mettre en lien avec des services de traitements spécialisés, comme :

- un programme d'intervention précoce dans le traitement de la psychose si vous vivez votre premier épisode de schizoéphrénie; la psychose est une maladie susceptible d'être traitée qui touche l'esprit et peut entraîner des difficultés à discerner ce qui est réel de ce qui ne l'est pas;
- un traitement appelé « suivi intensif dans le milieu »; il s'agit d'une équipe de professionnels de la santé qui travaillent ensemble pour vous fournir divers services afin de répondre à vos besoins, comme des médicaments, des conseils, des aptitudes à la vie quotidienne, des soutiens pour trouver un logement et un emploi;
- un service appelé « gestion des cas graves »; ce service est similaire au suivi intensif dans le milieu, mais ici, un gestionnaire de cas est au cœur des services de soutien qui vous sont offerts, il vous met en lien avec des services qui répondent à vos besoins, comme le soutien médical, les programmes de santé mentale et les services d'aide au logement, à l'emploi, aux aptitudes de la vie quotidienne et de justice.

Ces services visent à vous aider à vivre dans la collectivité, à gérer vos symptômes et à atteindre vos objectifs.

### **Pour les cliniciens**

Orienter les personnes vers des services axés sur la communauté qui répondront au mieux à leurs besoins, par exemple :

- Les personnes vivant un premier épisode de schizoéphrénie sont orientées vers un programme d'intervention précoce dans le traitement de la psychose.
- Les personnes qui ont des difficultés à participer aux services de santé mentale sont orientées vers un suivi intensif dans le milieu ou un service de gestion des cas graves.

Envisager d'évaluer les besoins en matière de services à l'aide d'un outil (p. ex., LOCUS [Level of Care Utilization System] ou l'ÉCBO [Services communautaires de

santé mentale – Évaluation commune des besoins en Ontario)). Conseiller les personnes sur les services disponibles et la façon d'en bénéficier.

## Pour les organisations et les planificateurs des services de santé

Veiller à ce que les personnes atteintes de schizophrénie bénéficient d'un accès rapide et équitable aux services de traitements intensifs dont elles ont besoin, lorsqu'elles en ont besoin, en assurant la mise en place de systèmes et de services dotés des ressources suffisantes. Travailler en collaboration avec les intervenants, les communautés et les personnes ayant un vécu personnel de la maladie, en utilisant les données locales et les données probantes pour planifier et élaborer des services axés sur la population répondant aux besoins de toutes les personnes atteintes de schizophrénie, en particulier celles socialement défavorisées ou qui rencontrent des obstacles d'accès aux soins. Veiller à ce que les professionnels de la santé soient informés des services et en mesure de mettre les personnes en lien avec ceux-ci ou de les orienter vers ces services.

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

---

- Pourcentage d'adultes vivant un premier épisode de schizophrénie qui ont bénéficié d'une intervention précoce dans le traitement de la psychose dans les 2 semaines suivant leur orientation
- Pourcentage d'adultes atteints de schizophrénie qui ont été évalués comme nécessitant un service de gestion des cas graves et qui en ont bénéficié dans les 2 semaines suivant l'orientation
- Pourcentage d'adultes atteints de schizophrénie qui ont été évalués comme nécessitant un suivi intensif dans le milieu et qui en ont bénéficié dans les 2 semaines suivant l'orientation
- Pourcentage d'adultes atteints de schizophrénie qui ont fait l'objet d'une évaluation de leurs besoins en matière de services communautaires à l'aide d'un outil normalisé et validé

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.

## Logement

Les personnes atteintes de schizophrénie vivent dans un environnement sûr, abordable et stable qui reflète leurs besoins et leurs préférences.

---

**Sources :** Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists, 2016<sup>24</sup> | Organisation mondiale de la Santé, 2012<sup>48</sup>

### Définition

**Environnement sûr, abordable et stable :** L'environnement dans lequel vit la personne est mis en place à l'aide d'un continuum de services de soutien et de logement communautaire selon les besoins et préférences de la personne, ce qui pourrait comprendre :

- les modifications du domicile;
- les logements supervisés;
- les logements autonomes avec des services de soutien;
- des logements abordables;
- des interventions du programme Logement d'abord pour les personnes sans-abri ou en situation de logement précaire, qui pourraient être exécutées conjointement au service de gestion des cas graves ou de suivi intensif dans le milieu (p. ex., programme Chez Soi)<sup>31</sup>.

### Justification

Un logement sûr, abordable, stable et bien entretenu favorise un bon état de santé physique et mentale, l'inclusion sociale et constitue une base importante pour le rétablissement<sup>24,28,49</sup>. Lorsqu'une personne ne vit pas dans un logement sûr, abordable, stable ou de bonne qualité, elle présente un risque accru d'issues négatives quant à sa santé et son bien-être<sup>28,50,51</sup>.

Toutes les personnes atteintes de schizophrénie (y compris les personnes sans-abri et celles qui souffrent d'un trouble concomitant) devraient avoir accès à des services de soutien et de logement qui répondent à leurs besoins. Les besoins en matière de logement d'une personne varient et peuvent changer au fil du temps, les services de soutien et de logement doivent donc être assez souples et adaptés aux forces et aux besoins de la personne, tout en étant opportuns, accessibles, abordables et fondés sur les préférences de la personne. Les outils normalisés comme l'outil d'aide à la décision pour la priorisation des services, peuvent être utiles pour évaluer les besoins d'une personne et les exigences en matière de soutien.

## **La signification de cet énoncé de qualité**

### **Pour les personnes schizophrènes**

Il est plus facile de vous concentrer sur votre rétablissement lorsque vous n'avez pas à vous soucier de trouver un logement. Votre professionnel de la santé devrait vous mettre en lien avec des services qui peuvent vous aider à trouver un logement sûr, abordable et stable, ainsi qu'avec des services de soutien (comme la gestion de la pharmacothérapie, les soutiens du revenu, la préparation des repas, le suivi intensif dans le milieu ou la gestion des cas, et les activités de loisirs et de soutien), si vous en avez besoin.

### **Pour les cliniciens**

Interroger les adultes atteints de schizophrénie sur leur logement, y compris s'ils ont accès à un logement sûr, abordable et stable et à des services de soutien répondant à leurs besoins et préférences. Assurer la liaison avec les fournisseurs de services qui peuvent aider ces personnes en matière de logement.

### **Pour les organisations et les planificateurs des services de santé**

Veiller à ce que les adultes atteints de schizophrénie puissent accéder aux services de soutien et de logement dont ils ont besoin, lorsqu'ils en ont besoin, dans les limites des ressources localement disponibles. Veiller à ce que les fournisseurs de soins de santé soient informés de ces services et en mesure de mettre les personnes en lien avec ceux-ci ou de les orienter vers ces services.

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

---

- Pourcentage d'adultes atteints de schizophrénie qui ont déclaré vivre dans un environnement sûr, abordable et stable

- Pourcentage d'adultes atteints de schizophrénie qui ont déclaré être sans-abri ou dans une situation de logement précaire

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.

## Monothérapie antipsychotique

Les adultes atteints de schizophrénie se voient prescrire un seul médicament antipsychotique, si possible.

---

**Sources :** | National Institute for Health and Care Excellence, 2014<sup>18</sup> | Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists, 2016<sup>24</sup> | Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2013<sup>32</sup> | Organisation mondiale de la Santé, 2012<sup>48</sup>

### Justification

Un antipsychotique est généralement efficace pour résoudre les symptômes psychotiques et prévenir leur récurrence<sup>18</sup>. Si possible, un seul antipsychotique devrait être prescrit à la fois, et à la dose efficace la plus faible pour la personne atteinte de schizophrénie<sup>18</sup>. Les éléments liés à la consommation d'antipsychotiques (y compris les bénéfices, les risques, la réaction clinique et les effets secondaires) devraient être abordés avec la personne atteinte de schizophrénie. Si possible, les membres de la famille devraient participer à ces discussions. Les personnes atteintes de schizophrénie qui prennent des antipsychotiques peuvent aussi avoir besoin d'autres types de médicaments comme des antidépresseurs et des psychorégulateurs pour traiter leurs symptômes.

Le traitement médicamenteux d'une personne et sa posologie doivent être examinés régulièrement, y compris sa réaction au traitement, les bénéfices observés et les effets secondaires<sup>18</sup>. Il faut envisager de proposer un antipsychotique injectable à action prolongée tôt dans le traitement (voir l'énoncé de qualité 8). Si les symptômes psychotiques ne s'améliorent pas avec un antipsychotique, il faut étudier les causes potentielles de l'inefficacité du traitement, y compris un diagnostic erroné, une posologie inadéquate, une mauvaise observance, une consommation concomitante de substances et une maladie physique<sup>18</sup>. Si la personne atteinte de schizophrénie ne réagit pas de façon adéquate après avoir essayé deux agents antipsychotiques différents administrés séparément à des doses thérapeutiques sur une durée suffisante, le traitement à l'aide de clozapine doit être envisagé (voir l'énoncé de qualité 9).

## La signification de cet énoncé de qualité

### Pour les personnes schizoéphrènes

Un antipsychotique permet de réduire l'intensité des symptômes psychotiques, y compris les hallucinations et les idées délirantes. Votre professionnel de la santé doit discuter avec vous des potentiels bénéfiques, des risques et des effets secondaires du médicament afin que vous preniez ensemble des décisions éclairées sur vos soins. Si votre famille ou d'autres proches participent à vos soins, ces personnes devraient également en être informées.

Généralement, un professionnel de la santé proposera un seul antipsychotique à la fois. Toutefois, il peut arriver qu'il recommande la prise simultanée de plusieurs antipsychotiques.

Si vos symptômes ne s'améliorent pas ou si vous rencontrez des effets secondaires importants lorsque vous prenez un antipsychotique, parlez à votre professionnel de la santé de la possibilité de passer à un médicament différent.

### Pour les cliniciens

Les adultes atteints de schizoéphrénie devraient généralement se faire prescrire un seul antipsychotique à la fois. Surveiller régulièrement et consigner les symptômes et les effets secondaires observés par la personne. Dans les cas où plus d'un antipsychotique est prescrit, évaluer régulièrement leur efficacité et les effets secondaires.

### Pour les organisations et les planificateurs des services de santé

Veiller à ce que des systèmes, des processus et des ressources soient en place pour permettre aux professionnels de la santé d'essayer correctement un antipsychotique à la fois et de surveiller les effets du traitement sur la personne.

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

---

- Pourcentage d'adultes atteints de schizoéphrénie qui prennent un seul médicament antipsychotique sur ordonnance
- Pourcentage d'adultes atteints de schizoéphrénie pour qui un examen du médicament antipsychotique a été réalisé au cours des 12 derniers mois
- Pourcentage d'adultes atteints de schizoéphrénie pour qui un antipsychotique a été prescrit et qui ont estimé (ou leur mandataire

spécial) avoir participé aux discussions sur les médicaments, y compris les bénéfices, les risques, la réaction clinique et les effets secondaires

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 atteints de schizophrénie ont la possibilité de se faire administrer un médicament antipsychotique injectable à action prolongée.

---

**Sources** : American Psychiatric Association, 2020<sup>3</sup> | National Institute for Health and Care Excellence, 2014<sup>18</sup> | Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists, 2016<sup>24</sup> | Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2013<sup>32</sup> | Organisation mondiale de la Santé., 2012<sup>48</sup>

### Définition

**Antipsychotique injectable à action prolongée** : Un antipsychotique peut être administré par une injection intramusculaire à une fréquence variant de toutes les 2 semaines à tous les 3 mois, selon le médicament. Les professionnels de la santé devraient discuter de l'option d'administrer un antipsychotique injectable à action prolongée avec la personne tôt pendant le traitement. Si possible, les membres de la famille devraient participer à ces discussions.

### Justification

Les antipsychotiques injectables à action prolongée peuvent améliorer l'observance du traitement et prévenir la rechute<sup>18,52</sup>. Les rechutes peuvent aggraver le pronostic au fil de l'évolution de la maladie<sup>53</sup>. Le traitement à l'aide de médicaments injectables à action prolongée permet aux personnes de recevoir leur médicament de façon régulière et offre aux cliniciens une mesure valide de l'observance du traitement, qui est le déterminant majeur dans les cas de rechute<sup>18</sup>.

### 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 à une fréquence variant de 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**

Discuter de l'option d'un antipsychotique injectable à action prolongée avec les 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**

Assurer la mise en place de systèmes et services dotés de ressources adéquates afin que les cliniciens soient en mesure d'offrir des antipsychotiques injectables à action prolongée aux adultes atteints de schizophrénie.

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

---

- Pourcentage d'adultes atteints de schizophrénie à qui on a proposé un antipsychotique injectable à action prolongée
- Pourcentage d'adultes atteints de schizophrénie à qui on a prescrit un antipsychotique injectable à action prolongée qui ont estimé (ou leur mandataire spécial) avoir participé aux discussions sur les médicaments, y compris les bénéfices, les risques, la réaction clinique et les effets secondaires

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 de clozapine

Les adultes atteints de schizophrénie 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, 2020<sup>3</sup> | National Institute for Health and Care Excellence, 2014<sup>18</sup> | Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists, 2016<sup>24</sup> | Schizophrenia Patient Outcomes Research Team, 2010<sup>39</sup> | Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2013<sup>32</sup>

### 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 incohérents<sup>54</sup>) 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.

### 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 le traitement ou des effets partiels et pour qui les symptômes psychotiques persistent<sup>18</sup>. Un essai de clozapine doit également être envisagé pour les personnes atteintes de schizophrénie qui connaissent des effets secondaires considérables à cause d'autres antipsychotiques<sup>24</sup>, qui présentent des symptômes persistants de comportements violents ou agressifs, ou qui ont des idées ou comportements suicidaires constants<sup>24,31,39</sup>.

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 2)<sup>39</sup>. 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<sup>24</sup>.

## **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, discutez avec votre professionnel de la santé d'un médicament appelé la clozapine. La clozapine est administrée par voie orale (par la bouche).

### **Pour les cliniciens**

Offrir de la clozapine aux adultes atteints de schizophrénie s'ils 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**

Veiller à ce que des systèmes, des processus et des ressources soient en place afin que les cliniciens puissent offrir de la clozapine comme traitement de la schizophrénie et qu'ils puissent assurer la surveillance et la prise en charge des risques associés à ce médicament.

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

---

- Pourcentage d'adultes atteints de schizophrénie qui reçoivent de la clozapine
- Pourcentage d'adultes atteints 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
- Pourcentage d'adultes atteints de schizophrénie pour qui un examen de la clozapine a été réalisé au cours des 12 derniers mois

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.

## Poursuite du traitement antipsychotique

Il est conseillé aux adultes atteints de schizophrénie dont les symptômes se sont améliorés grâce à la prise d'un psychotique de poursuivre leur traitement antipsychotique à long terme.

---

**Sources:** American Psychiatric Association, 2020<sup>3</sup> | Schizophrenia Patient Outcomes Research Team, 2010<sup>39</sup>

### Définition

**Poursuite du traitement antipsychotique à long terme :** La plupart des personnes atteintes de schizophrénie devront prendre un médicament antipsychotique toute leur vie pour prévenir une rechute.

### Justification

Les personnes ayant un diagnostic établi de schizophrénie qui sont en rémission grâce à un médicament antipsychotique après un épisode aigu peuvent réduire leur risque de rechute et de développement d'une résistance au traitement en poursuivant leur traitement<sup>24,31,55,56</sup>. Les éléments liés à la consommation d'antipsychotiques (y compris les bénéfices, les risques, la réaction clinique et les effets secondaires) devraient être abordés avec la personne atteinte de schizophrénie au moins une fois par an<sup>18,24</sup>. La dose la plus faible offrant une efficacité optimale et des effets secondaires réduits devrait être utilisée.<sup>39</sup> Il faut proposer un antipsychotique injectable à action prolongée tôt dans le traitement (voir l'énoncé de qualité 7).

Toute tentative de réduire ou d'arrêter un traitement antipsychotique doit être menée sous étroite supervision d'un psychiatre et de l'équipe clinique et comprendre des consultations de suivi fréquentes pour surveiller les signes précoces de récurrence des symptômes ou de rechute. Si possible, les membres de la famille devraient participer aux discussions sur les risques associés à l'arrêt d'un médicament, les signes de récurrence à repérer et les mesures à prendre en cas de symptômes récurrents<sup>48</sup>.

## La signification de cet énoncé de qualité

### Pour les personnes schizophrènes

Si un médicament antipsychotique est efficace et améliore vos symptômes, vous devrez probablement continuer à le prendre pour éviter que vos symptômes ne reviennent. Votre professionnel de la santé doit examiner votre traitement médicamenteux avec vous une fois par an pour s'assurer qu'il est toujours efficace et traiter tout effet secondaire.

### Pour les cliniciens

Veiller à ce que les adultes atteints de schizophrénie continuent de prendre leur antipsychotique et qu'ils soient informés, ainsi que leur famille, sur le rôle du traitement régulier pour les aider à rester bien.

### Pour les organisations et les planificateurs des services de santé

Veiller à ce que des systèmes, des processus et des ressources soient mis en place afin que les adultes atteints de schizophrénie dont les symptômes se sont améliorés puissent continuer le traitement à base de l'antipsychotique, et que des examens réguliers du traitement médicamenteux soient réalisés.

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

---

- Pourcentage d'adultes atteints de schizophrénie à qui l'on a délivré un antipsychotique en continu depuis le début
- Pourcentage d'adultes atteints de schizophrénie qui ont connu une rechute

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 et autres interventions psychosociales

Il est proposé aux adultes atteints de schizophrénie une thérapie cognitivo-comportementale pour les personnes atteintes de psychose et d'autres interventions psychosociales, selon leurs besoins.

---

**Sources :** American Psychiatric Association, 2020<sup>3</sup> | Health Quality Ontario, 2018<sup>57</sup> | National Institute for Health and Care Excellence, 2014<sup>18</sup> | Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists, 2016<sup>24</sup> | Schizophrenia Patient Outcomes Research Team, 2010<sup>39</sup> | Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2013<sup>32</sup> | Organisation mondiale de la Santé, 2012<sup>48</sup>

### Définitions

#### **Thérapie cognitivo-comportementale pour les personnes atteintes de psychose :**

Cette thérapie doit être :

- commencée pendant la phase initiale, la phase aiguë ou la phase de rétablissement;
- commencée en milieu communautaire ou hospitalier;
- assurée sur au moins 16 séances prévues sur 4 à 9 mois;
- assurée de façon individualisée, idéalement, mais peut être organisée en groupe, selon la disponibilité des ressources;
- offerte par un professionnel de la santé qualifié, conformément au manuel de traitement.

**Autres interventions psychosociales axées sur les données probantes :** Selon les besoins de la personne, voici les autres interventions à envisager :

- La thérapie cognitivo-comportementale pour une dépression ou de l'anxiété concomitante chez les personnes atteintes de schizophrénie<sup>18,24,32</sup>;

- La rééducation cognitive pour les personnes schizophrènes atteintes d'une déficience cognitive qui nuit à leurs capacités fonctionnelles<sup>24,32</sup>.

## Justification

Il existe des données démontrant l'efficacité de la thérapie cognitivo-comportementale pour les personnes atteintes de psychose et d'autres interventions psychosociales pour les personnes atteintes de schizophrénie avec certaines indications. La thérapie cognitivo-comportementale est une forme de psychothérapie offerte par un professionnel de la santé qualifié, 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.

Cette thérapie est plus efficace si elle est combinée à la prise d'antipsychotiques. La thérapie cognitivo-comportementale pour les personnes atteintes de psychose s'est avérée efficace pour réduire la gravité des symptômes et les taux de réadmission à l'hôpital chez les personnes atteintes de schizophrénie<sup>18</sup>. Les données sont également en faveur de la thérapie cognitivo-comportementale pour une dépression ou de l'anxiété concomitante chez les personnes atteintes de schizophrénie<sup>18,24,32</sup>.

La rééducation cognitive est une intervention cognitive qui peut être envisagée pour les personnes schizophrènes atteintes d'une déficience cognitive<sup>24,31,32</sup>. La rééducation cognitive vise à améliorer les processus cognitifs fondamentaux, comme la mémoire, la concentration, la cognition sociale et la capacité de résolution de problèmes<sup>24,58</sup>. Il s'agit d'une intervention fondée sur la formation comportementale, animée par des cliniciens qualifiés<sup>58</sup>. Il existe de plus en plus de données probantes démontrant que lorsque cette intervention est appliquée conjointement à des programmes de soutien en milieu de travail, la rééducation cognitive peut améliorer les résultats en matière d'emploi<sup>59</sup>.

## La signification de cet énoncé de qualité

### Pour les personnes schizophrènes

Selon vos besoins, des interventions non médicamenteuses devraient vous être proposées dans le cadre de votre traitement. Les deux types d'interventions sont la thérapie cognitivo-comportementale et la rééducation cognitive.

Dans la thérapie cognitivo-comportementale, vous discutez avec un professionnel de la santé de vos pensées et croyances et vous apprenez

comment celles-ci influent sur votre façon de vous comporter et de gérer vos problèmes.

Dans la rééducation cognitive, vous effectuez des activités d'apprentissage qui vous aident à améliorer votre mémoire, votre concentration et vos aptitudes à résoudre des problèmes.

### **Pour les cliniciens**

Veiller à ce que la thérapie cognitivo-comportementale et la rééducation cognitive soient proposées aux adultes atteints de schizophrénie pour qui elles peuvent être bénéfiques.

### **Pour les organisations et les planificateurs des services de santé**

Assurer la mise en place de systèmes et services dotés de ressources suffisantes pour veiller à ce que les adultes atteints de schizophrénie aient accès à la thérapie cognitivo-comportementale et la rééducation cognitive. 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 atteints de schizophrénie qui ont bénéficié d'une thérapie cognitivo-comportementale pour les personnes atteintes de psychose
- Pourcentage d'adultes atteints de schizophrénie et de dépression ou d'anxiété concomitante qui ont bénéficié d'une thérapie cognitivo-comportementale pour les personnes souffrant de dépression et d'anxiété
- Pourcentage d'adultes atteints de schizophrénie et de déficiences cognitives qui influent sur leurs capacités fonctionnelles qui ont bénéficié d'une réadaptation cognitive
- Disponibilité locale des programmes de thérapie cognitivo-comportementale offerts par des professionnels qualifiés et certifiés
- Disponibilité locale des programmes de rééducation cognitive offerts par des professionnels qualifiés et certifiés

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

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

On propose aux adultes atteints de schizophrénie des interventions facilement accessibles pour promouvoir l'activité physique et l'alimentation saine.

---

**Sources** : National Institute for Health and Care Excellence, 2014<sup>18</sup> | Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists, 2016<sup>24</sup> | Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2013<sup>32</sup>

### Définition

**Interventions pour promouvoir l'activité physique et l'alimentation saine** : Des interventions comportementales qui fournissent des renseignements et des soutiens pour augmenter les niveaux d'activité physique et encourager 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 2), mais les facteurs liés au mode de vie, y compris une mauvaise alimentation et un manque d'activité physique, sont particulièrement importants.<sup>18</sup> Plusieurs médicaments utilisés pour traiter la schizophrénie peuvent entraîner une prise de poids<sup>18,24</sup>. Les interventions visant à promouvoir l'activité physique et l'alimentation saine auprès des personnes atteintes de schizophrénie peuvent les aider à améliorer leur état de santé physique et mentale<sup>18</sup>. Ces programmes doivent être abordables et accessibles. Les personnes atteintes de schizophrénie et leur famille devraient également être informées sur l'importance de l'activité physique et de l'alimentation saine et être encouragées à participer aux programmes connexes.

## La signification de cet énoncé de qualité

### Pour les personnes schizophrènes

Un mode de vie sain peut permettre d'améliorer votre état de santé physique et mentale. Votre professionnel de la santé devrait vous informer sur les programmes qui vous aideront à pratiquer une activité physique et à manger des aliments sains.

### Pour les cliniciens

Se tenir informés des programmes locaux faisant la promotion d'une alimentation saine et de l'activité physique et encourager les adultes atteints de schizophrénie à y participer.

### Pour les organisations et les planificateurs des services de santé

Veiller à ce que des interventions soient disponibles dans la collectivité pour promouvoir l'activité physique et l'alimentation saine auprès des personnes atteintes de schizophrénie.

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

---

- Pourcentage d'adultes atteints de schizophrénie qui bénéficient régulièrement d'interventions pour promouvoir l'activité physique et l'alimentation saine
- Disponibilité locale des programmes de promotion de l'alimentation saine et de l'activité physique pour les adultes atteints de schizophrénie
- Pourcentage d'adultes atteints de schizophrénie qui déclarent être actifs pendant leur temps de loisir

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

On propose aux adultes atteints de schizophrénie qui fument du tabac des interventions pharmacologiques et non pharmacologiques pour les aider à réduire leur consommation ou à arrêter de fumer.

---

**Sources :** National Institute for Health and Care Excellence, 2014<sup>18</sup> | Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists, 2016<sup>24</sup> | Schizophrenia Patient Outcomes Research Team, 2010<sup>39</sup>

### Définition

Interventions visant à aider les personnes à réduire leur consommation de tabac ou l'arrêter : Un éventail d'interventions pharmacologiques et non pharmacologiques sont disponibles pour aider les gens à réduire leur consommation ou à arrêter de fumer, notamment :

- 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 générale<sup>60</sup>. Une forte consommation de tabac contribue aux principales causes de morbidité et de mortalité chez les personnes atteintes de schizophrénie<sup>61</sup>. Le tabagisme peut également nuire à l'efficacité de certains antipsychotiques<sup>62</sup>.

Les personnes atteintes de schizophrénie qui souhaitent réduire leur consommation ou arrêter de fumer devraient se voir offrir des interventions pharmacologiques et non pharmacologiques en harmonie avec leur volonté de

changer<sup>39,63</sup>. Des outils de dépistage validés peuvent aider à surveiller la consommation de tabac. Les fournisseurs de soins de santé doivent surveiller les symptômes psychiatriques d'une personne, son dosage de médicament et ses réactions lorsqu'elle réduit sa consommation ou arrête de fumer<sup>63</sup>.

## **La signification de cet énoncé de qualité**

### **Pour les personnes schizophrènes**

Le renoncement au tabac ou la diminution du tabagisme peuvent aider à améliorer votre état de santé physique et mentale. Votre professionnel de la santé doit vous parler des méthodes pour arrêter de fumer ou diminuer votre consommation.

### **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 de 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 soient disponibles dans la collectivité pour aider les adultes atteints de schizophrénie à arrêter de fumer ou à réduire leur consommation.

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

---

- Pourcentage d'adultes atteints de schizophrénie qui fument du tabac et qui ont élaboré un plan au cours des 12 derniers mois pour réduire leur consommation ou arrêter de fumer
- Pourcentage d'adultes atteints de schizophrénie qui fument du tabac et qui bénéficient d'au moins une intervention pharmacologique ou non pharmacologique pour les aider à réduire leur consommation ou arrêter de fumer
- Pourcentage d'adultes atteints de schizophrénie qui fument du tabac au quotidien

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 et traitement des troubles liés à la consommation de substances

Les adultes atteints de schizophrénie sont interrogés sur leur consommation de substances et, s'il y a lieu, sont évalués pour repérer un trouble lié à la consommation de substances et leur offrir un traitement.

---

**Sources** : National Institute for Health and Care Excellence, 2014<sup>18</sup> | Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists, 2016<sup>24</sup> | Schizophrenia Patient Outcomes Research Team, 2010<sup>39</sup> | Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2013<sup>32</sup>

### Définition

**Trouble lié à la consommation de substances** : La cinquième édition du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, DSM) définit le trouble lié à la consommation de substances comme une habitude problématique de consommation de substances menant à une déficience considérable sur le plan clinique dans la vie quotidienne ou à une détresse, qui surviennent sur une période de 12 mois<sup>14</sup>. Le manuel énumère 11 symptômes du trouble lié à la consommation de substances. La présence de deux à trois de ces symptômes indique un trouble lié à la consommation de substances léger; de quatre à cinq symptômes indique un trouble modéré et de six ou plus indique un trouble sévère<sup>14</sup>.

### Justification

La consommation de substances et les troubles liés à la consommation de substances sont plus fréquents chez les personnes atteintes de schizophrénie que dans la population générale<sup>46,64</sup>. La consommation de substances est associée à une mauvaise récupération fonctionnelle et à un risque accru de rechute et d'hospitalisation<sup>46</sup>. La consommation de substances peut exacerber les symptômes et aggraver l'évolution de la schizophrénie, et peut limiter l'efficacité des antipsychotiques quant à la maîtrise des symptômes. La consommation de substances peut également interférer avec les effets thérapeutiques des traitements non pharmacologiques<sup>46</sup>.

Les professionnels de la santé devraient systématiquement dépister les personnes atteintes de schizophrénie pour repérer la consommation d'un éventail de substances, y compris l'alcool, le cannabis, le tabac, les médicaments avec ou sans ordonnance et les drogues illicites<sup>18</sup>. Des outils de dépistage validés (p. ex., [Évaluation globale des besoins individuels – Dépistage rapide \(EGBIDRI\)](#)) peuvent aider à dépister la consommation de substances et à cerner les personnes pour qui une évaluation plus poussée serait bénéfique. Si la consommation de substances d'une personne entraîne une déficience ou une détresse considérable, la personne doit être évaluée pour repérer un trouble lié à la consommation de substances à l'aide des critères les plus récents du DSM<sup>14</sup>.

La consommation de substances ne devrait pas empêcher les personnes atteintes de schizophrénie de bénéficier d'un traitement ou de services. Le traitement de troubles concomitants devrait être intégré aux services de santé mentale et de lutte contre les dépendances et prendre en compte les besoins, les préférences de la personne et sa volonté de changer<sup>24,46</sup>.

Vous trouverez de plus amples renseignements dans les normes de qualité [Trouble de consommation d'opioïdes \(la dépendance aux opiacés\)](#)<sup>5</sup> et [Consommation problématique d'alcool et trouble de consommation d'alcool](#)<sup>6</sup>

## **La signification de cet énoncé de qualité**

### **Pour les personnes schizophrènes**

La consommation d'alcool et de drogues peut aggraver les symptômes d'une personne schizophrène et réduire l'efficacité de ses traitements. Votre professionnel de la santé devrait vous interroger sur votre consommation d'alcool et de drogues et vous offrir un traitement (si vous en avez besoin) pour vous aider à arrêter.

### **Pour les cliniciens**

Interroger les adultes atteints de schizophrénie sur leur consommation de substances. Au besoin, leur faire passer une évaluation plus poussée pour un possible diagnostic de trouble lié à la consommation de substances, et leur offrir un traitement pour les troubles concomitants.

### **Pour les organisations et les planificateurs des services de santé**

Veiller à ce que des systèmes et des ressources soient en place pour permettre aux fournisseurs de soins de santé d'effectuer le dépistage de la consommation de substances et évaluer le trouble lié à la consommation de substances. Veiller

à ce que des voies de traitement des troubles concomitants soient en place lorsqu'un trouble lié à la consommation de substances est diagnostiqué.

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

---

- Pourcentage d'adultes atteints de schizophrénie qui ont fait l'objet d'une évaluation sur la consommation de substances au cours de l'année dernière
- Pourcentage d'adultes atteints de schizophrénie et d'un trouble lié à la consommation de substances qui ont reçu un traitement pour ce trouble

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.

## Emploi et soutien au travail

Les adultes atteints de schizophrénie qui souhaitent trouver un travail ou retourner au travail se voient offrir des programmes de soutien au travail. Les adultes atteints de schizophrénie qui ne souhaitent pas trouver un travail rémunéré sont soutenus dans d'autres activités professionnelles ou éducatives, selon leurs besoins et leurs préférences.

---

**Sources** : American Psychiatric Association, 2020<sup>3</sup> | National Institute for Health and Care Excellence, 2014<sup>18</sup> | Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists, 2016<sup>24</sup> | Schizophrenia Patient Outcomes Research Team, 2010<sup>39</sup> | Organisation mondiale de la Santé, 2012<sup>48</sup>

### Définitions

**Soutien en milieu de travail** : Il s'agit d'une approche de la réadaptation professionnelle qui consiste à placer des gens à des postes concurrentiels (emplois permanents offrant des salaires comparables, auxquels n'importe qui peut postuler<sup>65</sup>) tout de suite et leur offrir un soutien continu en milieu de travail<sup>18</sup>. Les éléments principaux du soutien au travail sont notamment les occasions d'emploi, l'accent mis sur les préférences individuelles, la recherche rapide d'un emploi, la disponibilité des soutiens continus en milieu de travail, et l'intégration de services de réadaptation professionnelle et de santé mentale<sup>39</sup>.

**Autres activités professionnelles et éducatives** : Ces activités peuvent comprendre une préparation professionnelle, l'enseignement assisté et le bénévolat<sup>18,24</sup>.

### Justification

Les personnes atteintes de schizophrénie connaissent des taux de chômage élevés<sup>66</sup>. La participation à un emploi enrichissant et productif et à d'autres activités permet de réduire l'isolement social, de favoriser l'inclusivité et constitue un élément essentiel du rétablissement<sup>66</sup>. Les obstacles à l'emploi comprennent les préjugés et la discrimination, le manque d'occasions d'études et de

perfectionnement professionnel, un soutien limité pour obtenir ou garder un emploi et des facteurs qui dissuadent quant aux régimes d'avantages sociaux et de soutien du revenu, lorsque le retour à un travail rémunéré peut signifier la perte des prestations et subventions pour soins de santé<sup>66</sup>. Les personnes devraient également être soutenues dans d'autres activités professionnelles ou éducatives enrichissantes, compte non tenu de leur volonté de trouver un travail rémunéré ou de leur participation. De nouvelles occasions prometteuses existent sous la forme d'entreprises sociales d'intégration par le travail et de postes de préposés de soutien par les pairs dans le système de santé mentale<sup>66,67</sup>.

## **La signification de cet énoncé de qualité**

### **Pour les personnes schizophrènes**

Votre fournisseur de soins de santé doit vous parler des programmes qui pourraient vous aider à atteindre vos objectifs en matière de travail ou d'études.

### **Pour les cliniciens**

Interroger les adultes atteints de schizophrénie sur leur emploi, leur participation à des activités de bénévolat ou leurs intérêts et objectifs en matière d'emploi et d'études. Consigner ces renseignements dans le plan de soins (voir l'énoncé de qualité 1). Mettre en lien les personnes avec les soutiens et services qui peuvent les aider.

### **Pour les organisations et les planificateurs des services de santé**

Veiller à ce que les adultes schizophrènes puissent accéder à des programmes de soutien au travail et à d'autres activités professionnelles et éducatives dans la limite des ressources localement disponibles. Veiller à ce que les fournisseurs de soins de santé soient informés de l'existence de ces services et 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 atteints de schizophrénie qui souhaitent travailler et qui participent à des programmes de soutien en milieu de travail
- Pourcentage d'adultes atteints de schizophrénie qui ne souhaitent pas trouver un travail rémunéré et qui participent à d'autres activités professionnelles ou éducatives, selon leurs besoins et leurs préférences
- Disponibilité locale des programmes de soutien en milieu de travail pour les personnes atteintes de schizophrénie

- Disponibilité locale des programmes de préparation professionnelle, de formation, d'enseignement assisté et de bénévolat pour les personnes atteintes de schizophrénie
- Pourcentage d'adultes atteints de schizophrénie qui déclarent apporter une contribution significative à leur communauté et à la société

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 : Soutien par les pairs, gestion de la maladie et rétablissement, formation, plan d'action pour le mieux-être et le rétablissement et apprentissage social

## 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

À ce stade, nous ne pouvons pas donner de conseils sur le soutien par les pairs, la gestion de la maladie et la formation sur le rétablissement, ou le plan d'action sur le rétablissement et le mieux-être, en raison de recommandations contradictoires dans les lignes directrices utilisées pour élaborer les énoncés de qualité. Bien que les publications démontrent de plus en plus l'efficacité de ces interventions, d'autres données probantes sont nécessaires avant de pouvoir faire un énoncé de qualité. Le comité consultatif a indiqué qu'il s'agissait de domaines importants à envisager lors de futurs travaux.

L'apprentissage social n'est pas une nouvelle forme d'intervention; toutefois, nous ne pouvons, à ce stade, pas donner de conseils sur son utilisation, en raison de recommandations contradictoires dans les lignes directrices utilisées pour élaborer les énoncés de qualité. Bien que les nombreuses publications démontrent de plus en plus que l'apprentissage social peut permettre d'améliorer le fonctionnement social et de réduire les taux de rechute chez les personnes schizophrènes,<sup>68</sup> d'autres données probantes sont nécessaires avant de pouvoir faire 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](#) for people atteintes de schizophrénie recevant des soins dans la collectivité, 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 recevant des soins dans la collectivité. 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 recevant des soins dans la collectivité, 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 la collectivité a établi cinq indicateurs pour cette norme de qualité. Ces indicateurs peuvent servir à suivre les progrès réalisés pour améliorer les soins en milieu communautaire pour les personnes atteintes 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 mesures](#) 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

Pourcentage d'adultes hospitalisés pour schizophrénie qui ont été réadmis à l'hôpital de façon imprévue pour un problème de santé mentale ou de toxicomanie dans les 30 jours suivant la sortie

- 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 30 jours suivant leur sortie à la suite d'une hospitalisation pour un problème de santé mentale ou de toxicomanie

- Sources de données : Base de données sur les congés des patients, Système d'information ontarien sur la santé mentale

Pourcentage d'adultes hospitalisés pour schizophrénie qui ont bénéficié d'une consultation de suivi auprès d'un médecin qualifié en santé mentale :

- dans les 7 jours suivant leur sortie de l'hôpital
- dans les 28 jours suivant leur sortie de l'hôpital
- 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 qui ont bénéficié d'au moins une consultation de suivi auprès d'un psychiatre ou d'un fournisseur de soins primaires dans les 7 jours ou dans les 28 jours suivant leur sortie de l'hôpital à la suite d'une admission pour schizophrénie
- Sources de données : Base de données sur les congés des patients, Système d'information ontarien sur la santé mentale, base de données sur les demandes de remboursement du 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](#)

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

Pourcentage d'adultes atteints de schizophrénie qui ont déclaré que leurs besoins en matière de soins n'étaient pas satisfaits

- Dénominateur : nombre total d'adultes atteints de schizophrénie
- Numérateur : nombre de personnes du dénominateur qui ont déclaré que leurs besoins en matière de soins n'étaient pas satisfaits
- Sources de données : collecte des données locales, Évaluation commune des besoins en Ontario
- Stratification suggérée : type de besoin

Pourcentage d'adultes atteints de schizophrénie qui ont déclaré vivre dans un logement stable au cours de l'année dernière

- Dénominateur : nombre total d'adultes atteints de schizophrénie

- Numérateur : nombre de personnes du dénominateur qui ont déclaré vivre dans un logement stable au cours de l'année dernière
- Sources de données : collecte des données locales, Évaluation commune des besoins en Ontario

Pourcentage d'adultes hospitalisés pour schizophrénie qui ont bénéficié d'une consultation de suivi auprès d'un médecin qualifié en santé mentale :

- dans les 7 jours suivant leur sortie de l'hôpital
- dans les 28 jours suivant leur sortie de l'hôpital
- 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 qui ont bénéficié d'une consultation de suivi auprès d'un médecin qualifié en santé mentale dans les 7 jours ou dans les 28 jours suivant leur sortie de l'hôpital à la suite d'une admission pour schizophrénie
- Sources de données : Système d'information ontarien sur la santé mentale, Base de données sur les personnes inscrites, Base de données sur les congés des patients pour le dénominateur, Base de données des demandes de remboursement du Régime d'assurance-santé de l'Ontario (pour le suivi du médecin), collecte des données locales (pour les soins de suivis offerts par un fournisseur autre que médecin) pour le numérateur

## Comment évaluer l'amélioration par rapport à chaque énoncé

Énoncé de qualité 1 : Plan de soins et évaluation exhaustive

Pourcentage d'adultes admis à l'hôpital avec un diagnostic primaire de schizophrénie qui ont fait l'objet d'une évaluation exhaustive dans les 6 mois suivant la présentation initiale

- Dénominateur : nombre total d'adultes atteints de schizophrénie
- Numérateur : nombre de personnes du dénominateur qui ont fait l'objet d'une évaluation exhaustive dans les 6 mois suivant la présentation initiale
- Sources de données : collecte des données locales

Pourcentage d'adultes atteints de schizophrénie qui ont un plan de soins qui a été examiné au cours des 12 derniers mois ou lorsque leurs objectifs ont considérablement changé

- Dénominateur : nombre total d'adultes atteints de schizophrénie qui ont un plan de soins
- Numérateur : nombre de personnes du dénominateur qui ont un plan de soins qui a été examiné au cours des 12 derniers mois ou lorsque leurs objectifs ont considérablement changé
- Sources de données : collecte des données locales

**Pourcentage d'adultes atteints de schizophrénie qui ont fait l'objet d'une évaluation de leurs besoins en matière de services communautaires à l'aide d'un outil normalisé et validé**

- Dénominateur : nombre total d'adultes atteints de schizophrénie
- Numérateur : nombre de personnes du dénominateur qui ont fait l'objet d'une évaluation de leurs besoins en matière de services communautaires à l'aide d'un outil normalisé et validé (comme le Level of Care Utilization System ou l'Évaluation commune des besoins en Ontario)
- Sources de données : collecte des données locales

## Énoncé de qualité 2: Évaluation de la santé physique

**Pourcentage d'adultes atteints de schizophrénie qui ont fait l'objet d'une évaluation exhaustive de leur état de santé physique dans les 12 semaines suivant le début du traitement antipsychotique**

- Dénominateur : nombre total d'adultes atteints de schizophrénie qui ont commencé un traitement antipsychotique
- Numérateur : nombre de personnes du dénominateur qui ont fait l'objet d'une évaluation exhaustive de l'état de santé physique dans les 12 mois suivant le début du traitement antipsychotique
- Sources de données : collecte des données locales

**Pourcentage d'adultes atteints de schizophrénie qui ont fait l'objet d'une évaluation complète de l'état de santé physique dans les 12 mois précédents**

- Dénominateur : nombre total d'adultes atteints de schizophrénie
- Numérateur : nombre de personnes du dénominateur qui ont fait l'objet d'une évaluation exhaustive de l'état de santé physique dans les 12 mois précédents
- Sources de données : collecte des données locales

### Énoncé de qualité 3 : Autogestion

Pourcentage d'adultes atteints de schizophrénie qui ont reçu de l'information sur l'autogestion

- Dénominateur : nombre total d'adultes atteints de schizophrénie
- Numérateur : nombre de personnes du dénominateur qui ont reçu de l'information sur l'autogestion
- Sources de données : collecte des données locales

Pourcentage d'adultes atteints de schizophrénie qui déclarent se sentir confiants pour gérer eux-mêmes leurs symptômes

- Dénominateur : nombre total d'adultes atteints de schizophrénie
- Numérateur : nombre de personnes du dénominateur qui ont répondu « Confiant » ou « Très confiant » à la question suivante : « À quel point vous sentez-vous confiant quant à votre capacité à gérer vous-même vos symptômes de schizophrénie? » (Réponses possibles : Très confiant, Confiant, Pas confiant, Pas confiant du tout, Je ne suis pas sûr)
- Sources de données : collecte des données locales

### Énoncé de qualité 4 : Éducation, soutien et intervention pour la famille

Pourcentage d'adultes atteints de schizophrénie dont les membres de la famille ont bénéficié d'information, de soutien et d'intervention familiale par un praticien qualifié

- Dénominateur : nombre total d'adultes atteints de schizophrénie
- Numérateur : nombre de personnes du dénominateur dont les membres de la famille ont bénéficié d'information, de soutien et d'intervention familiale par un praticien qualifié
- Sources de données : collecte des données locales

Pourcentage d'adultes atteints de schizophrénie dont les membres de la famille ou des aidants non rémunérés ont déclaré ressentir en permanence de la détresse, de la colère ou de la dépression sur une période de 12 mois

- Dénominateur : nombre total d'adultes atteints de schizophrénie
- Numérateur : nombre de personnes du dénominateur dont les membres de la famille ou des aidants non rémunérés ont déclaré ressentir en permanence de la détresse, de la colère ou de la dépression sur une période de 12 mois (indicateur adapté à partir de l'instrument d'évaluation des résidents -- santé mentale (RAI-MH))

- Sources de données : collecte des données locales

## Énoncé de qualité 5 : Accès à des services de traitement intensifs en milieu communautaire

Pourcentage d'adultes vivant un premier épisode de schizophrénie qui ont bénéficié d'une intervention précoce dans le traitement de la psychose dans les 2 semaines suivant leur orientation

- Dénominateur : nombre total d'adultes vivant un premier épisode de schizophrénie
- Numérateur : nombre de personnes du dénominateur qui ont bénéficié d'une intervention précoce dans le traitement de la psychose dans les 2 semaines suivant leur orientation
- Sources de données : collecte des données locales

Pourcentage d'adultes atteints de schizophrénie qui ont été évalués comme nécessitant un service de gestion des cas graves et qui en ont bénéficié dans les 2 semaines suivant l'orientation

- Dénominateur : nombre total d'adultes atteints de schizophrénie qui ont été évalués comme nécessitant un service de gestion des cas graves
- Numérateur : nombre de personnes du dénominateur qui ont bénéficié d'un service de gestion des cas graves dans les 2 semaines suivant leur orientation
- Sources de données : collecte des données locales
- Stratification potentielle : niveau de besoins (élevé c. faible)

Pourcentage d'adultes atteints de schizophrénie qui ont été évalués comme nécessitant un suivi intensif dans le milieu et qui en ont bénéficié dans les 2 semaines suivant l'orientation

- Dénominateur : nombre total d'adultes atteints de schizophrénie qui ont été évalués comme nécessitant un suivi intensif dans le milieu
- Numérateur : nombre de personnes du dénominateur qui ont bénéficié d'un suivi intensif dans le milieu dans les 2 semaines suivant leur orientation
- Sources de données : collecte des données locales
- Stratification potentielle : niveau de besoins (élevé c. faible)

Pourcentage d'adultes atteints de schizophrénie qui ont fait l'objet d'une évaluation de leurs besoins en matière de services communautaires à l'aide d'un outil normalisé et validé

- Dénominateur : nombre total d'adultes atteints de schizophrénie
- Numérateur : nombre de personnes du dénominateur qui ont fait l'objet d'une évaluation de leurs besoins en matière de services communautaires à l'aide d'un outil normalisé et validé (comme le Level of Care Utilization System ou l'Évaluation commune des besoins en Ontario)
- Sources de données : collecte des données locales

## Énoncé de qualité 6 : Logement

**Pourcentage d'adultes atteints de schizophrénie qui ont déclaré vivre dans un environnement sûr, abordable et stable**

- Dénominateur : nombre total d'adultes atteints de schizophrénie
- Numérateur : nombre de personnes du dénominateur qui ont déclaré vivre dans un environnement sûr, abordable et stable
- Sources de données : Évaluation commune des besoins en Ontario, collecte des données locales

**Pourcentage d'adultes atteints de schizophrénie qui ont déclaré être sans-abri ou dans une situation de logement précaire**

- Dénominateur : nombre total d'adultes atteints de schizophrénie
- Numérateur : nombre de personnes du dénominateur qui ont déclaré être sans-abri ou dans une situation de logement précaire
- Sources de données : Évaluation commune des besoins en Ontario, collecte des données locales

## Énoncé de qualité 7 : Monothérapie antipsychotique

**Pourcentage d'adultes atteints de schizophrénie qui prennent un seul médicament antipsychotique sur ordonnance**

- Dénominateur : nombre total d'adultes atteints de schizophrénie à qui l'on a prescrit un traitement antipsychotique
- Numérateur : nombre de personnes du dénominateur qui prennent un seul antipsychotique
- Sources de données : collecte des données locales

**Pourcentage d'adultes atteints de schizophrénie pour qui un examen du médicament antipsychotique a été réalisé au cours des 12 derniers mois**

- Dénominateur : nombre total d'adultes atteints de schizophrénie à qui l'on a prescrit un traitement antipsychotique
- Numérateur : nombre de personnes du dénominateur pour qui un examen du médicament antipsychotique a été réalisé au cours des 12 derniers mois (y compris réaction, bénéfices observés et effets secondaires) ou plus fréquemment selon les indications cliniques
- Sources de données : collecte des données locales

**Pourcentage d'adultes atteints de schizophrénie pour qui un antipsychotique a été prescrit et qui ont estimé (ou leur mandataire spécial) avoir participé aux discussions sur les médicaments, y compris les bénéfices, les risques, la réaction clinique et les effets secondaires**

- Dénominateur : nombre total d'adultes atteints de schizophrénie à qui l'on a prescrit un traitement antipsychotique
- Numérateur : nombre de personnes du dénominateur pour qui un antipsychotique a été prescrit et qui ont estimé (ou leur mandataire spécial) avoir participé aux discussions sur les médicaments, y compris les bénéfices, les risques, la réaction clinique et les effets secondaires
- Sources de données : collecte des données locales

### Énoncé de qualité 8 : Traitement à l'aide d'un antipsychotique injectable à action prolongée

**Pourcentage d'adultes atteints de schizophrénie à qui on a proposé un antipsychotique injectable à action prolongée**

- Dénominateur : nombre total d'adultes atteints de schizophrénie
- Numérateur : nombre de personnes du dénominateur à qui l'on a offert un antipsychotique injectable à action prolongée
- Sources de données : collecte des données locales

**Pourcentage d'adultes atteints de schizophrénie à qui on a prescrit un antipsychotique injectable à action prolongée qui ont estimé (ou leur mandataire spécial) avoir participé aux discussions sur les médicaments, y compris les bénéfices, les risques, la réaction clinique et les effets secondaires**

- Dénominateur : nombre total d'adultes atteints de schizophrénie à qui l'on a prescrit un traitement antipsychotique injectable à action prolongée
- Numérateur : nombre de personnes du dénominateur pour qui un antipsychotique a été prescrit et qui ont estimé (ou leur mandataire spécial)

avoir participé aux discussions sur les médicaments, y compris les bénéfices, les risques, la réaction clinique et les effets secondaires

- Sources de données : collecte des données locales

## Énoncé de qualité 9 : Traitement à l'aide de Clozapine

**Pourcentage d'adultes atteints de schizophrénie qui reçoivent de la clozapine**

- Dénominateur : nombre total d'adultes atteints de schizophrénie
- Numérateur : nombre de personnes du dénominateur qui reçoivent de la clozapine
- Sources de données : collecte des données locales

**Pourcentage d'adultes atteints 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 atteints 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
- Numérateur : nombre de personnes du dénominateur qui reçoivent de la clozapine
- Sources de données : collecte des données locales

**Pourcentage d'adultes atteints de schizophrénie pour qui un examen de la clozapine a été réalisé au cours des 12 derniers mois**

- Dénominateur : nombre total d'adultes atteints de schizophrénie à qui l'on a prescrit de la clozapine
- Numérateur : nombre de personnes du dénominateur pour qui un examen de la clozapine a été réalisé au cours des 12 derniers mois (y compris réaction, bénéfices observés et effets secondaires) ou plus fréquemment selon les indications cliniques
- Sources de données : collecte des données locales

## Énoncé de qualité 10 : Poursuite du traitement antipsychotique

**Pourcentage d'adultes atteints de schizophrénie à qui l'on a délivré un antipsychotique en continu depuis le début**

- Dénominateur : nombre total d'adultes atteints de schizophrénie à qui l'on a délivré un antipsychotique
- Numérateur : nombre de personnes du dénominateur à qui l'on a délivré un antipsychotique en continu depuis le début

- Sources de données : Base de données sur les demandes de remboursement du Programme de médicaments de l'Ontario (pour les personnes de 65 ans et plus; mesure si l'ordonnance a été délivrée, pas nécessairement si le médicament a été pris), collecte des données locales (pour les personnes de moins de 65 ans et pour celles qui ont reçu des antipsychotiques exclus de la base de données, et pour calculer le dénominateur)

### **Pourcentage d'adultes atteints de schizophrénie qui ont connu une rechute**

- Dénominateur : nombre total d'adultes atteints de schizophrénie
- Numérateur : nombre de personnes du dénominateur qui ont connu une rechute (un retour ou une aggravation des symptômes)
- Sources de données : Collecte des données locales, Système national d'information sur les soins ambulatoires (pour les rechutes ayant entraîné une visite au service d'urgence), base de données sur les congés des patients (pour les rechutes ayant entraîné une hospitalisation), Base de données sur les demandes de remboursement du Régime d'Assurance-maladie de l'Ontario (pour les rechutes ayant entraîné une visite chez le médecin)
- Stratification potentielle : utilisation d'antipsychotiques au moment de la rechute; secteur des soins

### **Énoncé de qualité 11 : Thérapie cognitivo-comportementale pour les personnes atteintes de psychose et autres interventions psychosociales**

#### **Pourcentage d'adultes atteints de schizophrénie qui ont bénéficié d'une thérapie cognitivo-comportementale pour les personnes atteintes de psychose**

- Dénominateur : nombre total d'adultes atteints de schizophrénie
- Numérateur : nombre de personnes du dénominateur qui ont bénéficié d'une thérapie cognitivo-comportementale pour les personnes atteintes de psychose
- Sources de données : collecte des données locales

#### **Pourcentage d'adultes atteints de schizophrénie et de dépression ou d'anxiété concomitante qui ont bénéficié d'une thérapie cognitivo-comportementale pour les personnes souffrant de dépression et d'anxiété**

- Dénominateur : nombre total d'adultes atteints de schizophrénie et de dépression ou d'anxiété concomitante

- Numérateur : nombre de personnes du dénominateur qui ont bénéficié d'une thérapie cognitivo-comportementale pour les personnes atteintes de dépression et d'anxiété
- Sources de données : collecte des données locales

**Pourcentage d'adultes atteints de schizophrénie et de déficiences cognitives qui influent sur leurs capacités fonctionnelles qui ont bénéficié d'une réadaptation cognitive**

- Dénominateur : nombre total d'adultes atteints de schizophrénie et de déficiences cognitives qui influent sur leurs capacités fonctionnelles
- Numérateur : nombre de personnes du dénominateur qui ont bénéficié d'une réadaptation cognitive
- Sources de données : collecte des données locales

**Disponibilité locale des programmes de thérapie cognitivo-comportementale offerts par des professionnels qualifiés et certifiés**

- Sources de données : collecte des données locales

**Disponibilité locale des programmes de rééducation cognitive offerts par des professionnels qualifiés et certifiés**

- Sources de données : collecte des données locales

**Énoncé de qualité 12 : Promotion de l'activité physique et de l'alimentation saine**

**Pourcentage d'adultes atteints de schizophrénie qui bénéficient régulièrement d'interventions pour promouvoir l'activité physique et l'alimentation saine**

- Dénominateur : nombre total d'adultes atteints de schizophrénie
- Numérateur : nombre de personnes du dénominateur qui bénéficient régulièrement d'interventions pour promouvoir l'activité physique et l'alimentation saine
- Sources de données : collecte des données locales

**Disponibilité locale des programmes de promotion de l'alimentation saine et de l'activité physique pour les adultes atteints de schizophrénie**

- Sources de données : collecte des données locales

## Pourcentage d'adultes atteints de schizophrénie qui déclarent être actifs pendant leur temps de loisir

- Dénominateur : nombre total d'adultes atteints de schizophrénie
- Numérateur : nombre de personnes du dénominateur qui déclarent être actives pendant leur temps de loisir
- Sources de données : collecte des données locales, Enquête sur la santé dans les collectivités
- Exclusion : catégories de non-réponse au sondage (refus, je ne sais pas, sans réponse)

## Énoncé de qualité 13 : Promotion du renoncement au tabac

### Pourcentage d'adultes atteints de schizophrénie qui fument du tabac et qui ont élaboré un plan au cours des 12 derniers mois pour réduire leur consommation ou arrêter de fumer

- Dénominateur : nombre total d'adultes atteints de schizophrénie qui fument du tabac
- Numérateur : nombre de personnes du dénominateur qui ont élaboré un plan au cours des 12 derniers mois pour réduire leur consommation ou arrêter de fumer
- Sources de données : collecte des données locales

### Pourcentage d'adultes atteints de schizophrénie qui fument du tabac et qui bénéficient d'au moins une intervention pharmacologique ou non pharmacologique pour les aider à réduire leur consommation ou arrêter de fumer

- Dénominateur : nombre total d'adultes atteints de schizophrénie qui fument du tabac
- Numérateur : nombre de personnes du dénominateur qui bénéficient d'au moins une intervention pharmacologique ou non pharmacologique pour les aider à réduire leur consommation ou arrêter de fumer
- Sources de données : collecte des données locales
- Stratification potentielle : méthode d'intervention (pharmacologie ou non pharmacologique)

### Pourcentage d'adultes atteints de schizophrénie qui fument du tabac au quotidien

- Dénominateur : nombre total d'adultes atteints de schizophrénie

- Numérateur : nombre de personnes du dénominateur qui déclarent fumer du tabac au quotidien
- Sources de données : collecte des données locales, Enquête sur la santé dans les collectivités

## Énoncé de qualité 14 : Évaluation et traitement des troubles liés à la consommation de substances

### Pourcentage d'adultes atteints de schizophrénie qui ont fait l'objet d'une évaluation sur la consommation de substances au cours de l'année dernière

- Dénominateur : nombre total d'adultes atteints de schizophrénie
- Numérateur : nombre de personnes du dénominateur qui ont fait l'objet d'une évaluation sur la consommation de substances au cours de l'année dernière
- Sources de données : collecte des données locales

### Pourcentage d'adultes atteints de schizophrénie et d'un trouble lié à la consommation de substances qui ont reçu un traitement pour ce trouble

- Dénominateur : nombre total d'adultes atteints de schizophrénie et d'un trouble lié à la consommation de substances
- Numérateur : nombre de personnes du dénominateur qui ont reçu un traitement pour un trouble lié à la consommation de substances
- Sources de données : collecte des données locales

## Énoncé de qualité 15 : Emploi et soutien au travail

### Pourcentage d'adultes atteints de schizophrénie qui souhaitent travailler et qui participent à des programmes de soutien en milieu de travail

Dénominateur : nombre total d'adultes atteints de schizophrénie qui souhaitent travailler

- Numérateur : nombre de personnes du dénominateur qui participent à des programmes de soutien en milieu de travail
- Sources de données : collecte des données locales

### Pourcentage d'adultes atteints de schizophrénie qui ne souhaitent pas trouver un travail rémunéré et qui participent à d'autres activités professionnelles ou éducatives, selon leurs besoins et leurs préférences

- Dénominateur : nombre total d'adultes atteints de schizophrénie qui ne souhaitent pas trouver un travail rémunéré

- Numérateur : nombre de personnes du dénominateur qui participent à d'autres activités professionnelles ou éducatives, selon leurs besoins et leurs préférences
- Sources de données : collecte des données locales

#### Disponibilité locale des programmes de soutien en milieu de travail pour les personnes atteintes de schizophrénie

- Sources de données : collecte des données locales

#### Disponibilité locale des programmes de préparation professionnelle, de formation, d'enseignement assisté et de bénévolat pour les personnes atteintes de schizophrénie

- Sources de données : collecte des données locales

#### Pourcentage d'adultes atteints de schizophrénie qui déclarent apporter une contribution significative à leur communauté et à la société

- Dénominateur : nombre total d'adultes atteints de schizophrénie qui ont répondu à la question « Au cours du mois dernier, à quelle fréquence estimez-vous que vous avez apporté une contribution importante à la société? » (Réponses possibles : Tous les jours; Presque tous les jours; Environ 2 à 3 fois par semaine; Environ 1 fois par semaine; Une ou deux fois; Jamais)<sup>69</sup>
- Numérateur : nombre de personnes du dénominateur qui ont répondu « Tous les jours », « Presque tous les jours », « Environ 2 à 3 fois par semaine »
- Sources de données : collecte des données locales, Enquête sur la santé dans les collectivités

## 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).

**Maison/domicile** : Le lieu de résidence habituel d'une personne. Cela peut comprendre les résidences personnelles, les foyers pour personnes âgées, les résidences avec assistance, les établissements de soins de longue durée, les centres de soins palliatifs et les refuges.

**Soins primaires** : Un milieu où les personnes reçoivent des soins de santé généraux (p. ex, dépistage, diagnostic et gestion) dispensés par un professionnel de la santé réglementé que la personne peut consulter directement sans être orientée par un autre professionnel. Il s'agit généralement d'un médecin de soins primaires, d'un médecin de famille, d'un infirmier praticien ou d'autres professionnels de la santé ayant le pouvoir d'orienter les patients, de demander des examens biologiques et de prescrire des médicaments<sup>70,71</sup>.

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

**Mandataire spécial** : Une personne nommée pour prendre des décisions au nom d'une autre personne. La *Loi sur le consentement aux soins de santé* de l'Ontario présente une liste par ordre hiérarchique des personnes qui sont

automatiquement considérées comme un mandataire spécial lorsque la personne est incapable de prendre ses propres décisions quant à ses soins<sup>8</sup>. Si une personne capable préfère désigner une personne à ce rôle autre que le mandataire spécial désigné automatiquement, elle peut officiellement nommer une personne par le biais de la « procuration relative au soin de la personne »<sup>9</sup>.

## 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.

## 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.<sup>72</sup>

## 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.<sup>73,74</sup> 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 »<sup>75</sup>. 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 potentiel<sup>40</sup>.

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 sens<sup>76</sup>. 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 culturelles<sup>76</sup>. »

## 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'autogestion<sup>40</sup>. De plus, les personnes devraient pouvoir faire des choix éclairés sur les services qui répondent le mieux à leurs besoins<sup>75</sup>. 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-être<sup>40</sup>.

## 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, <sup>77</sup>y compris les préjugés sociaux, la discrimination et le manque d'accès à l'éducation, à l'emploi, à des revenus et au logement.<sup>25</sup>

## 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 gens<sup>78,79</sup>. 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 traumatisme<sup>80,81</sup>.

# 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 :

### **Steve Lurie (co-chair)**

Executive Director, Canadian Mental Health Association, Toronto Branch, Adjunct Professor, Factor-Inwentash Faculty of Social Work, University of Toronto

### **Robert Zipursky (co-chair)**

Professor, Department of Psychiatry, University of Toronto  
Psychiatrist, Centre for Addiction and Mental Health

### **Elgin Barrett**

Conseiller en expériences vécues

### **Jonathan Bertram**

Physician, Addictions Medicine, Centre for Addiction and Mental Health and Bowmanville Family Health Organization

### **Yvette Brook**

Executive Director, Patient/Client and Family Council, Waypoint Centre for Mental Health Care

### **Patricia Cavanagh**

Head, Outpatient Services, Complex Mental Illness, Centre for Addiction and Mental Health, Assistant Professor, Department of Psychiatry, University of Toronto

### **Krista DePooter**

Occupational Therapist, Assertive Community Treatment, Providence Care

### **Michael Dunn**

Director of Quality Improvement, Canadian Mental Health Association

### **Julia Fineczko**

Conseiller en expériences vécues

### **Phillip Klassen**

Vice-President, Medical Affairs, Ontario Shores Centre for Mental Health Sciences, Assistant Professor, Department of Psychiatry, University of Toronto

### **Terry Krupa**

Professor, School of Rehabilitation Therapy, Queen's University

### **Paul Kurdyak**

Director, Health Outcomes and Performance Evaluation Research Unit, Centre for Addiction and Mental Health, Associate Professor, Department of Psychiatry, University of Toronto

**Gord Langill**

Director of Program and Services,  
Canadian Mental Health Association–  
Haliburton, Kawartha

**Kwame McKenzie**

Medical Director, Centre for Addiction  
and Mental Health, Chief Executive  
Officer, Wellesley Institute, Professor,  
Department of Psychiatry, University  
of Toronto

**Kayla Nicholls**

Regional Coordinator Toronto/York,  
Schizophrenia Society of Ontario

**Sheryl Pedersen**

Conseiller en expériences vécues

**Donna Pettey**

Director of Operations, Canadian  
Mental Health Association Ottawa  
Branch

**Carol Riddell-Elson**

Conseiller en expériences vécues

**Sylvain Roy**

Neuropsychologist, Inner City Family  
Health

**Abraham Rudnick**

Professor of Psychiatry, Northern  
Ontario School of Medicine, Vice-  
President of Research and Chief of  
Psychiatry, Thunder Bay Regional  
Health Sciences Centre, Chief  
Scientist, Thunder Bay Regional  
Health Research Institute

**Frank Sirotych**

Director of Community Support,  
Research and Development,  
Canadian Mental Health Association

**Stephanie Skopyk**

Nurse Practitioner and Clinic Lead,  
Nurse Practitioner–Led Clinic,  
Canadian Mental Health Association  
Durham

**Melinda Wall**

Clinical Manager, Mental Health  
Outpatient Department,  
Peterborough Regional Health Centre

# Références

- (1) Canadian Institute for Health Information. Improving the health of Canadians: mental health, delinquency and criminal activity. Ottawa (ON): The Institute; 2008.
- (2) Ontario Health. Schizophrenia: care for adults in hospitals quality standard. 2023 update. [Internet]. Toronto (ON): King's Printer for Ontario; 2023 [cited 2023 Mar 30]. Available from: <https://hqontario.ca/evidence-to-improve-care/quality-standards/view-all-quality-standards/schizophrenia-care-in-hospital>
- (3) 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. The American journal of psychiatry. 2020;177(9):868-72.
- (4) Ontario Health (Quality). Medication safety: care in all settings quality standard [Internet]. Toronto (ON): Queen's Printer for Ontario; 2021 [cited 2022 Oct 20]. Available from: <https://www.hqontario.ca/Portals/0/documents/evidence/quality-standards/qs-medication-safety-quality-standard-en.pdf>
- (5) 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 Oct 19]. Available from: <https://www.hqontario.ca/portals/0/documents/evidence/quality-standards/qs-opioid-use-disorder-clinician-guide-en.pdf>
- (6) Ontario Health (Quality). Problematic alcohol use and alcohol use disorder quality standard [Internet]. Toronto (ON): Queen's Printer for Ontario; 2020 [cited 2022 Oct 19]. Available from: <https://www.hqontario.ca/Portals/0/documents/evidence/quality-standards/qs-alcohol-use-disorder-quality-standard-en.pdf>
- (7) Ontario Palliative Care Network. Key palliative care concepts and terms [Internet]. Toronto (ON): Ontario Palliative Care Network; 2017 [updated 2017; cited 2017 Oct 23]. Available from: [www.ontariopalliativecarenetwork.ca](http://www.ontariopalliativecarenetwork.ca)
- (8) Health Care Consent Act [Internet]. Toronto (ON): Government of Ontario; 1996 [updated 1996; cited 2017 Oct 23]. Available from: [www.e-laws.gov.on.ca/html/statutes/english/elaws\\_statutes\\_96h02\\_e.htm](http://www.e-laws.gov.on.ca/html/statutes/english/elaws_statutes_96h02_e.htm)
- (9) Substitute Decisions Act [Internet]. Toronto (ON): Government of Ontario; 1992 [updated 1992; cited 2017 Nov 29]. Available from: <https://www.ontario.ca/laws/statute/92s30?search=e+laws>
- (10) Wahl J. Consent, capacity and substitute decision-making: the basics [Internet]. Toronto (ON): Advocacy Center for the Elderly; 2009 [cited 2017 Dec]. Available from: <http://www.advocacycentreelderly.org/appimages/file/Consent%20and%20Capacity%20Basics%20-%202009.pdf>
- (11) Mental Health Act [Internet]. Toronto (ON): Government of Ontario; 1990 [updated 2015; cited 2017 Nov 28]. Available from: <https://www.ontario.ca/laws/statute/90m07#BK31>
- (12) Steps to Justice. What is a community treatment order? [Internet]. Ontario [Available from: <https://stepstojustice.ca/questions/health-and-disability/what-community-treatment-order/>
- (13) Ministry of Health and Long-Term Care. Mental health: bill 68 (mental health legislative reform), 2000. Community treatment orders (CTOs) [Internet]. Toronto (ON): King's Printer for Ontario; 2012 [cited 2022 October 14]. Available from: [https://www.health.gov.on.ca/en/public/publications/mental/treatment\\_order.aspx](https://www.health.gov.on.ca/en/public/publications/mental/treatment_order.aspx)

- (14) American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Arlington (VA): The Association; 2013.
- (15) Fioravanti M, Bianchi V, Cinti ME. Cognitive deficits in schizophrenia: an updated meta-analysis of the scientific evidence. *BMC psychiatry*. 2012;12:64.
- (16) 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>
- (17) 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.
- (18) National Collaborating Centre for Mental Health. Psychosis and schizophrenia in adults: treatment and management. National clinical guideline number 178 [Internet]. London: National Institute for Health and Care Excellence; 2014 [cited 2022 Apr]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg178/evidence/full-guideline-490503565>
- (19) 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.
- (20) 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.
- (21) 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. *Canadian Medical Association Journal*. 2017;189(37):E1177-E87.
- (22) 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. *Schizophrenia bulletin*. 2021;47(3):864-74.
- (23) Zaheer J, Jacob B, De Oliveira C, Rudoler D, Juda A, Kurdyak P. Service utilization and suicide among people with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia research*. 2018;202:347-53.
- (24) 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. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*. 2016;50(5):410-72.
- (25) Health Quality Ontario. Taking stock: a report on the quality of mental health and addictions services in Ontario. Toronto (ON): Queen's Printer for Ontario; 2015.
- (26) Kurdyak P, Stukel TA, Goldbloom D, Kopp A, Zagorski BM, Mulsant BH. Universal coverage without universal access: a study of psychiatrist supply and practice patterns in Ontario. *Open medicine : a peer-reviewed, independent, open-access journal*. 2014;8(3):e87-99.
- (27) Gutwinski S, Schreiter S, Deutscher K, Fazel S. The prevalence of mental disorders among homeless people in high-income countries: An updated systematic review and meta-regression analysis. *PLOS Medicine*. 2021;18(8):e1003750.
- (28) Mental Health Commission of Canada. Turning the key. Assessing housing and related supports for persons living with mental health problems and illness. Ottawa (ON): The Commission; 2012.
- (29) Mental Health Policy Research Group. Mental illness and pathways into homelessness: proceedings and recommendations. Toronto (ON): The Group; 1998.

- (30) Ministry of Health and Long-Term Care. Ontario program standards for ACT teams. 2nd ed. Toronto (ON): The Ministry; 2005.
- (31) Canadian Psychiatric Association. Canadian schizophrenia guidelines. *Can J Psychiatry*. 2017;62(9).
- (32) Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of schizophrenia. SIGN publication no. 131 [Internet]. Edinburgh: The Network; 2013 [cited 2017 Mar 13]. Available from: <https://www.sign.ac.uk/assets/sign131.pdf>
- (33) Leucht S, Burkard T, Henderson J, Maj M, Sartorius N. Physical illness and schizophrenia: a review of the literature. *Acta psychiatrica Scandinavica*. 2007;116(5):317-33.
- (34) Lawrence D, Kisely S. Inequalities in healthcare provision for people with severe mental illness. *Journal of psychopharmacology (Oxford, England)*. 2010;24(4 Suppl):61-8.
- (35) Smith DJ, Langan J, McLean G, Guthrie B, Mercer SW. Schizophrenia is associated with excess multiple physical-health comorbidities but low levels of recorded cardiovascular disease in primary care: cross-sectional study. *BMJ open*. 2013;3(4).
- (36) Mitchell AJ, Lord O, Malone D. Differences in the prescribing of medication for physical disorders in individuals with v. without mental illness: meta-analysis. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. 2012;201(6):435-43.
- (37) Canadian Psychiatric Association, Schizophrenia Society of Canada. Schizophrenia: the journey to recovery; a consumer and family guide to assessment and treatment. Ottawa (ON): The Association; 2007.
- (38) Cyr C, McKee H, O'Hagan M, Priest R. Making the Case for Peer Support [Internet]: Mental Health Commission of Canada; 2016 [cited 2022 April]. Available from: [https://mentalhealthcommission.ca/wp-content/uploads/2021/08/MHCC\\_Making\\_the\\_Case\\_for\\_Peer\\_Support\\_2016\\_Eng.pdf](https://mentalhealthcommission.ca/wp-content/uploads/2021/08/MHCC_Making_the_Case_for_Peer_Support_2016_Eng.pdf)
- (39) Kreyenbuhl J, Buchanan RW, Dickerson FB, Dixon LB. The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT): updated treatment recommendations 2009. *Schizophrenia bulletin*. 2010;36(1):94-103.
- (40) Mental Health Commission of Canada. Toward recovery and well-being. A framework for a mental health strategy for Canada. Ottawa (ON): The Commission; 2009.
- (41) Pharoah F, Mari J, Rathbone J, Wong W. Family intervention for schizophrenia. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2010(12):CD000088.
- (42) National Institute for Health and Care Excellence. Psychosis and schizophrenia in adults. Quality standard 80 [Internet]. London: The Institute; 2015 [cited 2017 Jun ]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/qs80>
- (43) Ministry of Health and Long-Term Care. Intensive case management service standards for mental health services and supports. Toronto (ON): The Ministry; 2005.
- (44) Bullock H, Waddell K, Lavis JN. Defining the mental health and addictions 'basket of core services' to be publicly funded in Ontario. Hamilton (ON): McMaster University; 2016.
- (45) Dieterich M, Irving CB, Bergman H, Khokhar MA, Park B, Marshall M. Intensive case management for severe mental illness. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2017(1):CD007906.
- (46) National Collaborating Centre for Mental Health. Psychosis with coexisting substance misuse: assessment and management in adults and young people [Internet]. London: National Institute for Health and Care Excellence; 2011 [cited 2017 Mar 13]. Available from:

- <http://www.dualdiagnosis.co.uk/uploads/documents/originals/NICE%20Substance%20Use%20and%20psychosis.pdf>
- (47) Ministry of Health and Long-Term Care. Early psychosis intervention program standards. Toronto (ON): The Ministry; 2011.
- (48) World Health Organization. Evidence-based recommendations for management of psychosis and bipolar disorders in non-specialized settings [Internet]. Geneva: The Organization; 2012 [cited 2017 Mar 20]. Available from: <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/treatment-care/mental-health-gap-action-programme/evidence-centre/psychosis-and-bipolar-disorders>
- (49) Centre for Addiction and Mental Health. Joint submission to the Government of Canada on Canada's National Housing Strategy. Toronto (ON): The Centre; 2016.
- (50) Krieger J, Higgins DL. Housing and health: time again for public health action. *American journal of public health*. 2002;92(5):758-68.
- (51) Wellesley Institute. National affordable housing strategy consultation. Toronto (ON): The Institute; 2016.
- (52) Agid O, Foussias G, Remington G. Long-acting injectable antipsychotics in the treatment of schizophrenia: their role in relapse prevention. *Expert opinion on pharmacotherapy*. 2010;11(14):2301-17.
- (53) Emsley R, Chiliza B, Asmal L, Harvey BH. The nature of relapse in schizophrenia. *BMC psychiatry*. 2013;13:50.
- (54) Ng R, Maxwell C, Yates E, Nylen K, Antflick 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.
- (55) Stroup TS, Marder S. Pharmacotherapy for schizophrenia: acute and maintenance phase treatment [Internet]. Waltham (MA): UpToDate; 2017 [cited 2017 Jun 5]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/pharmacotherapy-for-schizophrenia-acute-and-maintenance-phase-treatment>
- (56) Leucht S, Tardy M, Komossa K, Heres S, Kissling W, Davis JM. Maintenance treatment with antipsychotic drugs for schizophrenia. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2012(5):CD008016.
- (57) 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>
- (58) Barlati S, Deste G, De Peri L, Ariu C, Vita A. Cognitive remediation in schizophrenia: current status and future perspectives. *Schizophrenia research and treatment*. 2013;2013:156084.
- (59) McGurk SR, Wykes T. Cognitive remediation and vocational rehabilitation. *Psychiatric rehabilitation journal*. 2008;31(4):350-9.
- (60) de Leon J, Diaz FJ. A meta-analysis of worldwide studies demonstrates an association between schizophrenia and tobacco smoking behaviors. *Schizophrenia research*. 2005;76(2-3):135-57.
- (61) Kelly DL, McMahon RP, Wehring HJ, Liu F, Mackowick KM, Boggs DL, et al. Cigarette smoking and mortality risk in people with schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*. 2011;37(4):832-8.
- (62) Desai HD, Seabolt J, Jann MW. Smoking in patients receiving psychotropic medications: a pharmacokinetic perspective. *CNS drugs*. 2001;15(6):469-94.

- (63) Canadian Action Network for the Advancement DaAoP-ITTC-A. Canadian smoking cessation clinical practice guideline [Internet]. Toronto (ON): CAN-ADAPTT and Centre for Addiction and Mental Health; 2011 [cited 2017 Mar 13]. Available from: [https://www.nicotinedependenceclinic.com/English/CANADAPTT/Documents/CAN-ADAPTT%20Canadian%20Smoking%20Cessation%20Guideline\\_website.pdf](https://www.nicotinedependenceclinic.com/English/CANADAPTT/Documents/CAN-ADAPTT%20Canadian%20Smoking%20Cessation%20Guideline_website.pdf)
- (64) Canadian Centre on Substance Abuse. Substance abuse in Canada: concurrent disorders. Ottawa (ON): 2009.
- (65) Bond GR. Supported employment: evidence for an evidence-based practice. *Psychiatric rehabilitation journal*. 2004;27(4):345-59.
- (66) Mental Health Commission of Canada. The aspiring workforce - employment and income for people with serious mental illness. Ottawa (ON): The Commission; 2013.
- (67) Krupa T, Chen S. Psychiatric/psychosocial Rehabilitation (PSR) in relation to vocational and educational environments: work and learning. *Curr Psychiatry Rev*. 2013;9(3):195-206.
- (68) Almerie MQ, Okba Al Marhi M, Jawoosh M, Alsabbagh M, Matar HE, Maayan N, et al. Social skills programmes for schizophrenia. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2015(6):CD009006.
- (69) Statistics Canada. Canadian Community Health Survey. Ottawa (ON): Statistics Canada; 2015.
- (70) Management of Substance Use Disorders Work Group. Va/DoD clinical practice guideline for the management of substance use disorders [Internet]. Washington (DC): Department of Veterans Affairs, Department of Defense; 2015 [cited 2022 June 2]. Available from: <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/sud/VADoDSUDCPGRevised22216.pdf>
- (71) National Institute for Health and Care Excellence. Alcohol-use disorders: diagnosis, assessment and management of harmful drinking (high-risk drinking) and alcohol dependence [Internet]. London (UK): National Institute for Health and Clinical Excellence; 2011 [cited 2022 June 2]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/CG115/>
- (72) Ministry of Health and Long-Term Care. French language health services. The French Language Services Act, 1986 (FLSA) [Internet]. Toronto (ON): King's Printer for Ontario; 2021 [cited 2022 October 24]. Available from: <https://www.health.gov.on.ca/en/public/programs/flhs/flsa.aspx>
- (73) Alani Z. Exploring intersectionality: an international yet individual issue. *Orphanet Journal of Rare Diseases*. 2022;17(1):71.
- (74) 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.
- (75) Mental Health Commission of Canada. Changing directions, changing lives: the mental health strategy for Canada. Calgary (AB): The Commission; 2012.
- (76) Health Canada. First Nations Mental Wellness Continuum Framework: Summary Report [Internet]. Ottawa (ON): Health Canada; 2015 [cited 2022 Sept 1].
- (77) Keleher H, Armstrong R. Evidence-based mental health promotion resource. Report for the Department of Human Services and VicHealth, Melbourne. Melbourne (Australia): 2006 [cited 2017 Dec].
- (78) 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/childrensaidd/MCCSS-Residential-Resource-Guide.pdf>
- (79) 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](https://ncsacw.acf.hhs.gov/userfiles/files/SAMHSA_Trauma.pdf)
- (80) Sickie-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](https://sickle-cell.com/living/trauma-informed-care?fbclid=IwAR3HiW2fvvfJWx5CmWO4lQyzZ4RugSaMNt2mQd8DCSg3aUoAcGckkMet8h4&utm_source=facebook.com&utm_medium=organic)
- (81) 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>

# 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 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 de veiller à ce que les soins pour la santé mentale et la lutte contre les dépendances soient :

- 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](https://OntarioHealth.ca/fr/a-propos-de-nous/notre-personnel)

# Besoins de renseignements supplémentaires

Visiter [hqontario.ca](http://hqontario.ca) ou communiquer avec nous à l'adresse [QualityStandards@OntarioHealth.ca](mailto: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](mailto:QualityStandards@OntarioHealth.ca)  
Site Web : [hqontario.ca](http://hqontario.ca)