

**Normes
de qualité**

La schizophrénie

Soins destinés aux adultes
dans les hôpitaux

Sommaire

La présente norme de qualité porte sur les soins destinés aux personnes de 18 ans et plus et qui sont atteintes de schizophrénie. La norme de qualité est axée sur les soins destinés aux personnes qui consultent un service des urgences ou qui sont admises à l'hôpital. Elle fournit également des directives sur les soins qui sont donnés lorsqu'une personne est en transition entre des établissements, par exemple après son hospitalisation.

À propos de nos normes de qualité

Qualité des services de santé Ontario, en collaboration avec des experts cliniques, des patients, des résidents et du personnel soignant de la province, crée des normes de qualité pour l'Ontario.

Les normes de qualité sont des ensembles concis d'énoncés élaborés pour :

- aider les patients, les résidents, les familles et le personnel soignant à savoir quelles questions poser en lien avec leurs soins;
- aider les professionnels en santé à connaître les soins qu'ils doivent fournir, en se fondant sur les meilleures données probantes et le consensus d'experts;
- aider les organisations en santé à mesurer, à évaluer et à améliorer leur performance en matière de soins aux patients.

Les recommandations de la présente norme de qualité ne remplacent pas la responsabilité des professionnels en santé de prendre des décisions quant à leurs patients après avoir considéré les circonstances uniques de chacun d'entre eux.

Table des matières

Comment utiliser les normes de qualité	2
À propos de Qualité des services de santé Ontario	3
À propos de cette norme de qualité	4
Portée	4
Pourquoi cette norme est-elle nécessaire?	4
Principes sous-jacents	5
Comment nous mesurerons notre succès	6
Énoncés de qualité en bref	7
Énoncé de qualité 1 : Évaluation interprofessionnelle complète	9
Énoncé de qualité 2 : Dépistage de la toxicomanie	12
Énoncé de qualité 3 : Évaluation de la santé physique	14
Énoncé de qualité 4 : Promotion de l'activité physique et d'une saine alimentation	17
Énoncé de qualité 5 : Promotion de l'abandon du tabagisme	19
Énoncé de qualité 6 : Traitement avec la clozapine	21
Énoncé de qualité 7 : Traitement avec des antipsychotiques à action prolongée par voie d'injection	24
Énoncé de qualité 8 : Thérapie cognitivo-comportementale	26
Énoncé de qualité 9 : Intervention familiale	29
Énoncé de qualité 10 : Rendez-vous de suivi après l'hospitalisation	31
Énoncé de qualité 11 : Transitions en matière de soins	33
Énoncé de pratique émergente : Interventions non pharmacologiques à l'hôpital	36
Remerciements	37
Références	39

Comment utiliser les normes de qualité

Les normes de qualité informent les cliniciens et les organisations sur ce que doivent être des soins de haute qualité. Elles sont fondées sur les meilleures données probantes offertes.

Elles comprennent également des indicateurs pour aider les cliniciens et les organisations à évaluer la qualité des soins qu'ils offrent et à trouver les écarts et les occasions d'amélioration. Ces indicateurs évaluent la structure, les processus et les résultats.

De plus, des outils et des ressources appuyant les cliniciens et les organisations dans leurs efforts d'amélioration de la qualité accompagnent chaque norme.

Pour obtenir de plus amples renseignements sur l'utilisation des normes de qualité, envoyez un courriel à l'adresse qualitystandards@hqontario.ca.

À propos de Qualité des services de santé Ontario

Qualité des services de santé Ontario est le conseiller de la province en matière de qualité des soins de santé. Nous sommes motivés par un seul et unique objectif : améliorer la santé de tous les Ontariens et Ontariennes.

Qui sommes-nous?

Nous sommes un groupe de personnes démontrant une rigueur scientifique et ayant de l'expertise dans divers domaines. Nous nous efforçons de faire preuve d'une objectivité complète et de tout examiner à partir d'un poste d'observation nous permettant de voir la forêt et les arbres. Nous travaillons en partenariat avec les organismes et les fournisseurs de soins de santé à l'échelle du système, et nous faisons participer les patients eux-mêmes, afin de contribuer à apporter des changements importants et durables au système de santé complexe de la province.

Que faisons-nous?

Nous définissons la qualité dans le contexte des soins de santé et offrons des conseils stratégiques de façon à ce qu'il soit possible d'améliorer toutes les composantes du système. Nous analysons également pratiquement tous les aspects des soins de santé offerts en Ontario. Cela comprend l'examen de la santé générale des Ontariens et Ontariennes, de la capacité de certains secteurs du système à travailler ensemble et, surtout, de l'expérience des patients. Nous produisons ensuite des rapports objectifs complets fondés sur des données, des faits et la voix des patients, des personnes soignantes et des gens qui travaillent chaque jour au sein du système de santé. En outre, nous formulons des recommandations sur la façon d'améliorer les soins en se fondant sur les meilleures données probantes. Enfin, nous appuyons des améliorations de la qualité à grande échelle en travaillant avec nos partenaires afin de permettre aux fournisseurs de soins de santé d'apprendre plus facilement les uns des autres et de partager des démarches novatrices.

Pourquoi cela importe-t-il?

Nous reconnaissons qu'il existe de nombreuses raisons d'être fiers de notre système, mais aussi qu'il nous arrive souvent de ne pas atteindre notre plein potentiel. Certains segments vulnérables de la population ne reçoivent pas des niveaux acceptables d'attention. Notre intention est d'améliorer continuellement la qualité des soins de santé dans la province, peu importe la personne ou l'endroit où elle vit. Nous sommes motivés par le désir d'améliorer le système et par le fait indéniable que l'amélioration n'a pas de limites.

À propos de cette norme de qualité

Portée

Cette norme de qualité s'applique aux soins destinés aux adultes de 18 ans et plus qui font l'objet d'un diagnostic primaire de schizophrénie (y compris des troubles connexes, comme un trouble schizoaffectif) et qui consultent un service des urgences ou qui sont admis en milieu hospitalier. Cette norme de qualité contient également des conseils concernant les soins destinés aux personnes qui font une transition entre l'hospitalisation aux soins dans la collectivité. Bien qu'elles soient surtout axées sur les soins hospitaliers, certaines des interventions décrites sont susceptibles d'avoir lieu à l'extérieur de l'hôpital, à la suite du début d'un traitement ou d'un aiguillage à l'hôpital. Tous les patients devraient avoir un rendez-vous de suivi après le début d'un nouveau traitement.

Pourquoi cette norme est-elle nécessaire?

La schizophrénie est un trouble mental chronique et grave qui commence généralement quand une personne est en fin d'adolescence ou au début de l'âge adulte. Elle est associée à des symptômes « positifs » comme des hallucinations et des idées délirantes et des symptômes « négatifs » comme un retrait social et une perte d'intérêt.

Au Canada, environ 1 % de la population est atteinte de schizophrénie. Le trouble est classé parmi les cinq affections qui ont la plus grande incidence sur la vie et la santé des personnes en Ontario¹. La schizophrénie est plus fréquente chez les hommes et dans certains sous-groupes ethniques^{1, 2}.

Les personnes schizophrènes vivent environ 15 à 20 ans de moins que la population générale, avec la majorité des décès résultant de maladies cardiovasculaires ou de maladies chroniques respiratoires³. Les personnes schizophrènes courent également un risque accru de toxicomanie, d'itinérance, de chômage et de suicide.

Il y a d'importantes lacunes dans la qualité des soins que les personnes schizophrènes reçoivent en Ontario : seulement 25 % des personnes qui ont obtenu leur congé après une hospitalisation pour la schizophrénie ou une psychose obtiennent le rendez-vous de suivi recommandé avec un médecin dans les 7 jours; les personnes hospitalisées pour la schizophrénie ont un taux élevé (12,5 %) de réadmission dans les 30 jours suivant la date de congé⁴ et les taux de consultations au service des urgences pour la schizophrénie varient énormément dans l'ensemble de la province⁵.

Les personnes schizophrènes sont également souvent stigmatisées ou doivent faire face à des croyances et à des attitudes qui donnent lieu à des stéréotypes négatifs à leur égard et à l'égard de leur maladie. La stigmatisation ou la perception de stigmatisation peut avoir des répercussions négatives sur leur capacité à parler à leurs amis et à leur famille de leur maladie et à demander de l'aide. La stigmatisation peut également avoir une incidence sur leur capacité à avoir accès aux services de soins de santé.

Ces questions témoignent du besoin d'établir une norme de qualité pour les soins aux personnes schizophrènes en Ontario.

Principes sous-jacents

Cette norme de qualité repose sur les principes du respect et du *rétablissement*, comme décrit dans la Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada⁶.

Les personnes schizophrènes et leur famille, les personnes soignantes et les personnes de leur cercle de soutien personnel devraient recevoir des services qui sont respectueux de leurs droits et de leur dignité et qui favorisent l'autodétermination. Elles doivent participer à la prise de décisions éclairées avec leurs fournisseurs de soins à l'égard de leurs options de traitement. Chaque personne est unique et a le droit de déterminer son processus afin d'atteindre la santé mentale et le bien-être⁶.

Les personnes schizophrènes ont le droit d'obtenir des services offerts dans un environnement qui encourage l'espoir, l'appropriation du pouvoir d'agir et l'optimisme et fondés sur les valeurs et les pratiques associées aux soins axés sur le rétablissement. « [N]otre santé mentale et notre bien-être sont soumis à l'influence de divers facteurs biologiques, psychologiques, sociaux, économiques, culturels et spirituels interagissant les uns avec les autres⁶. »

Au-delà des soins cliniques offerts dans les milieux hospitaliers sur lesquels met l'accent cette norme de qualité, les personnes schizophrènes peuvent tirer profit d'un vaste éventail de services communautaires et sociaux, notamment :

- Emploi
- Logement
- Éducation
- Soutien par les pairs
- Soins et services de soutien axés sur la famille à l'intention des membres de la famille et des personnes soignantes

Les soins offerts aux personnes schizophrènes devraient également reconnaître les besoins particuliers de la population marginalisée, mal desservie ou d'autres sous-groupes (p. ex., les lesbiennes, les gais, les bisexuels, les transgenres et les *queers* ou les personnes en questionnement [LGBTQ], les Autochtones, des groupes culturels précis, les victimes d'abus sexuel ou de violence).

Les soins offerts aux personnes schizophrènes devraient également incorporer ce qui est appelé le rétablissement. Comme décrit dans la Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada, « le rétablissement – processus par lequel des personnes aux prises avec un trouble mental ou une maladie mentale participent activement à leur cheminement vers le bien-être – est possible pour tout le monde. Le processus du rétablissement s'inspire des forces de la personne, de sa famille, de sa culture et de sa collectivité et peut être favorisé par divers types de services, de mesures de soutien et de traitements⁶. »

Comment nous mesurerons notre succès

Au début de l'élaboration de chaque norme de qualité, un petit nombre de résultats liés à la santé sont établis comme étant les mesures les plus importantes du succès de la norme en entier. Les résultats sont mappés selon les indicateurs reflétant les objectifs de la norme. Ces résultats et les indicateurs connexes orientent l'élaboration de la norme de qualité pour que chaque énoncé de la norme contribue à l'atteinte des résultats désirés. Chaque énoncé est accompagné d'indicateurs de processus, de structure et/ou de résultats mesurant la mise en œuvre réussie de l'énoncé.

L'ensemble d'indicateurs de résultats ci-dessous a été sélectionné pour mesurer l'incidence globale de la norme de qualité relative à la schizophrénie :

- Nombre de décès par suicide de patients hospitalisés faisant l'objet d'un diagnostic primaire de schizophrénie
- Pourcentage de personnes hospitalisées faisant l'objet d'un diagnostic primaire de schizophrénie qui se sont suicidées dans les 30 jours suivant leur hospitalisation
- Pourcentage de personnes hospitalisées faisant l'objet d'un diagnostic primaire de schizophrénie dont les symptômes comportementaux s'améliorent entre leur admission et leur congé, stratifié selon la durée de leur séjour
- Pourcentage de personnes hospitalisées faisant l'objet d'un diagnostic primaire de schizophrénie dont les symptômes positifs s'améliorent entre leur admission et leur congé, stratifié selon la durée de leur séjour
- Taux de réadmission dans un établissement dans les 7 à 30 jours suivant le congé, stratifié selon la raison de la réadmission :
 - Aucune raison
 - Une raison de santé mentale et de toxicomanie
 - La schizophrénie
- Taux de consultations aux urgences non prévues après le congé de l'hôpital dans les 7 à 30 jours, stratifié selon la raison de la consultation :
 - Aucune raison
 - Une raison de santé mentale et de toxicomanie
 - La schizophrénie
 - L'automutilation

Nous serons heureux d'inclure les mesures de résultats déclarées par les patients dans cette liste lorsque les indicateurs validés seront disponibles.

Énoncés de qualité en bref

Les énoncés de qualité ci-dessous reposent sur les principes du respect et du rétablissement. Les personnes schizophrènes et leur famille, les personnes soignantes et les personnes de leur cercle de soutien personnel devraient recevoir des services qui sont respectueux de leurs droits et de leur dignité et qui favorisent l'autodétermination. Elles doivent participer à la prise de décisions éclairées avec leurs fournisseurs de soins à l'égard de leurs options de traitement.

Énoncé de qualité 1 : Évaluation interprofessionnelle complète

Les adultes hospitalisés faisant l'objet d'un diagnostic primaire de schizophrénie doivent subir une évaluation interprofessionnelle complète qui orientera l'élaboration de leur plan de soins.

Énoncé de qualité 2 : Dépistage de la toxicomanie

Les adultes faisant l'objet d'un diagnostic primaire de schizophrénie qui consultent un service des urgences ou qui sont admis en milieu hospitalier sont évalués pour la toxicomanie et, le cas échéant, se font offrir un traitement pour des troubles concomitants.

Énoncé de qualité 3 : Évaluation de la santé physique

Les adultes hospitalisés faisant l'objet d'un diagnostic primaire de schizophrénie doivent subir une évaluation de la santé physique axée sur les affections courantes chez les personnes schizophrènes. Cette évaluation oriente l'élaboration du plan de soins.

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

Les adultes hospitalisés faisant l'objet d'un diagnostic primaire de schizophrénie se font offrir des interventions qui promeuvent l'activité physique et une saine alimentation.

Énoncé de qualité 5 : Promotion de l'abandon du tabagisme

Les adultes hospitalisés faisant l'objet d'un diagnostic primaire de schizophrénie se font offrir des interventions comportementales et pharmacologiques pour atténuer les symptômes de sevrage de la nicotine et les aider à cesser de fumer ou à fumer moins.

Énoncé de qualité 6 : Traitement avec la clozapine

Les adultes hospitalisés faisant l'objet d'un diagnostic primaire de schizophrénie qui n'ont pas répondu à des essais adéquats de traitement avec les deux médicaments antipsychotiques se font offrir de la clozapine.

Énoncé de qualité 7 : Traitement avec des antipsychotiques à action prolongée par voie d'injection

Les adultes hospitalisés faisant l'objet d'un diagnostic primaire de schizophrénie se font offrir un traitement avec des antipsychotiques à action prolongée par voie d'injection.

Énoncé de qualité 8 : Thérapie cognitivo-comportementale

Les adultes hospitalisés faisant l'objet d'un diagnostic primaire de schizophrénie se font offrir de la thérapie cognitivo-comportementale individuelle pour la psychose, soit dans un milieu hospitalier ou dans le cadre d'un plan de soins après hospitalisation.

Énoncé de qualité 9 : Intervention familiale

Les adultes hospitalisés faisant l'objet d'un diagnostic primaire de schizophrénie se font offrir des interventions familiales.

Énoncé de qualité 10 : Rendez-vous de suivi après l'hospitalisation

Les adultes faisant l'objet d'un diagnostic primaire de schizophrénie ont un rendez-vous de suivi dans les 7 jours suivant leur hospitalisation.

Énoncé de qualité 11 : Transitions en matière de soins

Les adultes faisant l'objet d'un diagnostic primaire de schizophrénie qui obtiennent leur congé d'un milieu hospitalier ont une équipe ou un fournisseur de soins qui est responsable de la communication, de la coordination et de la prestation d'un plan de soins qui est adapté à leurs besoins.

Évaluation interprofessionnelle complète

Les adultes hospitalisés faisant l'objet d'un diagnostic primaire de schizophrénie doivent subir une évaluation interprofessionnelle complète qui orientera l'élaboration de leur plan de soins.

Contexte

Une évaluation réalisée par une équipe interprofessionnelle de soins de santé et, idéalement, en consultation avec la famille, les personnes soignantes et (ou) les personnes du cercle de soutien personnel, offre une occasion d'examiner soigneusement les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux qui peuvent avoir contribué à l'apparition, à l'évolution et au résultat de la maladie.

Une évaluation peut établir un diagnostic et déterminer un niveau de référence du fonctionnement permettant de suivre les changements éventuels dans l'état de la personne. Elle doit établir des objectifs pour l'intervention et le traitement, ainsi que les objectifs personnels de la personne.

Sources : Association des psychiatres du Canada, 2005⁷ | National Institute for Health and Care Excellence, 2014⁸

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les patients

Vous devriez obtenir une évaluation complète chaque fois que vous êtes admis à l'hôpital. Une évaluation signifie que votre équipe de soins souhaitera en apprendre davantage sur vous pour comprendre comment mieux vous aider. Elle devrait inclure des questions sur vos antécédents médicaux, les médicaments que vous prenez, votre situation sociale et vos objectifs de rétablissement.

Pour les cliniciens

Pour les personnes hospitalisées faisant l'objet d'un diagnostic primaire de schizophrénie, effectuer une évaluation interprofessionnelle complète, telle que décrite dans la section des définitions de cet énoncé. Les résultats de ces évaluations orienteront le plan de soins des patients.

Pour les services de santé

Veiller à ce que des systèmes, des processus et des ressources soient en place dans les milieux hospitaliers afin de permettre aux équipes de mener des évaluations exhaustives des personnes schizophrènes. Elles doivent notamment disposer de protocoles et d'outils d'évaluation normalisés, ainsi que pouvoir accéder, en temps opportun, à des sources de renseignements sur lesquelles appuyer leurs évaluations exhaustives.

DÉFINITIONS UTILISÉES DANS LE PRÉSENT ÉNONCÉ DE QUALITÉ

Évaluation interprofessionnelle complète

Cette évaluation doit être réalisée par des professionnels des soins de santé qui sont spécialisés dans la prestation de soins aux personnes schizophrènes et qui, idéalement, consulteront le fournisseur de soins primaires et (ou) le fournisseur de traitement dans la collectivité. L'évaluation doit se pencher sur les aspects suivants :

- Sources de détresse actuelles
- Si la personne présente un danger pour elle-même ou pour autrui
- Antécédents familiaux et développementaux (social, cognitif et développement moteur et habilités motrices, y compris les affections neurodéveloppementales coexistantes), notamment les antécédents de traumatismes ou d'adversité
- Antécédents de la situation sociale (logement, culture et origine ethnique, loisirs et activités récréatives, et obligations envers des enfants ou comme personne soignante), réseaux sociaux et relations intimes
- Antécédents d'emploi et études (niveau de scolarité atteint, emploi, activités de la vie quotidienne) et situation financière
- Antécédents médicaux et examen physique afin d'évaluer les affections médicales, l'état de l'alimentation et tout traitement par médicaments prescrits qui pourrait donner lieu à une psychose
- Antécédents de consommation de drogues
- Antécédents judiciaires, le cas échéant

SUITE À LA PAGE 11

Indicateurs de qualité

Indicateur de processus

Pourcentage d'adultes hospitalisés faisant l'objet d'un diagnostic primaire de schizophrénie qui ont reçu une évaluation interprofessionnelle complète

- Dénominateur : nombre total d'adultes hospitalisés faisant l'objet d'un diagnostic primaire de schizophrénie
- Numérateur : nombre de personnes comprises dans le dénominateur qui ont reçu une évaluation interprofessionnelle complète
- Sources des données : les données pourraient être déclarées dans le Système d'information ontarien sur la santé mentale (SIOSM) de l'Institut canadien d'information sur la santé. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario exige que la déclaration sur la santé mentale soit faite à l'aide du système de collecte de données RAI-MH (Instrument d'évaluation des pensionnaires en santé mentale, version 2.0) dans tous les hôpitaux qui possèdent des lits en santé mentale pour adultes hospitalisés. Ces établissements doivent, selon cette exigence, procéder à la collecte de données à l'aide du RAI-MH, qui serait considéré comme une évaluation complète

Indicateur structurel

Capacité de produire des protocoles d'évaluation clinique à partir des données du RAI-MH pour les personnes schizophrènes

- Source des données : collecte de données locales

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

- Source des données : collecte de données locales

DÉFINITIONS UTILISÉES DANS LE PRÉSENT ÉNONCÉ DE QUALITÉ

Évaluation interprofessionnelle complète

SUITE DE LA PAGE 10

- Aspirations et objectifs personnels qui s'harmonisent avec le rétablissement personnel
- Antécédents de traitement (y compris la durée du traitement pharmacologique et la posologie) et interventions psychosociales
- Niveau de services requis (évalué au moyen d'un outil ou d'instrument, comme le système d'utilisation du niveau de soins [LOCUS]) pour faire correspondre l'intensité des ressources avec les soins requis

Dépistage de la toxicomanie

Les adultes faisant l'objet d'un diagnostic primaire de schizophrénie qui consultent un service des urgences ou qui sont admis en milieu hospitalier sont évalués pour la toxicomanie et, le cas échéant, se font offrir un traitement pour des troubles concomitants.

Contexte

La toxicomanie est courante chez les personnes schizophrènes et elle est associée à une mauvaise récupération fonctionnelle. La consommation de drogues peut aggraver les symptômes et accélérer l'évolution de la schizophrénie ainsi que nuire aux effets thérapeutiques

des traitements pharmacologiques et des traitements non pharmacologiques. Des outils de dépistage validés, comme le *Dartmouth Assessment of Lifestyle Inventory* et le *Leeds Dependence Questionnaire*, peuvent aider au dépistage de la toxicomanie.

Sources : Association des psychiatres du Canada, 2005⁷ | National Institute for Health and Care Excellence, 2014⁸ | Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2013⁹

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les patients

Pendant votre séjour à l'hôpital, vous devriez être évalué relativement à votre consommation d'alcool ou de drogues, puisque cela peut aggraver vos symptômes et nuire au traitement.

Pour les cliniciens

Réaliser une évaluation de la toxicomanie chez les personnes faisant l'objet d'un diagnostic primaire de schizophrénie qui se présentent au service des urgences ou qui sont hospitalisées. Faire une demande d'aiguillage pour le traitement des troubles concomitants pour les personnes qui consomment des drogues d'une manière nocive.

Pour les services de santé

S'assurer que les hôpitaux sont en mesure d'évaluer les personnes schizophrènes qui consomment de l'alcool, des médicaments sur ordonnance, des médicaments en vente libre ou d'autres drogues illicites d'une manière nocive et qu'ils sont en mesure de les traiter pour des troubles concomitants.

Indicateurs de qualité

Indicateurs de processus

Pourcentage d'adultes hospitalisés faisant l'objet d'un diagnostic primaire de schizophrénie qui sont évalués pour la toxicomanie

- Dénominateur : nombre total d'adultes faisant l'objet d'un diagnostic primaire de schizophrénie qui sont admis en milieu hospitalier ou qui ont consulté un service des urgences
- Numérateur : nombre de personnes comprises dans le dénominateur qui sont évaluées pour la toxicomanie
- Source des données : collecte de données locales

Pourcentage d'adultes faisant l'objet d'un diagnostic primaire de schizophrénie qui se sont présentés à l'hôpital avec un problème de toxicomanie et qui se font offrir un traitement pour les troubles concomitants

- Dénominateur : nombre total d'adultes faisant l'objet d'un diagnostic primaire de schizophrénie qui sont admis en milieu hospitalier ou qui ont consulté un service des urgences et qui sont évalués et identifiés comme ayant un problème de toxicomanie (sauf les adultes qui ont reçu un aiguillage pour le traitement des troubles concomitants pour lesquels ils sont actuellement en attente)
- Numérateur : nombre de personnes comprises dans le dénominateur qui se font offrir un traitement pour les troubles concomitants
- Source des données : collecte de données locales

DÉFINITIONS UTILISÉES DANS LE PRÉSENT ÉNONCÉ DE QUALITÉ

Toxicomanie

Il s'agit de la consommation nocive d'alcool, de médicaments en vente libre, de médicaments sur ordonnance ou d'autres drogues illicites.

Évaluation de la santé physique

Les adultes hospitalisés faisant l'objet d'un diagnostic primaire de schizophrénie doivent subir une évaluation de la santé physique axée sur les affections courantes chez les personnes schizophrènes. Cette évaluation oriente l'élaboration du plan de soins.

Contexte

Les adultes schizophrènes ont une santé physique plus mauvaise et une espérance de vie plus courte que la population générale : les hommes schizophrènes meurent 20 ans plus tôt et les femmes, 15 ans plus tôt⁸. La cause de décès la plus courante est la maladie cardiovasculaire, ce qui est en partie le fait de facteurs de risque modifiables comme l'obésité, le tabagisme,

le diabète, l'hypertension et la dyslipidémie¹⁰. Les antipsychotiques peuvent être associés à la prise de poids et aggraver d'autres facteurs de risque métaboliques ou cardiovasculaires. Il est nécessaire d'évaluer exhaustivement la santé physique en mettant l'accent sur les facteurs de risque cardiovasculaires et le diabète afin de permettre un traitement, au besoin.

Sources : Association des psychiatres du Canada, 2005⁷ | National Institute for Health and Care Excellence, 2014⁸ | Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2013⁹

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les patients

Vous devriez subir un examen physique chaque fois que vous êtes admis à l'hôpital. L'examen devrait se concentrer sur les conditions qui sont courantes dans les cas de schizophrénie (par exemple, les maladies cardiaques et le diabète), et il devrait servir à établir votre plan de soins.

Pour les cliniciens

Effectuer une évaluation de la santé physique qui est axée sur les affections courantes chez les personnes schizophrènes. Les résultats de ces évaluations orienteront le plan de soins des patients.

Pour les services de santé

Veiller à ce que des systèmes, des processus et des ressources soient en place pour que les équipes de soins de santé puissent effectuer des évaluations complètes de la santé physique des personnes schizophrènes pendant leur séjour à l'hôpital, notamment l'accès aux outils et aux protocoles normalisés pour l'évaluation de la santé physique.

Indicateurs de qualité

Indicateurs de processus

Pourcentage d'adultes hospitalisés faisant l'objet d'un diagnostic primaire de schizophrénie qui ont reçu une évaluation complète de la santé physique, y compris des examens diagnostiques métaboliques, au cours de la dernière année

- Dénominateur : nombre total d'adultes hospitalisés faisant l'objet d'un diagnostic primaire de schizophrénie
- Numérateur : nombre de personnes comprises dans le dénominateur qui ont reçu une évaluation complète de la santé physique, notamment des examens diagnostiques métaboliques, au cours de la dernière année
- Source des données : collecte de données locales

DÉFINITIONS UTILISÉES DANS LE PRÉSENT ÉNONCÉ DE QUALITÉ

Évaluation de la santé physique

Le professionnel de la santé devrait évaluer les éléments suivants :

- le poids, l'indice de masse corporelle et la circonférence de la taille;
- le pouls et la tension artérielle;
- la glycémie à jeun ou l'hémoglobine glyquée (fraction HbA1c);
- le panel des lipides (cholestérol total, lipoprotéines de faible densité et de haute densité, triglycérides);
- les signes et les symptômes extrapyramidaux;
- la santé physique générale (avec une attention particulière aux affections courantes telles que la maladie cardiovasculaire et la maladie pulmonaire);
- des tests de dépistage adaptés à l'âge;
- l'apport nutritionnel.

Indicateurs de processus SUITE

Pourcentage d'adultes hospitalisés faisant l'objet d'un diagnostic primaire de schizophrénie qui n'ont pas reçu une évaluation complète de la santé physique, y compris des examens diagnostiques métaboliques, au cours de la dernière année, mais qui en ont reçu une au cours de l'hospitalisation actuelle

- Dénominateur : nombre total d'adultes hospitalisés faisant l'objet d'un diagnostic primaire de schizophrénie n'ont pas reçu une évaluation complète de la santé physique, y compris des examens diagnostiques métaboliques, au cours de la dernière année
- Numérateur : nombre de personnes comprises dans le dénominateur qui ont reçu une évaluation complète de la santé physique, notamment des examens diagnostiques métaboliques, au cours de l'hospitalisation actuelle
- Source des données : collecte de données locales

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

Les adultes hospitalisés faisant l'objet d'un diagnostic primaire de schizophrénie se font offrir des interventions qui promeuvent l'activité physique et une saine alimentation.

Contexte

Une mauvaise alimentation et nutrition, un gain de poids et un manque d'activité physique chez les personnes schizophrènes contribuent à des taux élevés de comorbidités physiques, comme le diabète de type 2 et une espérance de vie réduite, en particulier à cause de la maladie cardiovasculaire⁸. Offrir aux personnes schizophrènes des interventions visant à favoriser

l'activité physique et une saine alimentation peut aider à améliorer leur santé physique et mentale. En outre, plusieurs des médicaments utilisés pour traiter la schizophrénie peuvent entraîner un gain de poids. Ces effets indésirables devraient être atténués autant que possible en encourageant l'activité physique et une saine alimentation.

Sources : National Institute for Health and Care Excellence, 2014⁸ | Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2013⁹

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les patients

Vous devriez vous faire offrir des services ou des programmes qui vous encouragent à faire de l'exercice et à manger sainement. Ces étapes peuvent aider à améliorer votre santé physique et mentale.

Pour les cliniciens

Offrir aux personnes schizoéphrènes des interventions combinées qui favorisent l'activité physique et une saine alimentation.

Pour les services de santé

Veiller à ce qu'il y ait des interventions offertes dans les hôpitaux qui favorisent, d'une manière combinée, l'activité physique et une saine alimentation pour les personnes schizoéphrènes.

Indicateurs de qualité

Indicateur de processus

Pourcentage d'adultes hospitalisés faisant l'objet d'un diagnostic primaire de schizoéphrénie qui bénéficient d'interventions qui favorisent l'activité physique et (ou) une saine alimentation

- Dénominateur : nombre total d'adultes hospitalisés faisant l'objet d'un diagnostic primaire de schizoéphrénie
- Numérateur : nombre de personnes comprises dans le dénominateur qui :
 - bénéficient d'interventions qui favorisent l'activité physique;
 - bénéficient d'interventions qui favorisent une saine alimentation;
 - bénéficient d'interventions qui favorisent l'activité physique et une saine alimentation
- Source des données : collecte de données locales

Indicateur structurel

Disponibilité de programmes pour les adultes hospitalisés faisant l'objet d'un diagnostic primaire de schizoéphrénie qui favorisent une saine alimentation ou l'activité physique

- Source des données : collecte de données locales

DÉFINITIONS UTILISÉES DANS LE PRÉSENT ÉNONCÉ DE QUALITÉ

Interventions qui favorisent l'activité physique et une saine alimentation

Ces interventions comportementales, offertes à l'hôpital, peuvent suivre un modèle d'autoprise en charge des maladies chroniques ou une démarche fondée sur les renseignements. Elles fournissent des renseignements et du soutien pour accroître le niveau d'activité physique et adopter une saine alimentation.

Promotion de l'abandon du tabagisme

Les adultes hospitalisés faisant l'objet d'un diagnostic primaire de schizophrénie se font offrir des interventions comportementales et pharmacologiques pour atténuer les symptômes de sevrage de la nicotine et les aider à cesser de fumer ou à fumer moins.

Contexte

Les taux de tabagisme chez les personnes schizophrènes sont beaucoup plus élevés que dans la population générale¹¹. Un tabagisme lourd contribue aux principales causes de morbidité et de mortalité chez les personnes schizophrènes¹². Le tabagisme peut également nuire à

l'efficacité et aux mécanismes d'action de certains antipsychotiques¹³. Les personnes schizophrènes devraient se faire offrir des interventions pour cesser de fumer ou fumer moins qui correspondent à leur niveau d'ouverture à ce changement.

Source : National Institute for Health and Care Excellence, 2014⁹

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les patients

Vous devriez vous faire offrir des services ou des programmes qui peuvent vous aider à cesser de fumer ou à fumer moins. Abandonner ou réduire l'usage du tabac peut aider à améliorer votre santé physique et mentale.

Pour les cliniciens

Offrir des interventions comportementales, des conseils ou des médicaments visant l'abandon du tabac aux personnes schizophrènes qui fument du tabac pour soulager leurs symptômes de sevrage de la nicotine et qui les aident à cesser de fumer ou à moins fumer.

Pour les services de santé

Veiller à ce qu'il y ait des interventions comportementales et des médicaments visant l'abandon du tabac dans les hôpitaux pour les personnes schizophrènes qui fument.

Indicateurs de qualité

Indicateur de processus

Pourcentage d'adultes hospitalisés faisant l'objet d'un diagnostic primaire de schizophrénie qui fument qui reçoivent des interventions comportementales et (ou) pharmacologiques pour atténuer les symptômes de sevrage de la nicotine et les aider à cesser de fumer ou à fumer moins

- Dénominateur : nombre total d'adultes hospitalisés faisant l'objet d'un diagnostic primaire de schizophrénie qui sont actuellement des fumeurs ou qui cessent de fumer, mais présentant des symptômes de sevrage de la nicotine
- Numérateur : nombre de personnes comprises dans le dénominateur qui reçoivent des interventions comportementales et (ou) pharmacologiques pour atténuer les symptômes de sevrage de la nicotine et qui les aideront à cesser de fumer ou à fumer moins
- Source des données : collecte de données locales

DÉFINITIONS UTILISÉES DANS LE PRÉSENT ÉNONCÉ DE QUALITÉ

Interventions pour aider à cesser de fumer ou à moins fumer

Ces interventions peuvent être offertes à l'hôpital et comprennent ce qui suit :

- des entrevues de motivation;
- du soutien comportemental;
- des produits de thérapie de remplacement de la nicotine (p. ex., des timbres transdermiques, de la gomme, des cartouches d'inhalation, des comprimés sublinguaux ou des vaporisations) comme la varenicline ou le bupropion;
- une pharmacothérapie d'une dose adéquate.

Traitement avec la clozapine

Les adultes hospitalisés faisant l'objet d'un diagnostic primaire de schizophrénie qui n'ont pas répondu à des essais adéquats de traitement avec les deux médicaments antipsychotiques se font offrir de la clozapine.

Contexte

La clozapine est prouvée comme étant très efficace et il s'agit du traitement de choix si une personne

schizophrène répond partiellement ou ne répond pas du tout à d'autres traitements antipsychotiques⁸.

Sources : Association des psychiatres du Canada, 2005⁷ | National Institute for Health and Care Excellence, 2014⁸ |

Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2013⁹

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les patients

Si vous avez essayé au moins deux différents antipsychotiques et que votre état ne s'est pas amélioré, vous devriez vous faire offrir de la clozapine. La clozapine est prise par voie orale.

Pour les cliniciens

Offrir aux personnes schizophrènes de la clozapine si elles ont essayé deux antipsychotiques sans succès.

Pour les services de santé

Au moyen de systèmes et de services dotés adéquatement de ressources, veiller à ce que les cliniciens soient en mesure d'offrir de la clozapine comme traitement aux personnes schizophrènes qui sont hospitalisées.

DÉFINITIONS UTILISÉES DANS LE PRÉSENT ÉNONCÉ DE QUALITÉ

Absence de réponse

Situation dans laquelle la schizophrénie ne s'améliore pas malgré la posologie adéquate et les durées de deux essais d'antipsychotiques, avec une assurance raisonnable de l'observance de la pharmacothérapie au cours des essais. Les essais pourraient ou non avoir commencé dans un milieu hospitalier.

Indicateurs de qualité

Indicateurs de processus

Pourcentage d'adultes hospitalisés faisant l'objet d'un diagnostic primaire de schizophrénie qui n'ont pas répondu de façon adéquate à un traitement avec au moins deux antipsychotiques et qui se font offrir de la clozapine

- Dénominateur : nombre total d'adultes hospitalisés faisant l'objet d'un diagnostic primaire de schizophrénie qui n'ont pas répondu de façon adéquate à un traitement avec au moins deux antipsychotiques
- Numérateur : nombre de personnes comprises dans le dénominateur qui se font offrir de la clozapine pendant leur hospitalisation
- Source des données : collecte de données locales

Pourcentage d'adultes hospitalisés faisant l'objet d'un diagnostic primaire de schizophrénie qui n'ont pas répondu de façon adéquate à un traitement avec au moins deux antipsychotiques et qui ont reçu de la clozapine

- Dénominateur : nombre total d'adultes hospitalisés faisant l'objet d'un diagnostic primaire de schizophrénie qui n'ont pas répondu de façon adéquate à un traitement avec au moins deux antipsychotiques et qui se font offrir de la clozapine
- Numérateur : nombre de personnes comprises dans le dénominateur qui ont reçu de la clozapine pendant leur hospitalisation
- Source des données : collecte de données locales

Traitement avec des antipsychotiques à action prolongée par voie d'injection

Les adultes hospitalisés faisant l'objet d'un diagnostic primaire de schizophrénie se font offrir un traitement avec des antipsychotiques à action prolongée par voie d'injection.

Contexte

Les antipsychotiques à action prolongée administrés par voie d'injection peuvent améliorer l'observance au traitement et prévenir les rechutes. Une rechute à une psychose plus active peut avoir une incidence sur l'évolution de la maladie. Contrairement au traitement avec des antipsychotiques administrés par voie orale, le traitement par des médicaments à action prolongée administrés par voie d'injection peut aider le clinicien

à connaître le niveau d'observance de la pharmacothérapie. D'autres avantages potentiels comprennent un risque réduit de surdose involontaire ou volontaire et un contact régulier requis entre la personne et l'équipe de soins de santé¹⁴. Les personnes schizophrènes qui commencent l'administration d'un médicament à action prolongée par voie injectable à l'hôpital doivent prendre un rendez-vous pour continuer leur traitement.

Sources : Association des psychiatres du Canada, 2005⁷ | National Institute for Health and Care Excellence, 2014⁸ | Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2013⁹ | Organisation mondiale de la Santé, 2012¹⁵

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les patients

Vous devriez vous faire offrir des antipsychotiques à action prolongée. Ces médicaments sont administrés par voie d'injection une ou deux fois par mois.

Pour les cliniciens

Offrir l'option de prendre des antipsychotiques à action prolongée par voie injectable aux personnes schizoéphrènes. Offrir cette option tôt au cours du traitement avec un antipsychotique.

Pour les services de santé

Au moyen de systèmes et de services dotés adéquatement de ressources, veiller à ce que les cliniciens soient en mesure d'offrir des antipsychotiques à action prolongée par voie injectable aux personnes schizoéphrènes.

Indicateurs de qualité

Indicateurs de processus

Pourcentage d'adultes hospitalisés faisant l'objet d'un diagnostic primaire de schizoéphrénie qui se font offrir un antipsychotique à action prolongée par voie d'injection

- Dénominateur : nombre total d'adultes hospitalisés faisant l'objet d'un diagnostic primaire de schizoéphrénie
- Numérateur : nombre de personnes comprises dans le dénominateur qui se font offrir un antipsychotique à action prolongée par voie d'injection pendant leur hospitalisation
- Source des données : collecte de données locales

Pourcentage d'adultes hospitalisés faisant l'objet d'un diagnostic primaire de schizoéphrénie qui reçoivent un antipsychotique à action prolongée par voie d'injection

- Dénominateur : nombre total d'adultes hospitalisés faisant l'objet d'un diagnostic primaire de schizoéphrénie
- Numérateur : nombre de personnes comprises dans le dénominateur qui reçoivent un antipsychotique à action prolongée par voie d'injection pendant leur hospitalisation
- Source des données : collecte de données locales

DÉFINITIONS UTILISÉES DANS LE PRÉSENT ÉNONCÉ DE QUALITÉ

Antipsychotiques à action prolongée par voie d'injection

Ces médicaments sont injectés toutes les 2 à 4 semaines. L'option de traitement avec des antipsychotiques à action prolongée par voie d'injection devrait être offerte tôt au cours du traitement avec un antipsychotique.

Thérapie cognitivo-comportementale

Les adultes hospitalisés faisant l'objet d'un diagnostic primaire de schizophrénie se font offrir de la thérapie cognitivo-comportementale individuelle pour la psychose, soit dans un milieu hospitalier ou dans le cadre d'un plan de soins après hospitalisation.

Contexte

La thérapie cognitivo-comportementale est un type de psychothérapie qui aide une personne à devenir plus consciente de ses croyances et ses schémas de pensée. Elle aide à mettre en place des stratégies pour modifier ces croyances et ces schémas pour

atteindre un résultat positif. La thérapie cognitivo-comportementale pour les psychoses, en plus de la prise d'antipsychotiques, peut réduire la gravité des symptômes et les taux de réhospitalisation chez les personnes schizophrènes⁸.

Sources : Association des psychiatres du Canada, 2005⁷ | National Institute for Health and Care Excellence, 2014⁸ | Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2013⁹ | Organisation mondiale de la Santé, 2012¹⁵

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les patients

Vous devriez vous faire offrir de la thérapie cognitivo-comportementale. Ce type de psychothérapie permet d'acquérir des compétences et des stratégies afin d'être et de rester en santé en se concentrant sur les problèmes de la vie quotidienne et la façon dont les perceptions peuvent avoir une incidence sur les sentiments.

Pour les cliniciens

Offrir aux personnes schizophrènes de la thérapie cognitivo-comportementale individuelle pour la psychose qu'elles peuvent obtenir à l'hôpital ou dans la collectivité après leur hospitalisation. Les informer que cette thérapie est plus efficace lorsqu'elle est donnée en concomitance avec des antipsychotiques.

Pour les services de santé

Au moyen de systèmes et de services dotés adéquatement de ressources, veiller à ce que les personnes schizophrènes puissent obtenir de la thérapie cognitivo-comportementale pour les psychoses sur une base individuelle, soit à l'hôpital ou dans la collectivité après l'hospitalisation. Veiller à ce que les cliniciens soient au courant de ces services et puissent y aiguiller des personnes.

DÉFINITIONS UTILISÉES DANS LE PRÉSENT ÉNONCÉ DE QUALITÉ

Thérapie cognitivo-comportementale pour la psychose

Cette thérapie devrait être :

- commencée en milieu hospitalier. Par ailleurs, l'évaluation devrait avoir lieu à l'hôpital, avec un aiguillage pour de la thérapie cognitivo-comportementale après l'hospitalisation;
- offerte sur une base individuelle pendant au moins 16 séances planifiées;
- offerte par un thérapeute ayant suivi une formation appropriée conformément au manuel de traitement.

Indicateurs de qualité

Indicateurs de processus

Pourcentage d'adultes hospitalisés faisant l'objet d'un diagnostic primaire de schizophrénie qui se font évaluer pour la pertinence d'une thérapie cognitivo-comportementale pour leur psychose

- Dénominateur : nombre total d'adultes hospitalisés faisant l'objet d'un diagnostic primaire de schizophrénie
- Numérateur : nombre de personnes comprises dans le dénominateur qui se font évaluer pour la pertinence d'une thérapie cognitivo-comportementale pour leur psychose
- Sources des données : collecte de données locales

Pourcentage d'adultes hospitalisés faisant l'objet d'un diagnostic primaire de schizophrénie qui se font évaluer pour la pertinence d'une thérapie cognitivo-comportementale pour leur psychose et qui se font aiguiller vers une telle thérapie

- Dénominateur : nombre total d'adultes hospitalisés faisant l'objet d'un diagnostic primaire de schizophrénie qui se font évaluer pour la pertinence d'une thérapie cognitivo-comportementale pour leur psychose et pour lesquels une thérapie cognitivo-comportementale est jugée pertinente
- Numérateur : nombre de personnes comprises dans le dénominateur qui se font aiguiller vers une thérapie cognitivo-comportementale pour leur psychose
- Source des données : collecte de données locales

Indicateur structurel

Disponibilité de thérapie cognitivo-comportementale à l'hôpital ou un aiguillage vers une thérapie cognitivo-comportementale offerte en milieu communautaire pour les adultes schizophrènes

- Source des données : collecte de données locales

Intervention familiale

Les adultes hospitalisés faisant l'objet d'un diagnostic primaire de schizophrénie se font offrir des interventions familiales.

Contexte

L'intervention familiale vise à améliorer le soutien et la résilience et à accroître la qualité de la communication et de la résolution de problème avec la famille, les personnes soignantes et les personnes du cercle de soutien personnel d'une personne schizophrène.

Elle vise également à donner un aperçu de l'état de la personne et les signes et les symptômes pertinents afin d'améliorer la capacité des membres de la famille à prévoir et à aider à réduire le risque de rechute¹⁶.

Sources : Association des psychiatres du Canada, 2005⁷ | National Institute for Health and Care Excellence, 2014⁸ | Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2013⁹ | Organisation mondiale de la Santé, 2012¹⁵

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les patients

Votre famille, les personnes soignantes et les personnes de votre cercle de soutien personnel devraient se faire offrir des interventions afin de les aider à comprendre la schizophrénie et ses signes et symptômes. Ainsi, ils pourront mieux vous soutenir, vous aider à faire face à la situation et contribuer à prévenir toute rechute.

Pour les cliniciens

Offrir des interventions familiales aux personnes schizophrènes.

Pour les services de santé

Au moyen de systèmes et de services dotés adéquatement de ressources, veiller à ce que les fournisseurs de soins de santé dans les hôpitaux puissent fournir des interventions familiales aux personnes schizophrènes.

Indicateurs de qualité

Indicateur de processus

Pourcentage d'adultes hospitalisés faisant l'objet d'un diagnostic primaire de schizophrénie qui ont reçu une intervention familiale

- Dénominateur : nombre total d'adultes hospitalisés faisant l'objet d'un diagnostic primaire de schizophrénie (exclut les personnes sans famille et celles qui ne consentent pas à la participation de leur famille)
- Numérateur : nombre de personnes comprises dans le dénominateur qui :
 - reçoivent une intervention familiale au cours de leur séjour à l'hôpital ou
 - ont une intervention de la famille prévue dans leur plan après hospitalisation
- Source des données : collecte de données locales

Indicateur structurel

Disponibilité de programmes d'intervention familiale à l'hôpital ou un aiguillage à des programmes communautaires d'intervention familiale pour les adultes schizophrènes et les membres de leur famille

- Source des données : collecte de données locales

DÉFINITIONS UTILISÉES DANS LE PRÉSENT ÉNONCÉ DE QUALITÉ

Familles

Ce terme comprend les membres de la famille, les personnes dans le cercle de soutien personnel et les personnes soignantes qui vivent avec un adulte schizophrène ou qui ont des contacts proches avec lui.

Intervention familiale

Cette intervention devrait :

- inclure au moins 10 séances planifiées (ces séances peuvent avoir lieu en milieu hospitalier; des séances subséquentes devraient faire partie de la planification après l'hospitalisation);
- être donnée par un praticien adéquatement qualifié;
- être adaptée aux caractéristiques culturelles et spirituelles de la personne et de sa famille;
- tenir compte de la préférence de tous les membres de la famille pour une intervention avec une seule famille ou une intervention avec un groupe de plusieurs familles;
- tenir compte de la relation entre la famille et la personne schizophrène;
- recourir à la communication, à la résolution de problèmes et à l'information;
- prévoir la consignation des raisons discutées lorsqu'un patient décide de ne pas demander à sa famille de participer à l'intervention.

Rendez-vous de suivi après l'hospitalisation

Les adultes faisant l'objet d'un diagnostic primaire de schizophrénie ont un rendez-vous de suivi dans les 7 jours suivant leur hospitalisation.

Contexte

Un rendez-vous de suivi après l'hospitalisation aide à favoriser une transition de la personne à la collectivité. Ce rendez-vous permet de dépister les problèmes

associés aux médicaments; il aide également à maintenir la stabilité clinique et fonctionnelle et vise à prévenir la réadmission à l'hôpital.

Source : Consensus du comité consultatif

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les patients

Avant de quitter l'hôpital, vous devriez avoir pris un rendez-vous de suivi avec votre professionnel de soins de santé dans la collectivité.

Pour les cliniciens

Prendre des dispositions pour que les personnes schizophrènes aient un rendez-vous de suivi dans les 7 jours suivant leur hospitalisation.

Pour les services de santé

Veiller à ce que des systèmes, des processus et des ressources soient en place pour que les équipes de soins de santé puissent organiser un rendez-vous de suivi dans les 7 jours suivant une hospitalisation.

Indicateurs de qualité

Indicateurs de processus

Pourcentage de personnes hospitalisées faisant l'objet d'un diagnostic primaire de schizophrénie qui ont un rendez-vous de suivi dans les 7 jours suivant leur hospitalisation

- Dénominateur : nombre total d'adultes ayant obtenu leur congé après une hospitalisation pour un diagnostic primaire de schizophrénie
- Numérateur : nombre de personnes comprises dans le dénominateur qui ont un rendez-vous de suivi avec un fournisseur de soins les 7 jours suivant leur hospitalisation
- Source des données : collecte de données à l'échelle locale, données mesurables pour les médecins qui facturent des services au Régime d'assurance-santé de l'Ontario (RASO)

Pourcentage de personnes hospitalisées faisant l'objet d'un diagnostic primaire de schizophrénie qui ont un rendez-vous de suivi avec un médecin (fournisseur de soins primaires ou psychiatre) dans les 7 jours suivant leur hospitalisation

- Dénominateur : nombre total d'adultes ayant obtenu leur congé après une hospitalisation pour un diagnostic primaire de schizophrénie
- Numérateur : nombre de personnes hospitalisées comprises dans le dénominateur qui ont un rendez-vous de suivi avec un médecin (fournisseur de soins primaires ou psychiatre) dans les 7 jours suivant leur hospitalisation
- Sources des données : Base de données sur les congés des patients ou Système d'information ontarien sur la santé mentale de l'Institut canadien d'information sur la santé et RASO

DÉFINITIONS UTILISÉES DANS LE PRÉSENT ÉNONCÉ DE QUALITÉ

Rendez-vous de suivi

Cette consultation peut avoir lieu avec une des personnes suivantes :

- un travailleur en soutien des pairs formé;
- un professionnel inscrit ou non inscrit (p. ex., un chargé de cas, un travailleur social, un psychologue, un infirmier praticien, un ergothérapeute, un médecin généraliste ou médecin de famille ou un psychiatre).

Transitions en matière de soins

Les adultes faisant l'objet d'un diagnostic primaire de schizophrénie qui obtiennent leur congé d'un milieu hospitalier ont une équipe ou un fournisseur de soins qui est responsable de la communication, de la coordination et de la prestation d'un plan de soins qui est adapté à leurs besoins.

Contexte

Les transitions de l'hôpital sont importantes parce qu'elles peuvent entraîner le risque d'une interruption dans les soins d'une personne, la perte de renseignements cruciaux ou une mauvaise communication. Il est important

pour les personnes schizophrènes qui quittent l'hôpital d'avoir un plan de soins qui est partagé par leurs fournisseurs de soins à l'hôpital et ceux de la collectivité.

Source : Consensus du comité consultatif

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les patients

Vos professionnels des soins de santé à l'hôpital devraient travailler avec vous pour s'assurer que tous les renseignements importants sont transférés à vos nouveaux professionnels des soins de santé dans la collectivité et que vous êtes mis en contact avec les services de soutien dont vous avez besoin.

Pour les cliniciens

Lorsque vous donnez congé aux personnes, envoyez leur plan de soins à leur équipe ou leur fournisseur de soins qui sera responsable de la coordination, de la communication et de la prestation de leur plan de soins de façon continue.

Pour les services de santé

Veiller à ce que des systèmes, des processus et des ressources soient en place pour que les équipes de soins de santé puissent partager des renseignements de santé entre les établissements, y compris des plateformes de communication, des protocoles normalisés ainsi que des outils (par exemple, les protocoles de planification des congés). Plus précisément, veiller à ce que les hôpitaux puissent partager les plans de soins avec les fournisseurs de soins dans la collectivité une fois que les personnes obtiennent leur congé.

Indicateurs de qualité

Indicateurs de processus

Pourcentage d'adultes faisant l'objet d'un diagnostic primaire de schizophrénie qui ont obtenu leur congé de l'hôpital et dont le plan de soins est mis à la disposition du fournisseur récepteur dans un délai de 7 jours

- Dénominateur : nombre total d'adultes ayant obtenu leur congé après une hospitalisation pour un diagnostic primaire de schizophrénie qui ont un plan de soins documenté
- Numérateur : nombre de personnes comprises dans le dénominateur dont le plan de soins est mis à la disposition du fournisseur de soins destinataire dans les 7 jours suivant leur hospitalisation
- Source des données : collecte de données locales

DÉFINITIONS UTILISÉES DANS LE PRÉSENT ÉNONCÉ DE QUALITÉ

Transition de soins

Ce processus comprend :

- le transfert du plan de soins;
- la transmission des antécédents de traitement, y compris les traitements qui ont réussi et ceux qui ont échoué;
- les dispositions pour assurer un logement;
- les dispositions pour assurer des services de suivi dans la collectivité pour le patient ainsi que toute famille, personne soignante et personne du cercle de soutien personnel qui participent à son rétablissement;
- l'évaluation du niveau de services requis (évalué au moyen d'un outil ou d'un instrument, comme le système d'utilisation du niveau de soins [LOCUS]) pour faire correspondre l'intensité des ressources avec les soins requis.

Indicateurs de processus SUITE**Pourcentage d'adultes faisant l'objet d'un diagnostic primaire de schizophrénie qui n'ont pas de logement où vivre après leur hospitalisation**

- Dénominateur : nombre total d'adultes ayant obtenu leur congé après une hospitalisation pour un diagnostic primaire de schizophrénie
- Numérateur : nombre de personnes comprises dans le dénominateur qui n'ont pas de logement où vivre après leur hospitalisation
- Source des données : collecte de données locales

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

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

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

Justification

Autre que la thérapie cognitivo-comportementale, nous ne pouvons pas donner à l'heure actuelle une orientation sur l'utilisation d'autres traitements non pharmacologiques dans le milieu de soins actifs pour les adultes hospitalisés faisant l'objet d'un diagnostic primaire de schizophrénie. Il n'y a pas suffisamment de données probantes sur l'efficacité de ces traitements non pharmacologiques et il existe des incertitudes à propos des données probantes. D'autres données sont requises avant qu'un énoncé de qualité ne puisse être élaboré.

Remerciements

Comité consultatif

Qualité des services de santé Ontario tient à remercier les personnes suivantes pour leur contribution volontaire et généreuse de temps et d'expertise ayant permis de créer la présente norme de qualité :

April Collins (coprésidente)

Directrice générale,
Programme de traitement
de la schizophrénie,
Centre de toxicomanie et
de santé mentale

Philip Klassen (coprésident)

Vice-président,
services médicaux,
Centre des sciences de la
santé mentale Ontario Shores,
Université de Toronto

Ofer Agid

Psychiatre, Centre de
toxicomanie et de santé mentale,
professeur agrégé,
Université de Toronto

Howard E. Barbaree

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

Joanne Bezzubetz

Vice-présidente, Services de
prestation de soins, Services
de santé Royal Ottawa

Christopher Bowie

Professeur agrégé,
Département de psychologie,
Université Queen's

Patricia Cavanaugh

Chef, Cliniques de consultations
externes, Programme de
traitement de la schizophrénie,
Centre de toxicomanie et
de santé mentale

Alison Freeland

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

Kaili Gabriel

Travailleuse sociale,
Services de santé mentale
de Providence Care

Christine Holland

Conseillère en matière
d'expérience vécue,
vice-présidente, Ontario Family
Caregiver's Advisory Network

Sean Kidd

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

Terry Krupa

Professeur, Faculté des
sciences de la réadaptation,
Université Queen's

Paul Kurdyak

Directeur, Service de
résultats en santé et d'évaluation
du rendement, Centre de
toxicomanie et de santé mentale

Elizabeth (Betty) Lin

Scientifique indépendante,
Centre de toxicomanie et
de santé mentale,
professeure agrégée,
Université de Toronto,
professeure adjointe, Institute
for Clinical Evaluative Sciences

Sandy Marangos

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

Elizabeth McCay

Professeure, Université Ryerson,
Daphne Cockwell School of Nursing

Kwame McKenzie

Directeur médical, Centre de
toxicomanie et de santé mentale,
chef de la direction,
Wellesley Institute

Comité consultatif SUITE

David McNeill

Directeur médical, Services de santé intégrés, Centre des sciences de la santé mentale Ontario Shores

George Mihalakakos

Spécialiste du soutien par les pairs, Centre de toxicomanie et de santé mentale, conseiller en matière d'expérience vécue

Sandra Northcott

Psychiatre, St. Joseph's Health Care London/faculté de médecine et de chirurgie dentaire Schulich, Université Western

Chris Perlman

Professeur adjoint, faculté de la santé publique et des systèmes de santé, Université de Waterloo

Gary Remington

Responsable, cliniques de sous-spécialités, Programme de traitement de la schizophrénie, Centre de toxicomanie et de santé mentale, Université de Toronto

Robert Renwick

Conseiller en psychiatrie, London Health Sciences Centre, professeur adjoint, Université Western Ontario

Michael Sarin

Interniste général, Réadaptation pour diabète/maladie cardiaque, médecin de programme, Réseau universitaire de santé, Institut de réadaptation de Toronto

Chekkera Shammi

Psychiatre, Centre des sciences de la santé mentale Ontario Shores

Frank Sirotych

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

Christine Walter

Conseillère en matière d'expérience vécue

Références

- (1) RATNASINGHAM, S., J. Cairney, J. Rehm, H. Manson et P. A. Kurdyak, *Rapport sur le fardeau de la maladie mentale et de la toxicomanie en Ontario*, Un rapport de l'ICES/SPO, 2012, Toronto (Ontario) : Institute for Clinical Evaluative Sciences et Santé publique Ontario.
- (2) ANDERSON, K. K., J. Cheng, E. Susser, K. J. McKenzie et P. Kurdyak, « Incidence of psychotic disorders among first-generation immigrants and refugees in Ontario », *CMAJ*, vol. 187, n° 9 (2015), pp. E279 à E286.
- (3) WAHLBECK, K., J. Westman, M. Nordentoft, M. Gissler et T. M. Laursen, « Outcomes of Nordic mental health systems: life expectancy of patients with mental disorders », *Br. J. Psychiatry*, vol. 199, n° 6 (2011), pp. 453 à 458.
- (4) Qualité des services de santé Ontario, *Faire le point : Un rapport sur la qualité des services de santé mentale et de lutte contre les dépendances en Ontario*, 2015 [Internet], Toronto (Ontario) : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario [cité le 8 avril 2016]. Accessible à l'adresse : <http://www.hqontario.ca/portals/0/Documents/pr/theme-report-taking-stock-fr.pdf>.
- (5) Qualité des services de santé Ontario, Analyse non publiée, 2015. Situé à : Qualité des services de santé Ontario, Toronto (Ontario).
- (6) Commission de la santé mentale du Canada, Rétablissement [Internet]. Ottawa (Ontario) : La Commission c2016 [cité le 21 juillet 2016]. Accessible à l'adresse : <http://www.mentalhealth-commission.ca/Francais/focus-areas/retablissement>.
- (7) Association des psychiatres du Canada, « Lignes directrices cliniques pour le traitement de la schizophrénie », *Revue canadienne de la psychiatrie*, vol. 50, n° 13, Suppl. 1 (2005), pp. 7 à 57S.
- (8) National Collaborating Centre for Mental Health, *Psychosis and schizophrenia in adults: treatment and management*, National clinical guideline number 178 [Internet], London, R.-U. : National Institute for Health and Care Excellence; 2014 [cité le 5 octobre 2015]. Accessible à l'adresse : <https://www.nice.org.uk/guidance/cg178/evidence/full-guideline-490503565>.
- (9) Scottish Intercollegiate Guidelines Network, *Management of schizophrenia*. SIGN publication n° 131 [Internet], Edinburgh, Écosse: Scottish Intercollegiate Guidelines Network; 2013 [cité le 5 octobre 2015]. Accessible à l'adresse : <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign131.pdf>.
- (10) DE HERT, M., J. M. Dekker, D. Wood, K. G. Kahl, R. I. Holt et H. J. Moller, « Cardiovascular disease and diabetes in people with severe mental illness position statement from the European Psychiatric Association (EPA), supported by the European Association for the Study of Diabetes (EASD) and the European Society of Cardiology (ESC) », *European Psychiatry*, vol. 24, n° 6 (2009), pp. 412 à 424.

- (11) DE LEON, J. et F. J. Diaz, « A meta-analysis of worldwide studies demonstrates an association between schizophrenia and tobacco smoking behaviors », *Schizophr Res.*, vol. 76, n^{os} 2-3, pp. 135 à 157.
- (12) KELLY, D. L., R. P. McMahon, H. J. Wehring, F. Liu, K. M. Mackowick, D. L. Boggs et coll., « Cigarette smoking and mortality risk in people with schizophrenia », *Schizophr Bull*, vol. 37, n^o 4 (2011), pp. 832 à 838.
- (13) DESAI, H. D., J. Seabolt et M. W. Jann, « Smoking in patients receiving psychotropic medications: a pharmacokinetic perspective », *CNS Drugs*, vol. 15, n^o 6 (2001), pp. 469 à 494.
- (14) AGID, O., G. Foussias et G. Remington, « Long-acting injectable antipsychotics in the treatment of schizophrenia: their role in relapse prevention », *Expert Opin Pharmacother*, vol. 11, n^o 14 (2010), pp. 2301 à 2317.
- (15) Organisation mondiale de la Santé, *Evidence-based recommendations for management of psychosis and bipolar disorders in non-specialized health settings* [Internet], Genève, Suisse, The Organization; 2012 [cité le 5 octobre 2015]. Accessible à l'adresse : http://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/psychosis/en/.
- (16) PHAROAH, F., J. Mari, J. Rathbone et W. Wong, « Family intervention for schizophrenia », *Cochrane Database Syst Rev*, n^o 12 (2010), Cd000088.

**Qualité des services
de santé Ontario**

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

Tél. : 416 323-6868

Sans frais : 1 866 623-6868

Télééc. : 416 323-9261

Courriel : QualityStandards@hqontario.ca

www.hqontario.ca

Normes
de qualité

La schizophrénie

Soins destinés aux adultes
dans les hôpitaux

ISBN 978-1-4606-8803-8 (Imprimé)
ISBN 978-1-4606-8804-5 (PDF)

© Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2016