

**Normes
de qualité**

La schizophrénie

Soins destinés aux adultes
dans la collectivité

**Qualité des services
de santé Ontario**

Améliorons notre système de santé



Sommaire

Cette norme de qualité porte sur les soins offerts aux adultes de 18 ans et plus ayant un diagnostic de schizophrénie, y compris des troubles connexes tels qu'un trouble schizoaffectif. La norme de qualité met l'accent sur les soins fournis dans la collectivité, y compris les soins primaires, les services de consultation externes, les programmes de réadaptation, les soins dans les établissements correctionnels ainsi que les soutiens et services communautaires. Elle fournit également des conseils sur l'intervention en cas de psychose précoce pour les personnes qui présentent un premier épisode de schizophrénie.

Pour une norme de qualité portant sur les soins offerts aux adultes atteints de schizophrénie qui se présentent au service des urgences ou qui sont admis à l'hôpital, veuillez consulter la norme de qualité *Schizophrénie : Soins destinés aux adultes dans les hôpitaux.*

Table des matières

| | |
|---|----|
| À propos de nos normes de qualité | 1 |
| Comment utiliser les normes de qualité | 1 |
| À propos de cette norme de qualité | 2 |
| Portée de cette norme de qualité | 2 |
| Terminologie utilisée dans cette norme de qualité | 2 |
| Pourquoi cette norme de qualité est-elle nécessaire? | 4 |
| Principes sous-jacents de cette norme de qualité | 5 |
| Moyens de mesurer le succès | 7 |
| Énoncés de qualité en bref | 9 |
| Énoncé de qualité 1 : Plan de soins et évaluation complète | 11 |
| Énoncé de qualité 2 : Évaluation de la santé physique | 16 |
| Énoncé de qualité 3 : Autogestion | 20 |
| Énoncé de qualité 4 : Sensibilisation, soutien et intervention auprès des familles | 23 |
| Énoncé de qualité 5 : Accès à des services communautaires de soins intensifs | 27 |
| Énoncé de qualité 6 : Logement | 33 |
| Énoncé de qualité 7 : Monothérapie avec antipsychotiques | 36 |
| Énoncé de qualité 8 : Traitement avec des antipsychotiques à action prolongée par voie d'injection | 41 |
| Énoncé de qualité 9 : Traitement avec la clozapine | 44 |
| Énoncé de qualité 10 : Poursuite de la prise d'antipsychotiques | 47 |

TABLE DES MATIÈRES SUITE DE LA PAGE PRÉCÉDENTE

| | |
|---|----|
| Énoncé de qualité 11 : Thérapie cognitivo-comportementale pour la psychose et les autres interventions psychosociales | 51 |
| Énoncé de qualité 12 : Promotion de l'activité physique et d'une saine alimentation | 56 |
| Énoncé de qualité 13 : Promotion de la cessation du tabagisme | 59 |
| Énoncé de qualité 14 : Évaluation et traitement de la toxicomanie | 62 |
| Énoncé de qualité 15 : Emploi et soutien au travail | 66 |
| Énoncé de pratique émergente : Soutien par les pairs et autres approches | 70 |
| Remerciements | 71 |
| Références | 73 |
| À propos de Qualité des services de santé Ontario | 78 |

À propos de nos normes de qualité

Qualité des services de santé Ontario, en collaboration avec des experts cliniques, des patients, des résidents et des aidants naturels 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 les aidants naturels à savoir quelles questions poser en lien avec leurs soins;
- aider les professionnels de la 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 de la santé à mesurer, à évaluer et à améliorer leur performance en matière de soins aux patients.

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

Comment utiliser les normes de qualité

Les normes de qualité informent les fournisseurs de soins et les organismes des caractéristiques des soins de santé de qualité supérieure sur le plan des aspects des soins qui sont désignés comme étant une priorité pour améliorer la qualité dans la province. Elles sont fondées sur les meilleures données probantes disponibles.

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 les processus, la structure, 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 cette norme de qualité

Portée de cette norme de qualité

Cette norme de qualité porte sur les soins offerts aux adultes de 18 ans et plus ayant un diagnostic primaire de schizophrénie, y compris des troubles connexes tels qu'un trouble schizo-affectif. Elle fournit également des conseils sur l'intervention en cas de psychose précoce pour les personnes qui présentent un premier épisode de schizophrénie. La norme de qualité met l'accent sur les soins fournis dans la collectivité, y compris les soins primaires, les services de consultation externes, les programmes de réadaptation ainsi que les soutiens et services communautaires.

La norme de qualité porte également sur les soins dans les établissements correctionnels. Les personnes atteintes de schizophrénie et d'autres problèmes de santé mentale sont représentées de façon disproportionnée dans le système correctionnel¹. Pour certaines personnes atteintes de schizophrénie, le premier point de contact à l'égard des soins de santé mentale a lieu à la suite

de démêlés avec le système correctionnel. Pour ces personnes, il est particulièrement important que les processus de dépistage à l'admission soient suffisamment développés pour que les personnes touchées puissent recevoir un diagnostic de schizophrénie.

Pour une norme de qualité portant sur les soins offerts aux adultes atteints de schizophrénie qui se présentent au service des urgences ou qui sont admis à l'hôpital, veuillez consulter la norme de qualité [Schizophrénie : Soins destinés aux adultes dans les hôpitaux](#).

La présente norme comprend 15 énoncés de qualité portant sur des aspects cernés par le Comité consultatif de la norme de qualité sur les soins fournis dans la collectivité pour la schizophrénie de Qualité des services de santé Ontario et présentés comme ayant un potentiel d'amélioration élevé des soins offerts dans la collectivité aux adultes atteints de schizophrénie.

Terminologie utilisée dans cette norme de qualité

Professionnels de la santé, fournisseurs et équipe de soins de santé

Dans la présente norme de la qualité, « professionnels de la santé » désigne les professionnels réglementés, comme les médecins, les infirmiers, les infirmiers praticiens, les pharmaciens, les physiothérapeutes, les psychologues, les ergothérapeutes, les travailleurs sociaux et les orthophonistes. Le terme « fournisseurs de soins de santé » est utilisé lorsque nous incluons également les

professionnels non réglementés, comme le personnel de loisirs thérapeutiques, les travailleurs en soutien des pairs, le personnel administratif et le personnel de soins spirituels. Le terme « équipe de soins de santé » fait référence à toute personne qui participe à la prestation de soins (y compris les professionnels de la santé et les fournisseurs de soins de santé).

Mandataire spécial

« Mandataire spécial » fait référence à une personne qui prend des décisions en matière de soins et de traitement au nom d'une autre personne si celle-ci devient mentalement incapable de prendre des décisions. La capacité est déterminée selon le problème ou la tâche². Le mandataire spécial et la personne devraient discuter régulièrement de leurs objectifs, de leurs souhaits, de leurs valeurs et de leurs croyances afin que le mandataire spécial puisse participer au processus de consentement aux soins de santé si nécessaire. Le mandataire spécial prend des décisions en se fondant sur sa compréhension de la volonté d'une personne ou, si les souhaits ne sont pas connus ou ne peuvent être mis en application, fait des choix conformes aux valeurs et aux croyances connues et dans l'intérêt de la personne.

La *Loi de 1996 sur le consentement aux soins de santé* de l'Ontario énonce une liste hiérarchique des personnes qui pourraient automatiquement être considérées comme mandataire spécial si une personne devient incapable de prendre des décisions sur ses propres soins³. Si une personne capable préfère assigner ce rôle à une personne autre que son mandataire spécial assigné, elle peut officiellement nommer quelqu'un d'autre par l'entremise d'une « procuration relative au soin de la personne⁴ ». Il s'agit d'un document juridique dans lequel une personne donne à une autre personne le pouvoir de prendre des décisions en son nom concernant ses soins de santé personnels si elle devient incapable de le faire².

Capacité ou capacité mentale

En vertu de la *Loi de 1996 sur le consentement aux soins de santé* de l'Ontario, une personne est capable à l'égard des décisions en matière de soins de santé si elle est apte à comprendre les renseignements pertinents pour prendre une décision éclairée et à évaluer les conséquences d'une décision ou de l'absence de décision³. La capacité est déterminée selon le problème ou la tâche². La capacité propre à chaque personne à comprendre les renseignements et à évaluer les décisions qui doivent être prises devrait

être respectée afin que soient reconnues ses capacités⁵. Une personne peut être capable à l'égard des décisions en matière de soins de santé, mais incapable à l'égard d'autres décisions³. Une personne peut également être capable de prendre une décision relative aux soins de santé à un moment, mais incapable à un autre³. Si une personne est incapable à l'égard d'une décision de soins de santé relative à un traitement ou à un plan de traitement, le mandataire spécial peut donner ou refuser son consentement au nom de la personne³.

Ordonnance de traitement en milieu communautaire

Une « ordonnance de traitement en milieu communautaire » renvoie à un ordre juridique, émis par un médecin, qui énonce le plan complet de traitement ou de soins en milieu communautaire d'une personne atteinte d'une maladie mentale grave ayant eu des difficultés à gérer ses symptômes dans la collectivité⁶. S'appuyant sur un plan de traitement en milieu communautaire, l'ordonnance fait état des médicaments, des rendez-vous médicaux et des autres aspects des soins que le médecin juge nécessaires pour permettre à la personne de rester en santé dans la collectivité plutôt que de devoir rester à l'hôpital⁷. Le plan peut inclure, sans toutefois s'y limiter, les soins énoncés dans la présente norme de qualité.

Une ordonnance de traitement en milieu communautaire est élaborée par le médecin en collaboration avec la personne recevant le traitement ou son mandataire spécial, le cas échéant, et les organismes ou les gens de la collectivité qui assisteront la personne⁷. Une ordonnance de traitement en milieu communautaire n'est valide que si la personne ou son mandataire spécial donne son consentement⁷. 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 communautaire⁶.

Pourquoi cette norme de qualité est-elle nécessaire?

La schizophrénie est un problème de santé mentale grave et chronique qui commence normalement 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 comprennent des hallucinations, des idées délirantes et des troubles d'élocution et du comportement⁸. Les symptômes négatifs comprennent l'apathie, le retrait social, l'absence d'émotions et un discours restreint dans sa quantité et son contenu⁸. Les symptômes cognitifs comprennent des problèmes de mémoire, d'attention, de planification et d'organisation⁹.

Au Canada, environ 1 personne sur 100 est atteinte de schizophrénie¹⁰. Un rapport de 2012 a révélé que la schizophrénie est l'une des cinq affections liées à la santé mentale et aux dépendances ayant la plus grande incidence sur la santé et la vie des personnes en Ontario¹¹. Le risque de développer la schizophrénie est influencé par une combinaison de facteurs génétiques, physiques, psychologiques et environnementaux¹². Le risque est plus élevé chez les hommes, les personnes qui vivent en ville et les familles récemment immigrées^{11,13}.

Les personnes atteintes de schizophrénie meurent environ 15 à 20 ans plus tôt que la population générale et la majorité de ces décès prématurés résultent de maladies cardiovasculaires ou respiratoires chroniques¹⁴. Les personnes atteintes de schizophrénie sont également beaucoup plus susceptibles de se suicider que les personnes non schizo-phrènes. De plus, les personnes atteintes de schizophrénie courent un risque accru de présenter d'autres troubles psychiatriques, notamment des troubles de consommation de substances, de la dépression et de l'anxiété. Elles sont également plus susceptibles de connaître des traumatismes, l'itinérance et le chômage^{12,15}.

Les personnes atteintes de schizophrénie font face à d'importantes lacunes dans la qualité des soins qu'elles reçoivent en Ontario. Seulement 25 % des personnes hospitalisées pour schizophrénie ou psychose reçoivent une consultation de suivi avec un médecin dans les 7 jours, et les personnes hospitalisées pour schizophrénie ont un taux élevé (12,5 %) de réadmission dans les 30 jours suivant leur congé¹⁶. Les taux de visites au service des urgences pour la schizophrénie varient considérablement d'une région à l'autre de la province¹⁷. L'accès aux psychiatres varie également dans l'ensemble de l'Ontario : En 2009, le nombre de

psychiatres par 100 000 personnes se situait entre 7,2 et 62,7 dans les 14 réseaux locaux d'intégration des services de santé de l'Ontario¹⁸.

Les personnes atteintes de schizophrénie sont touchées de façon disproportionnée par l'itinérance et ont souvent une situation de logement précaire¹⁹. Environ 520 700 personnes atteintes d'une maladie mentale sont mal logées au Canada et 119 800 d'entre eux sont sans-abri¹⁹. Les personnes atteintes de schizophrénie sont surreprésentées dans ces populations : on estime que 6 % des sans-abri de Toronto sont atteints de schizophrénie²⁰.

Les 15 énoncés de qualité qui composent la présente norme fournissent une orientation en matière de soins de qualité supérieure ainsi que des indicateurs visant à aider les professionnels de la santé et les organismes de soins de santé à mesurer la qualité des soins qu'ils prodiguent. Chaque énoncé comprend des détails sur les répercussions sur les personnes atteintes de schizophrénie, leurs familles et leurs aidants naturels, les professionnels de la santé, les fournisseurs de services communautaires, les services de soins de santé et les services communautaires de soutien en général.

Principes sous-jacents de cette norme de qualité

Cette norme de qualité est étayée par les principes du respect, de l'équité et de rétablissement. Comme décrit par la Commission de la santé mentale du

Canada, le « rétablissement est associé au fait de mener une vie satisfaisante, utile et empreinte d'espoir, même en présence des limites qu'impose la maladie

mentale²¹ ». La Commission ajoute que le « processus de rétablissement s'inspire des forces de la personne, de sa famille, de sa culture et de sa collectivité. Il peut être favorisé par de nombreux types de services, de mesures de soutien et de traitements²². »

Les personnes atteintes de schizophrénie ont droit à des services dans un environnement qui favorise l'espoir, la responsabilisation et l'optimisme et qui s'appuie sur les valeurs et les pratiques des soins axés sur le rétablissement. De nombreux facteurs qui se recoupent, dont les facteurs biologiques, psychologiques, sociaux, économiques, culturels et spirituels, peuvent avoir une incidence sur la santé mentale et le bien-être d'une personne²².

Les personnes atteintes de schizophrénie et leurs familles, les aidants naturels et les personnes qui offrent du soutien personnel devraient aussi recevoir des services qui respectent leurs droits et leur dignité et qui favorisent la prise de décisions partagées et l'autogestion²². De plus, les personnes devraient être encouragées à faire des choix judicieux sur les services répondant le mieux à leurs besoins²¹. Les personnes atteintes de schizophrénie devraient collaborer avec leurs fournisseurs de soins pour prendre des décisions partagées éclairées sur 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-être²².

L'itinérance et la pauvreté sont deux exemples de conditions économiques et sociales, appelées déterminants sociaux de la santé, qui influent sur la santé

d'une personne. Les autres déterminants sociaux de la santé comprennent la situation d'emploi et les conditions de travail, l'ethnie, la sécurité alimentaire et la nutrition, le sexe, le logement, le statut d'immigration, l'exclusion sociale et le fait de résider dans une région rurale ou urbaine. Les déterminants sociaux de la santé peuvent avoir une forte incidence sur la santé d'une personne et de la population; ils jouent un rôle important dans la compréhension des causes profondes d'une mauvaise santé. Les personnes atteintes de problèmes de santé mentale ou de dépendance vivent souvent dans des conditions sociales et économiques stressantes²³, dont la stigmatisation sociale, la discrimination et le manque d'accès à l'éducation, à l'emploi, à un revenu et à un logement, qui aggravent leur état de santé mentale¹⁶.

Les personnes atteintes de schizophrénie font souvent face à des croyances et des attitudes qui découlent de stéréotypes négatifs sur la maladie mentale. La stigmatisation, ou la perception de stigmatisation, peut avoir des répercussions négatives sur le rétablissement d'une personne, sa capacité à parler de sa maladie à ses amis et à sa famille ainsi que sa volonté de solliciter de l'aide. La stigmatisation peut également avoir une incidence sur la capacité d'une personne à avoir accès aux services de soins de santé.

Personnes atteintes de schizophrénie reçoivent des services qui respectent leur genre, leur orientation sexuelle, leur statut socioéconomique, leur statut en matière de logement, leur âge, leur origine (y compris leur appartenance culturelle, leur origine ethnique et leur religion) et leur handicap. L'accès équitable au système

de santé comprend également l'accès à des soins culturellement sûrs.

La langue, un outil de communication de base, est une partie essentielle de la sécurité des soins et doit être prise en compte tout au long du cheminement du patient au sein du réseau de la santé. Par exemple, dans des établissements principalement anglophones, les services devraient être activement offerts en français ainsi que dans d'autres langues.

Les services doivent également répondre aux besoins particuliers des personnes marginalisées, mal desservies ou membres d'autres sous-groupes à risque (p. ex., les lesbiennes, les gais, les bisexuels, les transgenres, les populations queer ou en questionnement, les immigrants, les réfugiés, les personnes racialisées, les groupes culturels précis, ou les victimes d'abus sexuel ou de

violence). Bien que cette norme de qualité porte sur les soins pour les personnes ayant déjà reçu un diagnostic de schizophrénie, il est capital que les Ontariens atteints de schizophrénie puissent recevoir des services adaptés de diagnostic.

Les fournisseurs de soins devraient connaître le contexte historique des peuples autochtones canadiens et être sensibles aux répercussions des traumatismes intergénérationnels et des torts physiques, mentaux, affectifs et sociaux que vivent les personnes, les familles et les collectivités autochtones.

Un système de santé de qualité supérieure fournit une bonne accessibilité, une bonne expérience et de bons résultats pour tout le monde en Ontario, peu importe où ils vivent, ce qu'ils possèdent ou qui ils sont.

Moyens de mesurer le succès

Comité consultatif sur la norme de qualité relative au traitement dans la collectivité des adultes atteints de schizophrénie a cerné un petit nombre d'objectifs globaux pour cette norme de qualité. Ces objectifs ont été associés à des indicateurs qui peuvent être utilisés pour évaluer la qualité des soins à l'échelle provincial et locale.

Moyens de mesurer le succès à l'échelle provinciale

- Pourcentage d'adultes hospitalisés pour schizophrénie ayant fait l'objet d'une réadmission non planifiée à l'hôpital pour un problème de santé mentale ou de dépendance dans les 30 jours suivant leur congé de l'hôpital (Sources des données : Base de données sur les congés des patients et Système d'information ontarien sur la santé mentale)

- Pourcentage d'adultes hospitalisés pour schizophrénie ayant consulté un médecin spécialisé en santé mentale :

- Dans les 7 jours suivant l'obtention d'un congé de l'hôpital
- Dans les 28 jours suivant l'obtention d'un congé de l'hôpital

(Sources des données : Base de données sur les congés des patients, Système d'information ontarien sur la santé mentale, base de données des demandes de règlement de Régime d'assurance-santé de l'Ontario)

Moyens de mesurer le succès à l'échelle locale

Vous pourriez évaluer la qualité des soins que vous offrez aux personnes atteintes de schizophrénie. Vous pourriez également surveiller vos propres efforts d'amélioration de la qualité. Pour ce faire, vous pourriez utiliser vos propres dossiers cliniques, ou vous pourriez devoir recueillir des données supplémentaires. Nous recommandons la liste d'indicateurs potentiels suivants, lesquels ne peuvent être mesurés à l'échelle provinciale à l'aide des sources de données actuellement disponibles :

- Pourcentage d'adultes atteints de schizophrénie qui déclarent des besoins non satisfaits en matière de soins (stratification suggérée : type de besoins)
(Sources des données : Évaluation commune des besoins en Ontario et collecte de données locales)

- Pourcentage d'adultes atteints de schizophrénie qui déclarent avoir eu un logement stable au cours de la dernière année (Source des données : collecte de données locales)

- Pourcentage d'adultes hospitalisés pour schizophrénie ayant consulté un professionnel de la santé mentale formé :

- Dans les 7 jours suivant l'obtention d'un congé de l'hôpital
- Dans les 28 jours suivant l'obtention d'un congé de l'hôpital

(Source des données : collecte de données locales)

En outre, chaque énoncé de qualité de cette norme est accompagné d'un ou de plusieurs indicateurs. Ces indicateurs visent à orienter la mesure des efforts d'amélioration de la qualité liés à la mise en œuvre des énoncés. Pour évaluer la prestation équitable des soins, les indicateurs de norme de qualité peuvent être classés selon les caractéristiques socioéconomiques et démographiques du patient ou de l'aidant naturel, notamment le revenu, l'éducation, la langue, l'âge, le sexe et le genre.

Énoncés de qualité en bref

ÉNONCÉ DE QUALITÉ 1 :

Plan de soins et évaluation complète

Les adultes atteints de schizophrénie ont un plan de soins qui est régulièrement révisé et mis à jour et qui est orienté par une évaluation complète.

ÉNONCÉ DE QUALITÉ 2 :

Évaluation de la santé physique

Les adultes atteints de schizophrénie reçoivent régulièrement une évaluation de leur santé physique.

ÉNONCÉ DE QUALITÉ 3 :

Autogestion

Les adultes atteints de schizophrénie ont accès à des renseignements et à une sensibilisation qui soutiennent le renforcement de compétences en matière d'autogestion.

ÉNONCÉ DE QUALITÉ 4 :

Sensibilisation, soutien et intervention auprès des familles

Les familles d'adultes atteints de schizophrénie bénéficient de façon continue d'une formation, d'un soutien et d'interventions familiales qui sont adaptés à leurs besoins et préférences.

ÉNONCÉ DE QUALITÉ 5 :

Accès à des services communautaires de soins intensifs

Les adultes atteints de schizophrénie ont accès en temps opportun à des services communautaires de soins intensifs qui sont fondés sur leurs besoins et leurs préférences.

ÉNONCÉ DE QUALITÉ 6 :

Logement

Les adultes atteints de schizophrénie disposent d'un milieu de vie sécuritaire, abordable et stable qui répond à leurs besoins particuliers.

ÉNONCÉ DE QUALITÉ 7 :

Monothérapie avec antipsychotiques

On prescrit aux adultes atteints de schizophrénie un seul médicament antipsychotique, dans la mesure du possible.

ÉNONCÉ DE QUALITÉ 8 :

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

Les adultes atteints de schizophrénie se font offrir un traitement avec un antipsychotique à action prolongée.

ÉNONCÉ DE QUALITÉ 9 :

Traitement avec la clozapine

Les adultes atteints de schizophrénie qui n'ont pas répondu à des essais adéquats de traitement avec deux différents antipsychotiques se font offrir de la clozapine.

ÉNONCÉ DE QUALITÉ 10 :

POURSUITE DE LA PRISE D'ANTIPSYCHOTIQUES

Les adultes atteints de schizophrénie dont l'état s'est amélioré grâce aux médicaments antipsychotiques se font conseiller de continuer à les prendre à long terme.

ÉNONCÉ DE QUALITÉ 11 :

Thérapie cognitivo-comportementale pour la psychose et les autres interventions psychosociales

Les adultes atteints de schizophrénie se font offrir une thérapie cognitivo-comportementale pour les psychoses ainsi que d'autres interventions psychologiques fondées sur des données probantes, en fonction de leurs besoins.

ÉNONCÉ DE QUALITÉ 12 :

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

Les adultes atteints de schizophrénie se font offrir des interventions faciles d'accès qui favorisent l'activité physique et la saine alimentation.

ÉNONCÉ DE QUALITÉ 13 :

Promotion de la cessation du tabagisme

Les adultes atteints de schizophrénie qui fument du tabac se font offrir des interventions pharmacologiques et non pharmacologiques afin de les aider à cesser de fumer ou à fumer moins.

ÉNONCÉ DE QUALITÉ 14 :

Évaluation et traitement de la toxicomanie

Les adultes atteints de schizophrénie se font poser des questions sur leur consommation de substances et, s'il y a lieu, sont évalués pour la toxicomanie et se font offrir un traitement.

ÉNONCÉ DE QUALITÉ 15 :

Emploi et soutien au travail

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

Plan de soins et évaluation complète

Les adultes atteints de schizophrénie ont un plan de soins qui est régulièrement révisé et mis à jour et qui est orienté par une évaluation complète.

Contexte

Chaque personne atteinte de schizophrénie devrait collaborer avec son professionnel de la santé, dans la mesure du possible, à l'élaboration, à la mise en œuvre, à l'examen et à la mise à jour de son plan de soins. Idéalement, le plan de soins s'appuie également sur les commentaires de la famille, des aidants naturels et des personnes qui offrent du soutien personnel. Il doit tenir compte de l'état général de la personne et être adapté à ses objectifs, à ses forces et à ses ressources personnelles, correspondre à ses croyances et réalités culturelles et aborder l'éventail des questions susceptibles d'avoir une incidence sur sa santé et son bien-être. Il devrait viser à réduire

les symptômes, à améliorer le fonctionnement psychosocial et à aider la personne à répondre à ses besoins et aspirations individuels²⁴. L'examen régulier du plan de soins permettra à la personne et à son professionnel de la santé d'examiner les progrès, de revoir les objectifs et d'effectuer des ajustements afin de répondre aux besoins et préférences en évolution. Si une personne a une ordonnance de traitement en milieu communautaire, son plan de traitement en milieu communautaire devrait s'appuyer, dans la mesure du possible, sur le plan de soins et les objectifs de rétablissement de la personne.

CONTEXTE SUITE DE LA PAGE PRÉCÉDENTE

L'élaboration du plan de soins devrait s'appuyer sur une évaluation complète de la personne atteinte de schizophrénie. L'évaluation complète permet aux fournisseurs de soins de santé d'explorer en profondeur les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux qui peuvent avoir contribué à l'apparition, à l'évolution et au résultat de la maladie de la personne et qui sont susceptibles d'influencer son rétablissement. Une évaluation peut déterminer un niveau de base de fonctionnement, d'activité et de participation et servir à suivre l'évolution de l'état de la personne au fil du temps. Des outils et instruments d'évaluation validés devraient être utilisés, le cas échéant. L'évaluation peut s'échelonner sur plusieurs rencontres afin de bien comprendre les besoins de la personne et d'assurer sa participation²⁵. Selon la façon dont les soins sont organisés, les composants de l'évaluation peuvent être pris en charge par plusieurs membres de l'équipe de soins de santé. La personne atteinte de schizophrénie peut aussi être aiguillée vers d'autres professionnels de la santé, au besoin, pour terminer l'évaluation.

Une copie du plan de soins et des résultats de l'évaluation devrait être partagée avec la personne atteinte de schizophrénie, les fournisseurs de soins de santé concernés et la famille ou l'aidant naturel de la personne, à moins que celle-ci n'indique ne pas consentir à ce que ces renseignements soient partagés.

Sources: National Collaborating Centre for Mental Health, 2014¹² | Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists, 2016¹⁵

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les adultes atteints de schizophrénie

Un plan de soins est un document écrit que votre professionnel de la santé et vous établissez ensemble et que vous approuvez. Il présente vos objectifs ainsi que les soins et les services que vous recevrez et les personnes qui les fourniront. Votre professionnel de la santé devrait travailler avec vous pour mettre à jour régulièrement votre plan de soins. Votre famille ou vos aidants naturels peuvent également participer à son élaboration et à sa mise à jour, si vous êtes d'accord.

Votre plan de soins devrait s'appuyer sur une évaluation complète de votre santé physique et mentale, qui comprendra des questions au sujet de vos antécédents médicaux et des médicaments que vous prenez. Il devrait aussi tenir compte de votre situation sociale, de vos objectifs, de votre état de santé et de la façon dont vous gérez l'incidence de vos symptômes au quotidien.

Si vous faites l'objet d'une ordonnance de traitement en milieu communautaire, votre plan de traitement en milieu communautaire s'appuiera sur votre plan de soins et vos objectifs, dans la mesure du possible.

Pour les cliniciens

Travailler avec les adultes atteints de schizophrénie (et leur famille ou leurs aidants naturels, s'ils sont d'accord) à la création d'un plan de soins personnalisé. Le plan documente les objectifs convenus mutuellement, les préoccupations et préférences individuelles, les soins, les services ainsi qu'un plan de crise, et intègre les résultats de l'évaluation complète. Le plan devrait être examiné et mis à jour régulièrement.

DÉFINITIONS UTILISÉES DANS CET ÉNONCÉ DE QUALITÉ

Plan de soins

Un plan de soins comprend :

- Les résultats de l'évaluation complète (voir la définition ci-dessous);
- Les objectifs convenus mutuellement en fonction des besoins, des forces et des préférences de la personne, notamment en ce qui concerne les activités quotidiennes, le logement, la structure quotidienne et l'emploi, la réduction des symptômes ainsi que les relations familiales et sociales;
- Les interventions, activités et autres mesures que la personne et les autres pourraient effectuer pour permettre d'atteindre les objectifs, d'optimiser l'autonomie autant que possible et de soutenir l'inclusion sociale;
- Un plan de prévention des rechutes;
- Un plan de crise;
- Les rôles et responsabilités des fournisseurs de services communautaires et de soins de santé.

Mise à jour et examen réguliers

Le plan de soins devrait être examiné tous les 6 à 12 mois, ou plus tôt en cas de besoin clinique ou de changement important dans les objectifs de la personne. L'examen du plan de soins peut nécessiter une réévaluation partielle ou complète, notamment la révision des objectifs de rétablissement et de traitement.

LA SIGNIFICATION DE CET ÉNONCÉ DE QUALITÉ SUITE DE LA PAGE PRÉCÉDENTE

Pour les services de santé

Veiller à ce que des systèmes, processus et ressources soient en place pour aider les fournisseurs de soins à élaborer, à mettre en œuvre et à réévaluer les plans de soins des adultes atteints de schizophrénie, notamment l'accès à des modèles de plans de soins normalisés et à des outils d'évaluation complète ainsi que l'accès aux ressources nécessaires à l'exécution du plan de soins.

Indicateurs de qualité

Indicateurs des processus

Pourcentage d'adultes atteints de schizophrénie ayant fait l'objet d'une évaluation complète dans un délai de 6 mois suivant la présentation initiale

- Dénominateur : nombre total d'adultes atteints de schizophrénie
- Numérateur : nombre de personnes comprises dans le dénominateur ayant fait l'objet d'une évaluation complète dans un délai de 6 mois suivant la présentation initiale
- Sources des données : Collecte de données locales

DÉFINITIONS UTILISÉES DANS CET ÉNONCÉ DE QUALITÉ

Évaluation complète

En collaboration avec la personne et les membres de sa famille, le cas échéant, l'évaluation complète devrait être effectuée par des professionnels de la santé ayant une expertise dans les soins aux personnes atteintes de schizophrénie. Elle devrait s'appuyer sur des communications avec le fournisseur de soins primaires de la personne, d'autres fournisseurs de services de santé mentale et (ou) des fournisseurs de traitements en milieu communautaire. L'évaluation devrait se pencher sur les aspects suivants :

- Les objectifs, aspirations, forces personnelles et ressources déclarés qui favorisent le rétablissement personnel;
- Les symptômes et déficiences psychiatriques, le risque de préjudice porté à soi-même ou à autrui, les traitements actuels et passés et la réaction à ceux-ci, la consommation d'alcool et de médicaments prescrits et non prescrits (voir l'énoncé de qualité 14);
- Les considérations médicales, dont les antécédents médicaux et l'examen physique servant à évaluer les affections médicales;
- L'examen des médicaments (dont ceux sur ordonnance, en vente libre et de relais);
- La santé physique et le bien-être (voir l'énoncé de qualité 2);
- L'état psychologique et psychosocial, dont les réseaux sociaux, les relations intimes et les antécédents de traumatismes ou d'adversité;

INDICATEURS DE QUALITÉ SUITE DE LA PAGE PRÉCÉDENTE

Pourcentage d'adultes atteints de schizophrénie qui ont un plan de soins ayant été examiné au cours des 12 derniers mois ou à l'occasion d'un changement important de leurs objectifs

- Dénominateur : nombre total d'adultes atteints de schizophrénie qui ont un plan de soins
- Numérateur : nombre de personnes comprises dans le dénominateur dont le plan de soins a été examiné au cours des 12 derniers mois ou à l'occasion d'un changement important de leurs objectifs
- Sources des données : Collecte de données locales

Pourcentage d'adultes atteints de schizophrénie ayant reçu une évaluation de leurs besoins en matière de services communautaires effectuée à l'aide d'un outil normalisé et validé

- Dénominateur : nombre total d'adultes atteints de schizophrénie
- Numérateur : nombre de personnes comprises dans le dénominateur ayant reçu une évaluation de leurs besoins en matière de services communautaires effectuée à l'aide d'un outil normalisé et validé (comme le système d'utilisation du niveau de soins ou l'Évaluation commune des besoins en Ontario).
- Sources des données : Collecte de données locales

DÉFINITIONS UTILISÉES DANS CET ÉNONCÉ DE QUALITÉ**Évaluation complète (suite de la page précédente)**

- Les antécédents de développement (social, cognitif et développement moteur et habilités motrices, y compris les affections neurodéveloppementales coexistantes) et la considération d'une évaluation neuropsychologique pour les personnes atteintes d'une déficience intellectuelle ou fonctionnelle;
- Le statut social (le logement, la culture, l'ethnie, les obligations envers des enfants ou en tant qu'aidant naturel, le rôle de la famille et leur participation dans la vie de la personne, les activités récréatives, la participation à la vie communautaire, la participation à des activités d'entraide et de développement personnel);
- Les antécédents d'emploi et les études (le niveau de scolarité, les possibilités de formation, l'emploi et le soutien professionnel [voir l'énoncé de qualité 15]);
- Les sources de revenu;
- Les activités de la vie quotidienne, les activités essentielles de la vie quotidienne et la gestion domestique;
- Les antécédents judiciaires et les démêlés judiciaires actuels;
- La capacité à prendre des décisions en matière de soins personnels et de finances, tel que décrit dans la Loi de 1992 sur la prise de décisions au nom d'autrui de l'Ontario⁴;
- Les services requis (évalués au moyen d'un outil ou d'un instrument, comme le système d'utilisation du niveau de soins ou l'Évaluation commune des besoins en Ontario) pour faire correspondre l'intensité des ressources aux soins requis.

Évaluation de la santé physique

Les adultes atteints de schizophrénie reçoivent régulièrement une évaluation de leur santé physique.

Contexte

Les adultes atteints de schizophrénie ont une moins bonne santé physique et une espérance de vie plus courte que la population générale. En moyenne, les hommes atteints de schizophrénie décèdent 20 ans plus tôt et les femmes 15 ans plus tôt¹⁴. Les affections courantes contribuant au risque élevé de morbidité et de mortalité prématurée chez les personnes atteintes de schizophrénie comprennent les maladies cardiovasculaires, le diabète, le syndrome métabolique et les maladies pulmonaires^{12,26}. Les facteurs contribuant à l'augmentation de la morbidité

et de la mortalité chez les personnes atteintes de schizophrénie comprennent le tabagisme, une mauvaise alimentation, l'inactivité physique et les effets indésirables des médicaments²⁷, ainsi qu'une diminution des saines habitudes de vie et une faible observance des traitements médicaux. De plus, les personnes atteintes de schizophrénie courent un risque élevé de sous-reconnaissance et de sous-traitement de leur état de santé physique par les fournisseurs de soins de santé²⁶⁻²⁹.

CONTEXTE SUITE DE LA PAGE PRÉCÉDENTE

Le soutien de la santé physique des personnes atteintes de schizophrénie est un essentiel pour améliorer leurs résultats de santé globaux, renforcer leur capacité à fixer et atteindre des objectifs de rétablissement et leur permettre de participer pleinement dans leur collectivité. Dans le cadre de ce travail, il est important d'effectuer une évaluation et une surveillance complètes de leur santé physique afin d'offrir un traitement, au besoin. L'accès à des soins de santé primaires de qualité supérieure en temps voulu est également essentiel dans la gestion des besoins généraux et préventifs en matière de soins de santé de la personne, dont le dépistage régulier (p. ex., du cancer du col de l'utérus et du cancer colorectal), la vaccination et la gestion des problèmes de santé chroniques. Les fournisseurs de soins de santé mentale devraient s'assurer que les besoins de santé physique des personnes atteintes de schizophrénie sont répondus simultanément dans des services de soins primaires et de soins primaires et de santé mentale intégrés ou dans des milieux cliniques spécialisés. Les fournisseurs de soins de santé mentale devraient faciliter l'accès aux soins primaires et soutenir les personnes.

Sources: National Collaborating Centre for Mental Health, 2014¹² | Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists, 2016¹⁵ | Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2013³⁰

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les adultes atteints de schizophrénie

Durant vos rendez-vous réguliers, votre professionnel de la santé devrait vous évaluer pour des problèmes de santé qui sont courants chez les personnes atteintes de schizophrénie, comme du diabète, une prise de poids, une maladie cardiaque et une maladie pulmonaire. Ces évaluations pourraient entraîner des modifications à votre plan de soins.

Pour les cliniciens

Effectuez une évaluation de la santé physique qui est axée sur les affections courantes chez les personnes schizophrènes. L'évaluation devrait orienter le plan de soins de la personne.

Pour les services de santé

Veillez à ce que des systèmes, des processus et des ressources soient mis en place pour que les professionnels de la santé et les équipes de soins de santé puissent effectuer des évaluations complètes de la santé physique des personnes atteintes de schizophrénie, notamment l'accès aux outils et aux protocoles normalisés pour l'évaluation de la santé physique.

DÉFINITIONS UTILISÉES DANS CET ÉNONCÉ DE QUALITÉ

Évaluation de la santé physique

Les éléments ci-dessous devraient être évalués et consignés avant de commencer à prendre des antipsychotiques (ou dès que possible si la prise de médicament doit commencer plus rapidement). Ils devraient également être surveillés et consignés régulièrement et systématiquement au cours du traitement, surtout si un patient passe à un autre dosage. Des outils et instruments d'évaluation validés devraient être utilisés, le cas échéant. Chaque évaluation devrait orienter le plan de soins (voir l'énoncé de qualité 1).

- l'indice de poids et de masse corporelle (avant le début de la prise de médicaments, de façon hebdomadaire durant les 6 premières semaines, à la 12^e semaine, après 1 an et chaque année, tracées au fil du temps);
- la circonférence de la taille (avant le début de la prise de médicaments et chaque année, tracées au fil du temps);
- le pouls et la tension artérielle (avant le début de la prise de médicaments, à la 12^e semaine, après 1 an et chaque année);
- la glycémie à jeun ou l'hémoglobine glycosylée (fraction HbA1c, au avant le début de la prise de médicaments, à la 12^e semaine, après 1 an et chaque année);
- le profil lipidique (cholestérol total, lipoprotéines de faible densité et de haute densité, triglycérides [avant le début de la prise de médicaments, à la 12^e semaine, après 1 an et chaque année]);
- la prolactine (comme cliniquement indiqué);
- l'électrocardiogramme (comme cliniquement indiqué);

Indicateurs de qualité

Indicateurs des processus

Pourcentage d'adultes atteints de schizophrénie qui ont fait l'objet d'une évaluation de santé physique complète dans les 12 semaines suivant le début de la prise d'antipsychotiques

- Dénominateur : nombre total d'adultes atteints de schizophrénie qui commencent à prendre des antipsychotiques
- Numérateur : nombre de personnes comprises dans le dénominateur qui ont fait l'objet d'une évaluation de santé physique complète dans les 12 semaines suivant le début de la prise d'antipsychotiques
- Sources des données : Collecte de données locales

Pourcentage d'adultes atteints de schizophrénie qui ont fait l'objet d'une évaluation de santé physique complète au cours des 12 mois précédents

- Dénominateur : nombre total d'adultes atteints de schizophrénie
- Numérateur : nombre de personnes comprises dans le dénominateur qui ont fait l'objet d'une évaluation de santé physique complète au cours des 12 mois précédents
- Sources des données : Collecte de données locales

DÉFINITIONS UTILISÉES DANS CET ÉNONCÉ DE QUALITÉ

Évaluation de la santé physique (suite de la page précédente)

- les effets indésirables neurologiques, comme les symptômes extrapyramidaux aigus et la dyskinésie tardive;
- la santé physique générale (avec une attention particulière aux affections courantes chez les personnes atteintes de schizophrénie, dont les maladies cardiovasculaires, le diabète, le syndrome métabolique et les maladies pulmonaires);
- des tests de dépistage adaptés à l'âge (p. ex., un test de Pap, une mammographie et une coloscopie) et la vaccination;
- un dépistage des troubles auditifs et des troubles de la vue;
- l'apport nutritionnel et le niveau d'activité physique;
- l'usage du tabac;
- la consommation d'alcool et de drogues;
- la santé sexuelle;
- la santé dentaire.

Autogestion

Les adultes atteints de schizophrénie ont accès à des renseignements et à une sensibilisation qui soutiennent le renforcement de compétences en matière d'autogestion.

Contexte

Pour les personnes atteintes de schizophrénie, la capacité à autogérer activement leur santé et leur bien-être est un facteur important dans la diminution du risque de rechute et une étape essentielle dans le processus de rétablissement.

L'autogestion comprend^{12,31} :

- l'acquisition de connaissances sur la schizophrénie et les options de traitement;
- le renforcement des compétences de gestion de la maladie;

- la compréhension du rétablissement et l'élaboration de stratégies de rétablissement;
- l'élaboration et le maintien de relations sociales;
- l'acquisition d'aptitudes pour composer avec l'incidence des symptômes, du stress et des changements de vie.

Le soutien par les pairs peut aider les personnes à gérer leur propre santé et rétablissement.

Sources: National Collaborating Centre for Mental Health, 2014¹² | Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists, 2016¹⁵

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les adultes atteints de schizophrénie

Votre professionnel de la santé devrait vous fournir des renseignements pour vous aider à en apprendre davantage sur la schizophrénie et les options de traitement pour gérer votre état afin que vous puissiez participer activement à l'élaboration de votre plan de soins. Vous devriez aussi recevoir des renseignements sur les services et les groupes de soutien qui sont accessibles dans votre collectivité et en ligne.

Pour les cliniciens

Offrez aux adultes atteints de schizophrénie une éducation sur l'autogestion. La sensibilisation devrait s'harmoniser avec leurs besoins et le stade de leur maladie et se concentrer sur l'encouragement des personnes à participer à leur propre rétablissement. Si vous n'êtes pas en mesure de fournir une formation sur place, assurez-vous que les personnes y ont accès ailleurs (p. ex., grâce à un partenariat avec un organisme local).

Pour les services de santé

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

DÉFINITIONS UTILISÉES DANS CET ÉNONCÉ DE QUALITÉ

Autogestion

L'autogestion permet aux personnes d'acquérir des connaissances, des compétences et la confiance nécessaires pour gérer activement leur propre rétablissement. Pour les personnes atteintes de schizophrénie, une éducation sur l'autogestion devrait inclure des renseignements sur ce qui suit :

- les causes, les symptômes et le traitement de la schizophrénie;
- l'utilisation efficace des médicaments;
- la détermination des symptômes et la façon de composer avec eux;
- la gestion du stress;
- les stratégies d'autogestion;
- la planification en cas de crise;
- la création d'un réseau de soutien social;
- la prévention et la prise en charge des rechutes;
- l'établissement d'objectifs personnels de rétablissement;
- les services de santé mentale et les autres services de soutien disponibles et la façon d'y accéder, y compris les services offerts à l'échelle locale et les soutiens offerts en ligne.

Indicateurs de qualité

Indicateur de processus

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

- Dénominateur : nombre total d'adultes atteints de schizophrénie
- Numérateur : nombre de personnes comprises dans le dénominateur qui ont reçu de l'éducation sur l'autogestion
- Sources des données : Collecte de données locales

Indicateur de résultat

Pourcentage des adultes atteints de schizophrénie qui ont déclaré avoir confiance quant à l'autogestion de leurs symptômes

- Dénominateur : nombre total d'adultes atteints de schizophrénie
- Numérateur : nombre de personnes comprises dans le dénominateur qui ont répondu « Avoir confiance » ou « Avoir beaucoup confiance » à la question suivante : « À quel point avez-vous confiance dans votre capacité à gérer vos symptômes de schizophrénie? » (Choix de réponse : Vous avez beaucoup confiance, Vous avez confiance, Vous avez peu de confiance, Vous n'avez pas du tout de confiance, Je ne sais pas)
- Sources des données : Collecte de données locales

Sensibilisation, soutien et intervention auprès des familles

Les familles d'adultes atteints de schizophrénie bénéficient de façon continue d'une formation, d'un soutien et d'interventions familiales qui sont adaptés à leurs besoins et préférences.

Contexte

La famille, qui peut comprendre les membres de la famille, les aidants naturels ou des gens d'un cercle élargi, peut jouer un rôle essentiel pour soutenir le rétablissement d'une personne, favoriser son bien-être et fournir des soins³². Les familles peuvent bénéficier de renseignements et de soutien, comme des programmes pour les parents, les frères et sœurs, ou les enfants des personnes atteintes de schizophrénie, en fonction de leurs circonstances et de leurs besoins, d'aide financière et de soins de relève³².

Les membres de la famille qui sont en relation continue avec une personne atteinte de

schizophrénie peuvent bénéficier d'une intervention familiale. Cette dernière vise à améliorer le soutien et la résilience des membres de la famille et à renforcer la qualité de leur communication et de leur résolution de problème. Offerte par un praticien qualifié, l'intervention familiale vise également à donner un aperçu de l'état de la personne atteinte de schizophrénie et à enseigner aux membres de la famille à déterminer les signes et symptômes de rechute, tout en renforçant leur capacité à anticiper et à aider à réduire le risque de rechute³³. L'intervention familiale peut être commencée dans un milieu hospitalier ou dans la collectivité¹².

CONTEXTE SUITE DE LA PAGE PRÉCÉDENTE

Les personnes atteintes de schizophrénie devraient être encouragées à inclure les membres de la famille dans leur traitement et leur rétablissement. Si une personne atteinte de schizophrénie décide de ne pas faire participer les membres de sa famille, ces derniers peuvent encore trouver utile de participer à l'éducation et d'avoir accès aux services de soutien.

Sources: National Collaborating Centre for Mental Health, 2014¹² | Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists, 2016¹⁵ | Schizophrenia Patient Outcomes Research Team, 2010³⁴ | Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2013³⁰

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les adultes atteints de schizophrénie et les familles

Les familles peuvent jouer un rôle essentiel en soutenant le rétablissement d'une personne, en favorisant son bien-être et en fournissant des soins. Si vous êtes un membre de la famille d'une personne atteinte de schizophrénie, les professionnels de la santé devraient vous donner la possibilité d'en apprendre sur la schizophrénie et d'obtenir du soutien si vous avez besoin. Ces renseignements sont essentiels pour que vous puissiez aider votre membre de la famille, tout en vous occupant de vos propres besoins.

Pour les cliniciens

Encouragez les gens atteints de schizophrénie à faire participer leur famille dans leurs soins. Offrez aux familles de l'éducation et du soutien qui s'harmonisent avec leurs circonstances et leurs besoins. Si vous n'êtes pas en mesure de fournir sur place de l'éducation, des mesures de soutien ou une intervention familiale, assurez-vous que les personnes y ont accès ailleurs (p. ex., grâce à un partenariat avec un organisme local).

Pour les services de santé

Veillez à ce que l'éducation et les mesures de soutien axées sur la famille et l'intervention familiale soient disponibles lorsque les familles en ont besoin.

DÉFINITIONS UTILISÉES DANS CET ÉNONCÉ DE QUALITÉ

Familles

La famille correspond à quiconque la personne atteinte de schizophrénie définit ainsi. Elle peut comprendre un membre de la famille, un être cher, un enfant, un frère, une sœur, une personne qui vous offre du soutien personnel ou un aidant naturel qui a des contacts proches.

Éducation

L'éducation comprend des renseignements fondés sur des données probantes fournis verbalement ou en format papier ou multimédia. Elle devrait inclure, au minimum, des renseignements sur les éléments suivants :

- le diagnostic et la gestion de la schizophrénie;
- les résultats et le rétablissement;
- les services de soutien disponibles et la façon d'y accéder;
- la *Loi sur la santé mentale*⁶ et d'autres lois pertinentes pour les soins de santé mentale en Ontario (p. ex., la *Loi de 1996 sur le consentement aux soins de santé*³ et la *Loi de 1992 sur la prise de décisions au nom d'autrui*²);
- les stratégies d'autogestion et d'adaptation;
- le rôle des équipes et des services;
- la demande d'aide en cas de crise;
- les problèmes juridiques.

Indicateurs de qualité

Indicateur de processus

Pourcentage d'adultes atteints de schizophrénie dont les membres de la famille reçoivent de l'éducation, du soutien et une intervention familiale d'un praticien qualifié

- Dénominateur : nombre total d'adultes atteints de schizophrénie
- Numérateur : nombre de personnes comprises dans le dénominateur dont les membres de la famille reçoivent de l'éducation, du soutien et une intervention familiale d'un praticien qualifié
- Sources des données : Collecte de données locales

Indicateur de résultat

Pourcentage d'adultes atteints de schizophrénie dont les membres de la famille ou les aidants naturels non rémunérés déclarent avoir ressenti de façon continue des sentiments de détresse, de colère ou de dépression au cours d'une période de 12 mois

- Dénominateur : nombre total d'adultes atteints de schizophrénie
- Numérateur : nombre de personnes comprises dans le dénominateur dont les membres de la famille ou les aidants naturels non rémunérés déclarent avoir ressenti de façon continue des sentiments de détresse, de colère ou de dépression au cours d'une période de 12 mois (indicateur adapté de l'Instrument d'évaluation des résidents – services à domicile [RAI-HC])
- Sources des données : Collecte de données locales.

DÉFINITIONS UTILISÉES DANS CET ÉNONCÉ DE QUALITÉ

Soutien

Les familles devraient avoir accès à un éventail de mesures de soutien, lesquelles peuvent comprendre :

- du soutien et des renseignements disponibles par téléphone et sur Internet;
- des groupes de soutien;
- des services de relève pour les aidants naturels.

Intervention familiale

Cette intervention devrait :

- inclure au moins 10 séances planifiées;
- être donnée par un praticien adéquatement qualifié;
- faire participer la personne atteinte de schizophrénie dans la mesure du possible;
- 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.

Accès à des services communautaires de soins intensifs

Les adultes atteints de schizophrénie ont accès en temps opportun à des services communautaires de soins intensifs qui sont fondés sur leurs besoins et leurs préférences.

Contexte

Selon leurs besoins, les personnes atteintes de schizophrénie peuvent tirer profit de services de soins intensifs, comme une intervention précoce en cas de psychose, un traitement communautaire intensif et une gestion de cas intensive. Les personnes qui éprouvent un premier épisode de schizophrénie devraient avoir accès à une intervention en cas de psychose précoce, offerte aux jeunes qui sont atteints de psychose précoce habituellement entre 13 et 35 ans, ainsi qu'à leurs familles. Les personnes atteintes de schizophrénie qui ont des besoins plus complexes en matière de services et qui ont de la difficulté à participer à leur traitement ou à le poursuivre peuvent tirer profit

d'un traitement intensif communautaire ou d'une gestion de cas intensive^{25,30,34}.

Les services devraient être axés sur le rétablissement et offerts à tous les gens, sans tenir compte de facteurs comme le genre, l'âge, le revenu, la race, la culture, l'ethnie, le statut d'immigration, l'identité linguistique ou l'endroit où elles vivent (région rurale ou urbaine). Puisque les besoins et les préférences évoluent au cours de sa vie et de sa maladie, une personne peut nécessiter différents services (ou modifications dans l'intensité des services) à divers moments³². Les services devraient donc offrir la souplesse nécessaire pour les faire correspondre aux besoins de la personne.

CONTEXTE SUITE DE LA PAGE PRÉCÉDENTE

L'évaluation du niveau de services nécessaire (en utilisant le système d'utilisation du niveau de soins ou l'outil Évaluation commune des besoins en Ontario) peut être utile pour faire correspondre l'intensité des ressources avec les soins requis.

Les normes provinciales détaillées du programme définies par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée sont disponibles pour les équipes de traitement communautaire intensif²⁴, la gestion de cas intensive³⁵ et l'intervention en cas de psychose précoce³⁶. Ces normes établissent les attentes des exigences des programmes, telles que les compétences du personnel et les ratios personnel-client, afin que les services soient offerts de façon cohérente dans l'ensemble de l'Ontario et intègrent des pratiques fondées sur des données probantes.

Sources: National Collaborating Centre for Mental Health, 2014¹² | Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists, 2016¹⁵ | Schizophrenia Patient Outcomes Research Team, 2010³⁴ | Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2013³⁰

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les adultes atteints de schizophrénie et les familles

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

- Un programme d'intervention précoce en cas de psychose si vous éprouvez des symptômes de schizophrénie pour la première fois. La psychose est une affection traitable de l'esprit qui peut nuire à votre capacité de départager la réalité de l'imaginaire.
- Une équipe appelée « équipe communautaire de traitement intensif ». Il s'agit d'une équipe de professionnels de la santé qui travaillent ensemble pour vous offrir divers services répondant à vos besoins, comme des prescriptions de médicaments, du counselling, du soutien aux aptitudes à la vie quotidienne, au logement et à l'emploi.
- Une « gestion de cas intensive ». Il s'agit d'une option semblable à l'équipe communautaire de traitement intensif, sauf qu'un gestionnaire de cas est au cœur de votre soutien et vous lie à des services qui répondent à vos besoins, tels que du soutien en matière de médicaments, des programmes de santé mentale ainsi que des services de logement, d'emploi, d'aptitudes à la vie quotidienne et de justice.

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

DÉFINITIONS UTILISÉES DANS CET ÉNONCÉ DE QUALITÉ

Services de traitement intensif

- Les personnes qui éprouvent un premier épisode de schizophrénie devraient avoir accès à une intervention en cas de psychose précoce^{12,15,25,30,34}. Cette intervention comprend un traitement et du soutien spécialisés fournis par une équipe multidisciplinaire afin de réduire les délais de traitement, de favoriser le rétablissement et de réduire le risque de rechute¹². Ces services offrent aux familles une gamme complète d'interventions pharmacologiques, psychologiques, sociales et éducatives, d'ergothérapies, ainsi que de services de soutien¹².
- Les personnes qui éprouvent des difficultés avec les services de santé mentale devraient avoir accès à un traitement communautaire intensif ou à une gestion de cas intensive :
 - Le traitement communautaire intensif comprend un traitement intensif, des soins de réadaptation et du soutien fournis par une équipe multidisciplinaire^{15,25,30,34,37}. Les membres de l'équipe travaillent avec la personne afin d'offrir des services adaptés pour répondre à ses besoins et objectifs. Ces services comprennent de la sensibilisation en matière de traitement intensif, des interventions pharmacologiques, psychologiques et sociales, de l'ergothérapie, du soutien quotidien ainsi qu'une évaluation et un traitement des crises^{24,38}.

LA SIGNIFICATION DE CET ÉNONCÉ DE QUALITÉ SUITE DE LA PAGE PRÉCÉDENTE

Pour les cliniciens

Aiguillez les personnes vers les services communautaires qui répondront le mieux à leurs besoins. Informez-les des services disponibles et de la façon d'y accéder.

Pour les services de santé

Veillez à ce que les personnes atteintes de schizophrénie aient un accès équitable et en temps opportun aux services de soins intensifs dont ils ont besoin, quand ils en ont besoin, en offrant des systèmes et des services dotés de ressources adéquates. Travaillez en collaboration avec les intervenants, les collectivités et les personnes ayant une expérience vécue en utilisant des données et des données probantes locales pour planifier et élaborer des services axés sur la population qui répondent aux besoins des personnes atteintes de schizophrénie, surtout celles qui sont socialement défavorisées ou qui font face à des obstacles à l'égard de l'accès aux soins. Veillez à ce que les professionnels de la santé soient au courant des services et puissent y aiguiller des personnes.

DEFINITIONS USED WITHIN THIS QUALITY STATEMENT

Services de traitement intensif (suite de la page précédente)

- La gestion de cas intensive comprend un gestionnaire de cas qui fournit de la sensibilisation en matière de traitement intensif et qui facilite l'accès coordonné aux services, aux mesures de soutien et aux ressources provenant de l'ensemble du système de santé mentale, ainsi que d'autres systèmes (p. ex., en matière de logement, de lutte contre les dépendances, de justice, d'éducation et de services sociaux)^{15,25,35,38,39}.

Accès en temps opportun

L'intervention en cas de psychose précoce devrait être accessible dans les 2 semaines suivant l'aiguillage, peu importe l'âge de la personne ou la durée du non-traitement pour psychose^{12,40}. L'admission à un traitement communautaire intensif ou à une gestion de cas intensive devrait être effectuée dans les 2 semaines suivant la première consultation^{24,35}.

Indicateurs de qualité

Indicateurs des processus

Pourcentage d'adultes présentant de premiers symptômes de schizophrénie qui reçoivent une intervention en cas de psychose précoce dans les 2 semaines suivant leur aiguillage

- Dénominateur : nombre total d'adultes présentant de premiers symptômes de schizophrénie
- Numérateur : nombre de personnes comprises dans le dénominateur qui reçoivent une intervention en cas de psychose précoce dans les 2 semaines suivant leur aiguillage
- Sources des données : Collecte de données locales

Pourcentage d'adultes atteints de schizophrénie qui ont été évalués comme ayant besoin d'une gestion de cas intensive et qui en reçoivent une dans les 2 semaines suivant leur aiguillage

- Dénominateur : nombre total d'adultes atteints de schizophrénie qui ont été évalués comme ayant besoin d'une gestion de cas intensive
- Numérateur : nombre de personnes comprises dans le dénominateur qui reçoivent une gestion de cas intensive dans les 2 semaines suivant leur aiguillage
- Sources des données : Collecte de données locales
- Stratification potentielle : niveau de besoins (élevé par rapport à faible)

INDICATEURS DE QUALITÉ SUITE DE LA PAGE PRÉCÉDENTE

Pourcentage d'adultes atteints de schizophrénie qui ont été évalués comme ayant besoin d'un traitement communautaire intensif et qui en reçoivent un dans les 2 semaines suivant leur aiguillage

- Dénominateur : nombre total d'adultes atteints de schizophrénie qui ont été évalués comme ayant besoin d'un traitement communautaire intensif
- Numérateur : nombre de personnes comprises dans le dénominateur qui reçoivent un traitement communautaire intensif dans les 2 semaines suivant leur aiguillage
- Sources des données : Collecte de données locales
- Stratification potentielle : niveau de besoins (élevé par rapport à faible)

Pourcentage d'adultes atteints de schizophrénie ayant reçu une évaluation de leurs besoins en matière de services communautaires effectuée à l'aide d'un outil normalisé et validé

- Dénominateur : nombre total d'adultes atteints de schizophrénie
- Numérateur : nombre de personnes comprises dans le dénominateur ayant reçu une évaluation de leurs besoins en matière de services communautaires effectuée à l'aide d'un outil normalisé et validé (comme le système d'utilisation du niveau de soins ou l'Évaluation commune des besoins en Ontario).
- Sources des données : Collecte de données locales

Logement

Les adultes atteints de schizophrénie disposent d'un milieu de vie sécuritaire, abordable et stable qui répond à leurs besoins particuliers.

Contexte

Un logement sécuritaire, abordable, stable et bien entretenu soutient une bonne santé physique et mentale, facilite l'inclusion sociale et est essentiel au rétablissement^{15,19,41}. Lorsque le logement de la personne n'est pas sécuritaire, abordable, stable ou de bonne qualité, cette personne présente un risque accru de résultats négatifs liés à leur santé et à leur bien-être^{19,42,43}.

Toutes les personnes atteintes de schizophrénie, y compris les sans-abri et les personnes atteintes de troubles concomitants, devraient avoir accès à un

logement et à des services de soutien qui répondent à leurs besoins. Puisque les besoins de logement de ces personnes varient et peuvent évoluer au fil du temps, les besoins en matière de logement et de services de soutien doivent être souples et adaptés aux forces et aux besoins d'une personne, tout en étant accessibles, abordables, offerts en temps voulu et axés sur les préférences d'une personne. Les outils normalisés, comme le Service Prioritization Decision Assistance Tool, pourraient être utiles pour évaluer les besoins et les exigences de soutien d'une personne.

Sources: Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists, 2016¹⁵ | Organisation mondiale de la santé, 2012⁴⁴

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les adultes atteints de schizophrénie

C'est plus facile de vous concentrer sur votre rétablissement lorsque vous n'avez pas à vous demander où vous devez vivre. Votre professionnel de la santé devrait vous mettre en contact avec des services qui peuvent vous aider à trouver un endroit sécuritaire, abordable et stable où vivre, ainsi que des services de soutien (comme la gestion des médicaments, le soutien au revenu, la préparation des repas, l'équipe communautaire de traitement intensif ou la gestion de cas ainsi que les activités récréatives et de soutien), si vous en avez besoin.

Pour les cliniciens

Discutez avec les adultes atteints de schizophrénie de leur situation de logement, notamment s'ils ont accès à un logement sécuritaire, abordable et stable ainsi qu'à des services de soutien qui répondent à leurs besoins et leurs préférences. Veillez à lier ces personnes avec les fournisseurs de services qui peuvent les aider dans leurs besoins en matière de logement.

Pour les services de santé

Veillez à ce que les adultes atteints de schizophrénie puissent accéder au logement et aux services de soutien dont ils ont besoin, lorsqu'ils en ont besoin, en fonction des ressources locales disponibles. Veillez à ce que les fournisseurs de soins de santé soient au courant des services et puissent y aiguiller des personnes.

DÉFINITIONS UTILISÉES DANS CET ÉNONCÉ DE QUALITÉ

Milieu de vie sécuritaire, abordable et stable

Un continuum de logements communautaires et de services de soutien conformes aux besoins et aux préférences d'une personne facilite le milieu de vie de cette dernière. Ce continuum peut comprendre :

- des modifications apportées au domicile;
- des logements subventionnés;
- des logements autonomes avec des services de soutien;
- des logements généraux abordables;
- des interventions Logement d'abord pour les personnes sans-abri ou dans une situation de logement précaire, lesquelles peuvent être offertes conjointement avec une gestion de cas intensive ou un traitement communautaire intensif (p. ex., At Home/Chez Soi).

Indicateurs de qualité

Indicateurs de résultat

Pourcentage d'adultes atteints de schizophrénie qui déclarent vivre dans un milieu de vie sécuritaire, abordable et stable

- Dénominateur : nombre total d'adultes atteints de schizophrénie
- Numérateur : nombre de personnes comprises dans le dénominateur qui déclarent vivre dans un milieu de vie sécuritaire, abordable et stable
- Source de données : Évaluation commune des besoins en Ontario et collecte de données locales

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

- Dénominateur : nombre total d'adultes atteints de schizophrénie
- Numérateur : nombre de personnes comprises dans le dénominateur qui déclarent être sans-abri ou dans une situation de logement précaire
- Source de données : Évaluation commune des besoins en Ontario et collecte de données locales

Monothérapie avec antipsychotiques

On prescrit aux adultes atteints de schizophrénie un seul médicament antipsychotique, dans la mesure du possible.

Contexte

Les antipsychotiques sont habituellement efficaces pour atténuer les symptômes de psychose et prévenir leur récurrence¹². Dans la mesure du possible, un seul antipsychotique à la fois devrait être prescrit à la plus basse dose efficace pour la personne atteinte de schizophrénie¹². L'utilisation d'antipsychotiques, y compris les avantages, les risques, la réaction clinique et les effets secondaires, devrait être discutée avec la personne atteinte de schizophrénie. Dans la mesure du possible, les membres de la famille devraient être inclus dans ces discussions. Les personnes atteintes de

schizophrénie qui prennent des antipsychotiques peuvent également avoir besoin d'autres types de médicaments, comme des antidépresseurs et des stabilisateurs de l'humeur, pour traiter leurs symptômes.

Il faut généralement éviter de prendre deux ou plusieurs antipsychotiques simultanément. Rien ne démontre que ce soit plus efficace que de prendre un seul antipsychotique, sans compter le fait que la prise de deux ou plusieurs antipsychotiques simultanément soit associée à un risque accru d'effets indésirables^{12,15,25,30,34,44}.

CONTEXTE SUITE DE LA PAGE PRÉCÉDENTE

Le médicament et le dosage d'une personne devraient être examinés régulièrement, notamment en matière de réaction au traitement, d'avantages observés et d'effets secondaires¹². Offrir un antipsychotique à action prolongée par voie d'injection devrait être considéré au début du traitement (voir l'énoncé de qualité 8). Si l'antipsychotique n'atténue pas les symptômes de psychose, considérez les causes potentielles de l'absence de réaction, dont un mauvais diagnostic, une dose inappropriée, une faible observance du traitement, des troubles concomitants et des affections physiques¹². Si la personne atteinte de schizophrénie n'obtient pas une réaction adéquate après avoir essayé suffisamment longtemps deux agents antipsychotiques différents prescrits séparément à des doses thérapeutiques, le traitement à la clozapine devrait être envisagé (voir l'énoncé de qualité 9).

Sources: National Collaborating Centre for Mental Health, 2014¹² | Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists, 2016¹⁵ | Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2013³⁰ | Organisation mondiale de la santé, 2012⁴⁴

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les adultes atteints de schizophrénie

Les antipsychotiques réduisent l'intensité des symptômes de psychose, notamment les hallucinations et les idées délirantes. Votre professionnel de la santé devrait discuter avec vous des avantages, des préjudices et des effets secondaires potentiels des antipsychotiques afin que vous puissiez prendre des décisions éclairées sur vos soins. Si votre famille ou d'autres personnes participent à vos soins, elles devraient également recevoir ces renseignements.

Habituellement, un professionnel de la santé offrira un type d'antipsychotique à la fois. Toutefois, il se pourrait qu'il recommande parfois la prise de plus d'un antipsychotique.

Si vos symptômes ne diminuent pas ou si vous éprouvez d'importants effets secondaires après avoir pris un antipsychotique, discutez avec votre professionnel de la santé de la prise d'un autre médicament.

Pour les cliniciens

Les adultes atteints de schizophrénie devraient habituellement se voir prescrire un antipsychotique à la fois. Surveillez et documentez régulièrement les symptômes et les effets secondaires des personnes. Dans les situations où plus d'un antipsychotique est prescrit, évaluez régulièrement l'efficacité et les effets secondaires.

Pour les services de santé

Veillez à ce que des systèmes, des processus et des ressources soient en place pour les professionnels de la santé afin qu'ils puissent essayer un antipsychotique à la fois et surveiller la réaction des personnes au traitement.

Indicateurs de qualité

Indicateurs des processus

Pourcentage d'adultes atteints de schizophrénie qui se sont fait prescrire un antipsychotique et qui prennent un seul type d'antipsychotique

- Dénominateur : nombre total d'adultes atteints de schizophrénie qui se sont fait prescrire un antipsychotique
- Numérateur : nombre de personnes comprises dans le dénominateur qui prennent un seul type d'antipsychotique
- Sources des données : Collecte de données locales

Pourcentage d'adultes atteints de schizophrénie qui ont reçu une évaluation de leur antipsychotique au cours des 12 derniers mois

- Dénominateur : nombre total d'adultes atteints de schizophrénie qui se sont fait prescrire un antipsychotique
- Numérateur : nombre de personnes dans le dénominateur qui ont reçu une évaluation de leur antipsychotique au cours des 12 derniers mois (y compris la réaction au traitement, les avantages observés et les effets secondaires) ou plus souvent, si cliniquement indiqué
- Sources des données : Collecte de données locales

INDICATEURS DE QUALITÉ SUITE DE LA PAGE PRÉCÉDENTE

Indicateur de résultat

Pourcentage d'adultes atteints de schizophrénie qui se sont fait prescrire un antipsychotique et (ou de mandataires spéciaux) qui ont eu l'impression de participer aux discussions sur leurs médicaments, notamment sur les avantages, les risques, la réaction clinique et les effets secondaires

- Dénominateur : nombre total d'adultes atteints de schizophrénie qui se sont fait prescrire un antipsychotique
- Numérateur : nombre de personnes comprises dans le dénominateur (ou de mandataires spéciaux) qui ont eu l'impression de participer aux discussions sur leurs médicaments, notamment sur les avantages, les risques, la réaction clinique et les effets secondaires
- Sources des données : Collecte de données locales

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

Les adultes atteints de schizophrénie se font offrir un traitement avec un antipsychotique à action prolongée.

Contexte

Les antipsychotiques à action prolongée administrés par voie d'injection peuvent améliorer l'observance au traitement et prévenir les rechutes.^{12,45} Les rechutes peuvent contribuer à une aggravation des résultats durant la maladie⁴⁶. Le traitement par

des médicaments injectables à action prolongée offre aux personnes des médicaments de manière régulière et aux cliniciens une mesure valide de l'observance du traitement, lequel constitue le facteur déterminant de rechute¹².

Sources: National Collaborating Centre for Mental Health, 2014¹² | Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists, 2016¹⁵ | Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2013³⁰ | Organisation mondiale de la santé, 2012⁴⁴

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les adultes atteints de schizophrénie

Vous voudrez sans doute prendre un antipsychotique par voie d'injection à action prolongée afin de ne pas avoir à vous rappeler de prendre votre médicament tous les jours. Votre professionnel de la santé devrait vous indiquer au début de votre traitement s'il s'agit d'une bonne option pour vous. Selon le médicament, vous aurez une injection au moins toutes les 2 semaines, au plus tous les 3 mois. Les antipsychotiques ne peuvent pas tous être administrés par voie d'injection à action prolongée.

Pour les cliniciens

Discutez de l'option de prendre des antipsychotiques à action prolongée par voie injectable avec les personnes atteintes de schizophrénie. Offrez cette option tôt au cours du traitement avec un antipsychotique.

Pour les services de santé

Offrez des systèmes et des services dotés adéquatement de ressources afin que les cliniciens soient en mesure d'offrir des antipsychotiques à action prolongée par voie injectable aux personnes atteintes de schizophrénie.

DÉFINITIONS UTILISÉES DANS CET ÉNONCÉ DE QUALITÉ

Antipsychotique à action prolongée par voie d'injection

Les antipsychotiques peuvent être prescrits par voie d'injection intramusculaire à prendre au moins toutes les 2 semaines et au plus tous les 3 mois, selon le médicament. Au début du traitement, les professionnels de la santé devraient discuter avec la personne de la possibilité de prendre un antipsychotique à action prolongée par voie d'injection. Dans la mesure du possible, les membres de la famille devraient être inclus dans ces discussions.

Indicateurs de qualité

Indicateur de processus

Pourcentage d'adultes atteints de schizophrénie qui se sont fait offrir un antipsychotique à action prolongée par voie d'injection

- Dénominateur : nombre total d'adultes atteints de schizophrénie
- Numérateur : nombre de personnes comprises dans le dénominateur qui se sont fait offrir un antipsychotique à action prolongée par voie d'injection
- Sources des données : Collecte de données locales

Indicateur de résultat

Pourcentage d'adultes atteints de schizophrénie qui se sont fait prescrire un antipsychotique à action prolongée par voie d'injection (ou de mandataires spéciaux) et qui ont eu l'impression de participer aux discussions sur leurs médicaments, notamment sur les avantages, les risques, la réaction clinique et les effets secondaires

- Dénominateur : nombre total d'adultes atteints de schizophrénie qui se sont fait prescrire un antipsychotique à action prolongée par voie d'injection
- Numérateur : nombre de personnes comprises dans le dénominateur (ou de mandataires spéciaux) qui ont eu l'impression de participer aux discussions sur leurs médicaments, notamment sur les avantages, les risques, la réaction clinique et les effets secondaires
- Sources des données : Collecte de données locales

Traitement avec la clozapine

Les adultes atteints de schizophrénie qui n'ont pas répondu à des essais adéquats de traitement avec deux différents antipsychotiques se font offrir de la clozapine.

Contexte

La clozapine a une efficacité unique et constitue le traitement de choix si une personne atteinte de schizophrénie ne répond pas à d'autres antipsychotiques ou y a répondu partiellement, mais continue de présenter des symptômes de psychose¹². Un essai de clozapine devrait également être envisagé pour les personnes atteintes de schizophrénie qui éprouvent des effets secondaires importants causés par d'autres antipsychotiques¹⁵, qui présentent des symptômes persistants d'agressivité ou des comportements violents, ou qui ont des pensées ou des comportements suicidaires persistants^{15,25,34}.

Comme pour d'autres antipsychotiques, la clozapine est associée à une série d'effets indésirables qui peuvent influencer sur la santé physique. Une évaluation continue et une gestion de la santé physique sont donc nécessaires (voir l'énoncé de qualité 2)³⁴. La clozapine est également associée à un risque accru de plusieurs effets indésirables graves, dont une agranulocytose, une myocardite, cardiomyopathie et une occlusion intestinale. Les protocoles pour surveiller et gérer ces risques doivent être rigoureusement suivis¹⁵.

Sources: National Collaborating Centre for Mental Health, 2014¹² | Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists, 2016¹⁵ | Schizophrenia Patient Outcomes Research Team, 2010³⁴ | Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2013³⁰

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les adultes atteints de schizophrénie

Si vos symptômes constituent encore une source de détresse après avoir essayé au moins deux types différents d'antipsychotiques, demandez à votre professionnel de la santé si vous pouvez prendre de la clozapine.

Pour les cliniciens

Offrez de la clozapine aux adultes atteints de schizophrénie si, après qu'ils ont essayé deux antipsychotiques différents, leurs symptômes n'ont pas diminué ou demeurent une source de détresse.

Pour les services de santé

Veillez à ce que des systèmes, des processus et des ressources soient en place afin que les cliniciens puissent prescrire de la clozapine comme traitement de la schizophrénie, ainsi que surveiller et gérer les risques qui y sont associés.

DÉFINITIONS UTILISÉES DANS CET ÉNONCÉ DE QUALITÉ

Absence de réaction

Les personnes atteintes de schizophrénie sont considérées comme n'ayant pas eu de réaction au traitement si elles continuent d'éprouver des symptômes positifs persistants et cliniquement importants (comme des hallucinations, des idées délirantes, une perception faussée ainsi que des pensées et des comportements incohérents⁴⁷) après avoir essayé deux antipsychotiques différents à une posologie et une durée adéquates, avec une assurance raisonnable de l'observance de la pharmacothérapie au cours des essais.

Indicateurs de qualité

Indicateurs des processus

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

- Dénominateur : nombre total d'adultes atteints de schizophrénie
- Numérateur : nombre de personnes comprises dans le dénominateur qui reçoivent de la clozapine
- Sources des données : Collecte de données locales

Pourcentage d'adultes atteints de schizophrénie qui n'ont pas eu de réaction adéquate à un traitement avec au moins deux antipsychotiques différents et qui ont reçu de la clozapine.

- Dénominateur : nombre total d'adultes atteints de schizophrénie qui n'ont pas eu de réaction adéquate à un traitement avec au moins deux antipsychotiques différents
- Numérateur : nombre de personnes comprises dans le dénominateur qui reçoivent de la clozapine
- Sources des données : Collecte de données locales

Pourcentage d'adultes atteints de schizophrénie qui ont reçu une évaluation de leur prise de clozapine au cours des 12 derniers mois

- Dénominateur : nombre total d'adultes atteints de schizophrénie qui se sont fait prescrire de la clozapine
- Numérateur : nombre de personnes dans le dénominateur qui ont reçu une évaluation de leur prise de clozapine au cours des 12 derniers mois (y compris la réaction au traitement, les avantages observés et les effets secondaires) ou plus souvent, si cliniquement indiqué
- Sources des données : Collecte de données locales

Poursuite de la prise d'antipsychotiques

Les adultes atteints de schizophrénie dont l'état s'est amélioré grâce aux médicaments antipsychotiques se font conseiller de continuer à les prendre à long terme.

Contexte

Les personnes ayant reçu un diagnostic établi de schizophrénie qui connaissent une rémission d'un épisode aigu grâce à un antipsychotique peuvent réduire leur risque de rechute et de développement de résistance au traitement en continuant de prendre le médicament^{15,25,48,49}. L'utilisation d'antipsychotiques, y compris les avantages, les risques, la réaction clinique et les effets secondaires, devrait être examinée avec la personne atteinte de schizophrénie au moins une fois par année^{12,15}. La dose la plus basse permettant de maximiser l'efficacité du traitement et de réduire au minimum les effets secondaires devrait être utilisée³⁴. Un antipsychotique à action prolongée par voie

d'injection devrait être offert au début du traitement (voir l'énoncé de qualité 7).

Tout essai visant à réduire ou à cesser la prise d'antipsychotiques devrait être effectué sous la supervision étroite d'un psychiatre traitant et de l'équipe clinique et devrait inclure un suivi fréquent afin de surveiller les signes précoces de récurrence et de rechute. Dans la mesure du possible, les membres de la famille devraient être inclus dans les discussions sur les risques associés à l'arrêt de la médication, la façon de détecter les signes de récurrence et les mesures à prendre si les symptômes resurgissent⁴⁴.

Source: Schizophrenia Patient Outcomes Research Team, 2010³⁴

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les adultes atteints de schizophrénie

Si un antipsychotique vous aide à réduire vos symptômes, vous aurez probablement besoin de continuer de le prendre afin d'éviter que les symptômes ne resurgissent. Votre professionnel de la santé devrait examiner avec vous votre prise de médicament une fois par an pour s'assurer qu'elle continue d'être efficace et pour réduire les effets secondaires.

Pour les cliniciens

Veillez à ce que les adultes atteints de schizophrénie continuent de prendre leur antipsychotique et que leur famille et eux soient informés du rôle de la gestion des médicaments dans le maintien de leur bien-être.

Pour les services de santé

Veillez à ce que des systèmes, des processus et des ressources soient en place afin que les adultes atteints de schizophrénie qui connaissent une atténuation de leurs symptômes puissent continuer leur traitement et que des examens de leur médication puissent être régulièrement effectués.

DÉFINITIONS UTILISÉES DANS CET ÉNONCÉ DE QUALITÉ

Continuer de prendre l'antipsychotique à long terme

La plupart des personnes atteintes de schizophrénie devront prendre des antipsychotiques toute leur vie afin de prévenir les rechutes.

Indicateurs de qualité

Indicateurs des processus

Pourcentage d'adultes atteints de schizophrénie qui se font délivrer un antipsychotique

- Dénominateur : nombre total d'adultes atteints de schizophrénie
- Numérateur : nombre de personnes comprises dans le dénominateur qui se font délivrer un antipsychotique
- Sources de données : Base de données sur les ordonnances pharmaceutiques en Ontario pour les personnes âgées de 65 ans et plus (mesures de l'ordonnance délivrée, pas nécessairement de l'ordonnance prise), collecte de données locales (pour les personnes âgées de moins de 65 ans et pour celles recevant des antipsychotiques qui ne sont pas incluses dans la base de données sur les ordonnances pharmaceutiques en Ontario, ainsi que pour calculer le dénominateur).
- Remarque : également inclus comme indicateur de processus dans l'énoncé de qualité 7.

Pourcentage d'adultes atteints de schizophrénie qui se font délivrer un antipsychotique et qui se font continuellement délivrer un antipsychotique depuis la première ordonnance

- Dénominateur : nombre total d'adultes atteints de schizophrénie qui se font délivrer un antipsychotique
- Numérateur : nombre de personnes comprises dans le dénominateur qui se font continuellement délivrer un antipsychotique depuis la première ordonnance
- Sources de données : Base de données sur les ordonnances pharmaceutiques en Ontario pour les personnes âgées de 65 ans et plus (mesures de l'ordonnance délivrée, pas nécessairement de l'ordonnance prise), collecte de données locales (pour les personnes âgées de moins de 65 ans et pour celles recevant des antipsychotiques qui ne sont pas incluses dans la base de données sur les ordonnances pharmaceutiques en Ontario, ainsi que pour calculer le dénominateur).

INDICATEURS DE QUALITÉ SUITE DE LA PAGE PRÉCÉDENTE

Indicateur de résultat

Pourcentage d'adultes atteints de schizophrénie qui font une rechute

- Dénominateur : nombre total d'adultes atteints de schizophrénie
- Numérateur : nombre de personnes comprises dans le dénominateur qui font une rechute (une récurrence ou une aggravation des symptômes)
- Sources de données : Système national d'information sur les soins ambulatoires (pour les rechutes entraînant une visite aux services des urgences), Base de données sur les congés des patients (pour les rechutes entraînant une hospitalisation), base de données de facturation du Régime d'assurance-santé de l'Ontario (pour les rechutes entraînant la consultation d'un médecin), collecte des données locales (pour les rechutes non traitées dans d'autres milieux).
- Stratification potentielle : utilisation d'antipsychotiques au moment de la rechute, secteur des soins

Thérapie cognitivo-comportementale pour la psychose et les autres interventions psychosociales

Les adultes atteints de schizophrénie se font offrir une thérapie cognitivo-comportementale pour les psychoses ainsi que d'autres interventions psychologiques fondées sur des données probantes, en fonction de leurs besoins.

Contexte

Des données probantes soutiennent l'efficacité de la thérapie cognitivo-comportementale pour les psychoses et d'autres interventions psychosociales pour les personnes atteintes de schizophrénie avec certaines indications. La thérapie cognitivo-comportementale est un type de psychothérapie offert par un psychothérapeute qualifié qui aide une personne à devenir plus consciente de ses croyances et ses schémas de pensée. Elle offre des stratégies visant à modifier ses croyances et ses pensées pour obtenir un résultat positif.

La thérapie cognitivo-comportementale pour la psychose est plus efficace lorsqu'elle est donnée en concomitance avec des antipsychotiques. Il a été démontré que la thérapie cognitivo-comportementale pour les psychoses est efficace pour réduire la gravité des symptômes ainsi que le nombre de nouvelles hospitalisations chez les personnes atteintes de schizophrénie¹². Les données probantes soutiennent également l'offre d'une thérapie cognitivo-comportementale pour le traitement de troubles concomitants de dépression et d'anxiété chez les personnes atteintes de schizophrénie^{12,15,30}.

CONTEXTE SUITE DE LA PAGE PRÉCÉDENTE

La rééducation cognitive est une intervention psychosociale qui peut être envisagée pour les personnes atteintes de schizophrénie qui ont une déficience cognitive^{15,30,50}. Cette intervention vise à améliorer les processus cognitifs de base, dont la mémoire, la concentration, la cognition sociale et la résolution de problème^{15,51}. Elle se fonde sur la formation comportementale, animée par des cliniciens qualifiés⁵¹. De plus en plus de données probantes démontrent que la rééducation cognitive, lorsqu'elle est appliquée en guise de complément aux programmes de soutien à l'emploi, peut améliorer les résultats en matière de l'emploi⁵².

Sources: National Collaborating Centre for Mental Health, 2014¹² | Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists, 2016¹⁵ | Schizophrenia Patient Outcomes Research Team, 2010³⁴ | Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2013³⁰ | Organisation mondiale de la santé, 2012⁴⁴

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les adultes atteints de schizophrénie

En fonction de vos besoins, des interventions non médicamenteuses devraient vous être offertes dans le cadre de votre traitement. Deux de ces types d'interventions sont la thérapie cognitivo-comportementale et la rééducation cognitive.

Au cours d'une thérapie cognitivo-comportementale, vous discuterez avec un thérapeute de vos réflexions et croyances et apprendrez la manière dont elles peuvent influencer sur la façon dont vous vous comportez et gérez les problèmes.

Au cours d'une rééducation cognitive, vous exécuterez des activités d'apprentissage qui vous aideront à améliorer votre mémoire, votre concentration et votre capacité à résoudre des problèmes.

Pour les cliniciens

Veillez à ce que la thérapie cognitivo-comportementale et la rééducation cognitive soient offertes pour les adultes atteints de schizophrénie qui pourraient en bénéficier.

Pour les services de santé

Offrez des systèmes et des services dotés de ressources adéquates pour vous assurer que les adultes atteints de schizophrénie ont accès à la thérapie cognitivo-comportementale et à la rééducation cognitive. Veillez à ce que les cliniciens soient au courant de ces services et puissent y aiguiller des personnes.

DÉFINITIONS UTILISÉES DANS CET ÉNONCÉ DE QUALITÉ

Thérapie cognitivo-comportementale pour la psychose

Cette thérapie devrait être :

- commencée pendant la phase initiale, la phase aiguë ou le rétablissement;
- commencée dans la collectivité ou dans un milieu hospitalier;
- offerte au cours d'au moins 16 séances planifiées durant 4 à 9 mois;
- offerte idéalement de façon individuelle, mais peut être offerte au sein d'un groupe, selon la disponibilité des ressources;
- offerte par un thérapeute ayant suivi une formation appropriée conformément au manuel de traitement.

Autres interventions psychosociales fondées sur des données probantes

Selon les besoins des personnes, d'autres interventions à envisager comprennent les suivantes :

- la thérapie cognitivo-comportementale pour des troubles concomitants de dépression et d'anxiété chez les personnes atteintes de schizophrénie^{12,15,30};
- la rééducation cognitive pour les personnes atteintes de schizophrénie qui ont une déficience cognitive touchant leur fonctionnement^{15,30}.

Indicateurs de qualité

Indicateurs des processus

Pourcentage d'adultes atteints de schizophrénie qui ont reçu une thérapie cognitivo-comportementale pour leur psychose

- Dénominateur : nombre total d'adultes atteints de schizophrénie
- Numérateur : nombre de personnes comprises dans le dénominateur qui ont reçu une thérapie cognitivo-comportementale pour leur psychose
- Sources des données : Collecte de données locales

Pourcentage d'adultes atteints de schizophrénie qui ont des troubles concomitants de dépression et d'anxiété et qui ont reçu une thérapie cognitivo-comportementale pour leur dépression et leur anxiété

- Dénominateur : nombre total d'adultes atteints de schizophrénie qui ont des troubles concomitants de dépression et d'anxiété
- Numérateur : nombre de personnes comprises dans le dénominateur qui ont reçu une thérapie cognitivo-comportementale pour leur dépression et leur anxiété
- Sources des données : Collecte de données locales

Pourcentage d'adultes atteints de schizophrénie qui ont une déficience cognitive touchant leur fonctionnement et qui ont reçu une rééducation cognitive

- Dénominateur : nombre total d'adultes atteints de schizophrénie qui ont une déficience cognitive touchant leur fonctionnement
- Numérateur : nombre de personnes comprises dans le dénominateur qui ont reçu une rééducation cognitive
- Sources des données : Collecte de données locales

INDICATEURS DE QUALITÉ SUITE DE LA PAGE PRÉCÉDENTE

Indicateurs de structure

Offre locale de programmes de thérapie cognitivo-comportementale par des professionnels qualifiés et certifiés

- Sources des données : Collecte de données locales

Offre locale de programmes de rééducation cognitive par des professionnels qualifiés et certifiés

- Sources des données : Collecte de données locales

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

Les adultes atteints de schizophrénie se font offrir des interventions faciles d'accès qui favorisent l'activité physique et la saine alimentation.

Contexte

Il existe de nombreuses raisons pour lesquelles les personnes atteintes de schizophrénie connaissent une incidence plus élevée de problèmes de santé physique (voir l'énoncé de qualité 2), mais les facteurs de mode de vie constituent un groupe important de causes, notamment une mauvaise alimentation et une absence d'activité physique¹². Plusieurs des médicaments utilisés pour traiter la schizophrénie peuvent aussi entraîner un gain de poids^{12,15}.

Offrir aux personnes atteintes de schizophrénie des interventions qui favorisent l'activité physique et une saine alimentation peut aider à améliorer leur santé physique et mentale¹². De tels programmes doivent être abordables et accessibles. Les personnes atteintes de schizophrénie et leurs familles devraient également être informées de l'importance de l'activité physique et d'une saine alimentation et encouragées à participer à des programmes connexes.

Sources: National Institute for Health and Care Excellence, 2014¹² | Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists, 2016¹⁵ | Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2013³⁰

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les adultes atteints de schizophrénie

Un mode de vie sain peut aider à améliorer votre santé physique et mentale. Votre professionnel de la santé devrait vous donner des renseignements sur les programmes qui peuvent vous aider à faire de l'exercice et à adopter une alimentation saine.

Pour les cliniciens

Soyez au courant des programmes locaux en matière d'alimentation saine et d'activité physique et encouragez les adultes atteints de schizophrénie à y accéder.

Pour les services de santé

Veillez à ce que les interventions soient accessibles dans la collectivité afin de favoriser l'activité physique et une saine alimentation chez les adultes atteints de schizophrénie.

DÉFINITIONS UTILISÉES DANS CET ÉNONCÉ DE QUALITÉ

Interventions qui favorisent l'activité physique et une saine alimentation

Des interventions comportementales qui fournissent des renseignements et du soutien visant à augmenter les niveaux d'activité physique et la saine alimentation.

Indicateurs de qualité

Indicateur de processus

Pourcentage d'adultes atteints de schizophrénie qui reçoivent régulièrement des interventions favorisant l'activité physique et une saine alimentation

- Dénominateur : nombre total d'adultes atteints de schizophrénie
- Numérateur : nombre de personnes comprises dans le dénominateur qui reçoivent régulièrement des interventions favorisant l'activité physique et une saine alimentation
- Sources des données : Collecte de données locales

Indicateur de structure

Offre locale de programmes qui favorisent une saine alimentation et l'activité physique chez les adultes atteints de schizophrénie

- Sources des données : Collecte de données locales

Indicateur de résultat

Pourcentage d'adultes atteints de schizophrénie qui ont déclaré être actifs durant leur temps libre

- Dénominateur : nombre total d'adultes atteints de schizophrénie
- Numérateur : nombre de personnes comprises dans le dénominateur qui ont déclaré être actives durant leur temps libre
- Source de données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (pour déterminer le numérateur) et collecte de données locales (pour déterminer le dénominateur).
- Exclusion : catégories de non-réponse du sondage (refus, je ne sais pas et non précisé)

Promotion de la cessation du tabagisme

Les adultes atteints de schizophrénie qui fument du tabac se font offrir des interventions pharmacologiques et non pharmacologiques afin de les aider à cesser de fumer ou à fumer moins.

Contexte

Les taux de tabagisme chez les personnes atteintes de schizophrénie sont beaucoup plus élevés que dans l'ensemble de la population⁵³. L'utilisation élevée du tabac contribue aux principales causes de morbidité et de mortalité chez les personnes atteintes de schizophrénie⁵⁴. L'usage du tabac risque également de nuire à l'efficacité de certains antipsychotiques⁵⁵.

Les personnes atteintes de schizophrénie qui veulent réduire leur consommation de tabac

ou cesser de fumer devraient se voir offrir des interventions pharmacologiques et non pharmacologiques qui correspondent à leur niveau d'ouverture à ce changement^{34,56}. Des outils de dépistage validés peuvent aider au suivi de la consommation de tabac. Les fournisseurs de soins de santé devraient surveiller les symptômes psychiatriques d'une personne, la posologie de la médication et la réaction lorsque la personne réduit sa consommation de tabac ou cesse de fumer⁵⁶.

Sources: National Collaborating Centre for Mental Health, 2014¹² | Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists, 2016¹⁵ | Schizophrenia Patient Outcomes Research Team, 2010³⁴

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les adultes atteints de schizophrénie

Abandonner ou réduire l'usage du tabac peut aider à améliorer votre santé physique et mentale. Votre professionnel de la santé devrait discuter avec vous des façons de cesser de fumer ou de réduire votre consommation de tabac.

Pour les cliniciens

Offrez des interventions comportementales, des conseils ou une médication aux adultes atteints de schizophrénie qui fument du tabac afin de les aider à réduire leur consommation ou à cesser de fumer.

Pour les services de santé

Veillez à ce que les interventions comportementales et la médication soient accessibles dans la collectivité pour aider les adultes atteints de schizophrénie à réduire leur consommation ou à cesser de fumer.

DÉFINITIONS UTILISÉES DANS CET ÉNONCÉ DE QUALITÉ

Interventions pour aider les personnes à cesser de fumer ou à moins fumer

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

- une pharmacothérapie d'une dose adéquate (c.-à-d. la varenicline ou le bupropion);
- des produits de thérapie de remplacement de la nicotine (p. ex., des timbres transdermiques, de la gomme, des cartouches d'inhalation, des comprimés ou des vaporisations sublinguaux);
- mener des rencontres de motivation;
- des soutiens comportementaux.

Indicateurs de qualité

Indicateurs des processus

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

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

Pourcentage d'adultes atteints de schizophrénie qui fument du tabac et qui reçoivent au moins une intervention pharmacologique ou non pharmacologique afin de les aider à réduire leur consommation de tabac ou à cesser de fumer

- Dénominateur : nombre total d'adultes atteints de schizophrénie qui fument du tabac
- Numérateur : nombre de personnes comprises dans le dénominateur qui reçoivent au moins une intervention pharmacologique ou non pharmacologique afin de les aider à réduire leur consommation de tabac ou à cesser de fumer
- Sources des données : Collecte de données locales
- Stratification potentielle : méthode d'intervention (c.-à-d. pharmacologique ou non pharmacologique)

Indicateur de résultat

Pourcentage d'adultes atteints de schizophrénie qui fument du tabac quotidiennement

- Dénominateur : nombre total d'adultes atteints de schizophrénie
- Numérateur : nombre de personnes comprises dans le dénominateur qui déclarent fumer du tabac quotidiennement
- Sources de données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, collecte de données locales pour calculer le dénominateur

Évaluation et traitement de la toxicomanie

Les adultes atteints de schizophrénie se font poser des questions sur leur consommation de substances et, s'il y a lieu, sont évalués pour la toxicomanie et se font offrir un traitement.

Contexte

La toxicomanie et les troubles de consommation de substances sont plus fréquents chez les personnes atteintes de schizophrénie que dans le grand public^{39,57}. La toxicomanie est associée à une mauvaise récupération fonctionnelle et à un risque plus élevé de rechute et d'hospitalisation³⁹. Elle peut aggraver les symptômes de la schizophrénie et la maladie, ainsi que limiter la capacité des antipsychotiques à atténuer les symptômes. La toxicomanie peut également nuire aux effets thérapeutiques des traitements non pharmacologiques³⁹.

Les professionnels de la santé devraient effectuer régulièrement un dépistage chez les personnes

atteintes de schizophrénie pour l'utilisation d'un éventail de substances, notamment l'alcool, le cannabis, le tabac, les médicaments sur ordonnance ou en vente libre et les drogues illicites¹². Les outils de dépistage validés (p. ex., GAIN-SS [mesure de dépistage GAIN-Short Screener]) peuvent aider au dépistage de la toxicomanie et déterminer les personnes qui bénéficieraient d'une évaluation plus poussée. Si la toxicomanie chez une personne entraîne une déficience ou une détresse importante, la personne devrait être évaluée pour un trouble de consommation de substances par l'intermédiaire des critères actuels énoncés dans le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*⁸.

CONTEXTE SUITE DE LA PAGE PRÉCÉDENTE

La toxicomanie ne devrait pas empêcher les personnes atteintes de schizophrénie de recevoir un traitement ou des services. Un traitement des troubles concomitants devrait être intégré aux services de santé mentale et de lutte contre les dépendances et tenir compte des besoins, des préférences et du niveau d'ouverture au changement de la personne^{15,39}.

Sources: National Collaborating Centre for Mental Health, 2014¹² | Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists, 2016¹⁵ | Schizophrenia Patient Outcomes Research Team, 2010³⁴ | Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2013³⁰

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les adultes atteints de schizophrénie

L'alcool et les drogues peuvent aggraver vos symptômes de schizophrénie et diminuer l'efficacité de votre traitement. Votre professionnel de la santé devrait vous demander si vous consommez de l'alcool et des drogues et vous offrir le traitement (si vous en avez besoin) pour vous aider à cesser votre consommation.

Pour les cliniciens

Questionnez les adultes atteints de schizophrénie sur leur consommation de substances. Au besoin, fournissez-leur une évaluation approfondie visant à confirmer un diagnostic possible de trouble de consommation de substances et offrez un traitement pour les troubles concomitants.

Pour les services de santé

Veillez à ce que des systèmes et des ressources soient en place pour permettre aux fournisseurs de soins de dépister la toxicomanie et évaluer les troubles de consommation de substances. Veillez à ce que l'accès à un traitement des troubles concomitants soit en place lorsqu'un trouble de consommation de substances est déterminé.

DÉFINITIONS UTILISÉES DANS CET ÉNONCÉ DE QUALITÉ

Trouble de consommation de substances

La cinquième édition du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* définit le trouble de consommation de substances comme une tendance problématique de consommation de substances qui entraîne une détresse ou un dysfonctionnement quotidien cliniquement significatif au cours d'une période de 12 mois⁹. Le manuel énumère 11 symptômes du trouble de consommation de substances. La présence de deux ou trois symptômes indique un trouble de consommation de substances léger, la présence de quatre ou cinq symptômes indique un trouble de consommation de substances moyen et la présence de six symptômes ou plus indique un trouble de consommation de substances grave⁸.

Indicateurs de qualité

Indicateurs des processus

Pourcentage d'adultes atteints de schizophrénie qui ont été évalués au cours de l'année précédente pour la toxicomanie

- Dénominateur : nombre total d'adultes atteints de schizophrénie
- Numérateur : nombre de personnes comprises dans le dénominateur qui ont été évaluées au cours de l'année précédente pour la toxicomanie
- Sources des données : Collecte de données locales

Pourcentage d'adultes atteints de schizophrénie qui ont un trouble de consommation de substances et qui sont traités pour la consommation de substances

- Dénominateur : nombre total d'adultes atteints de schizophrénie qui ont un trouble de consommation de substances
- Numérateur : nombre de personnes comprises dans le dénominateur qui sont traitées pour la consommation de substances
- Sources des données : Collecte de données locales

Emploi et soutien au travail

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

Contexte

Les personnes atteintes de schizophrénie connaissent des taux élevés de chômage⁵⁸. Participer à un travail valorisant et productif ainsi qu'à d'autres activités réduit l'isolement social, favorise l'inclusion et fait partie intégrante du rétablissement⁵⁸. Les obstacles à l'emploi comprennent la stigmatisation et la discrimination, le manque de possibilités d'éducation et de perfectionnement des compétences, un soutien continu limité pour obtenir et garder un emploi ainsi que les obstacles au soutien au revenu/ aux programmes d'avantages sociaux, tandis que le

retour sur le marché du travail peut signifier la perte de subventions ou d'avantages en matière de soins de santé⁵⁸. Les personnes devraient également être soutenues dans d'autres activités professionnelles ou éducatives valorisantes, peu importe leur désir d'avoir un emploi rémunéré ou leur participation à un tel emploi. De nouvelles possibilités prometteuses ont émergé sous la forme d'entreprises sociales d'intégration au travail et de postes de fournisseur pair et de soutien par les pairs rémunérés dans le système de santé mentale^{58,59}.

Sources: National Collaborating Centre for Mental Health, 2014¹² | Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists, 2016¹⁵ | Schizophrenia Patient Outcomes Research Team, 2010³⁴ | Organisation mondiale de la santé, 2012⁴⁴

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les adultes atteints de schizophrénie

Votre professionnel de la santé devrait vous faire part de programmes qui pourraient vous aider à atteindre vos objectifs de travail et d'éducation.

Pour les cliniciens

Questionnez les adultes atteints de schizophrénie sur leur emploi, leur bénévolat et d'autres intérêts et objectifs professionnels et éducatifs. Incluez ces renseignements dans leur plan de soins (voir l'énoncé de qualité 1). Reliez les personnes aux mesures de soutien et aux services qui peuvent les aider dans ces recherches.

Pour les services de santé

Veillez à ce que les adultes atteints de schizophrénie puissent avoir accès à des programmes de soutien à l'emploi et à d'autres activités professionnelles et éducatives, en fonction des ressources locales existantes. Veillez à ce que les fournisseurs de soins de santé soient au courant de ces services et puissent y aiguiller des personnes.

DÉFINITIONS UTILISÉES DANS CET ÉNONCÉ DE QUALITÉ

Soutien à l'emploi

Le soutien à l'emploi est une démarche de réadaptation professionnelle qui consiste à placer immédiatement les gens dans des emplois compétitifs (c.-à-d. des emplois permanents ayant un salaire adapté auxquels toute personne peut poser une candidature⁶⁰) et à leur fournir du soutien à l'emploi continu¹². Les éléments principaux du soutien à l'emploi comprennent développer des possibilités d'emploi, mettre l'accent sur les préférences individuelles, effectuer une recherche d'emploi rapide, assurer la disponibilité de mesures de soutien à l'emploi continues et intégrer les services professionnels et de santé mentale³⁴.

Autres activités professionnelles ou éducatives

Ces activités peuvent comprendre une formation professionnelle préalable, une éducation soutenue ainsi que du bénévolat^{12,15}.

Indicateurs de qualité

Indicateurs des processus

Pourcentage d'adultes atteints de schizophrénie qui souhaitent travailler et qui participent à des programmes de soutien à l'emploi

- Dénominateur : nombre d'adultes atteints de schizophrénie qui souhaitent travailler
- Numérateur : nombre de personnes du dénominateur qui participent à des programmes de soutien à l'emploi
- Sources des données : Collecte de données locales

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

- Dénominateur : nombre d'adultes atteints de schizophrénie qui ne recherchent pas un travail rémunéré
- Numérateur : nombre de personnes comprises dans le dénominateur qui participent à d'autres activités professionnelles ou éducatives, conformément à leurs besoins et à leurs préférences
- Sources des données : Collecte de données locales

Indicateurs de structure

Offre locale des programmes de soutien à l'emploi pour les personnes atteintes de schizophrénie

- Sources des données : Collecte de données locales

Offre locale des programmes de formation professionnelle préparatoire, d'éducation et de bénévolat destinés aux personnes atteintes de schizophrénie

- Sources des données : Collecte de données locales

INDICATEURS DE QUALITÉ SUITE DE LA PAGE PRÉCÉDENTE

Indicateur de résultat

Pourcentage d'adultes atteints de schizophrénie qui ont déclaré contribuer utilement à leur collectivité et à la société

- Dénominateur : nombre total d'adultes atteints de schizophrénie qui ont répondu à la question suivante : « Au cours des derniers mois, à quelle fréquence avez-vous eu l'impression d'avoir contribué de façon significative à la société? » (Choix de réponse : « Tous les jours, Presque tous les jours, Environ 2 ou 3 fois par semaine, Environ une fois par semaine, De une à deux fois, Jamais »)⁶¹
- Numérateur : nombre de personnes comprises dans le dénominateur qui ont répondu « Tous les jours », « Presque tous les jours » ou « Environ 2 ou 3 fois par semaine »
- Sources des données : Collecte de données locales, enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

Énoncé de pratique émergente : Soutien par les pairs, formation en matière de gestion de la maladie et de rétablissement, planification de mesures de rétablissement et formation en matière de compétences sociales

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

Nous ne pouvons fournir une orientation à l'heure actuelle sur le soutien par les pairs, la formation en matière de gestion de la maladie et de rétablissement ou sur la planification de mesures de rétablissement en raison de recommandations contradictoires dans les lignes directrices utilisées dans l'établissement des énoncés de qualité. Même si un nombre croissant de documents indiquent l'efficacité de ces interventions, d'autres données probantes sont nécessaires avant qu'un énoncé de qualité puisse être établi. Le comité consultatif a suggéré que ces éléments sont importants à prendre en considération dans les travaux futurs.

La formation en matière de compétences sociales n'est pas une nouvelle intervention. Toutefois, nous ne pouvons fournir une orientation à l'heure actuelle sur l'utilisation de cette formation en raison de recommandations contradictoires dans les lignes directrices utilisées dans l'établissement des énoncés de qualité. Même si un nombre croissant de documents indiquent que la formation en matière de compétences sociales peut améliorer le fonctionnement social et réduire les taux de rechute chez les personnes atteintes de schizophrénie⁶², d'autres données probantes sont nécessaires avant qu'un énoncé de qualité puisse être établi.

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 cette norme de qualité.

Steve Lurie (coprésident)

Directeur général,
bureau de Toronto de
l'Association canadienne
pour la santé mentale;
Professeur auxiliaire, faculté de
travail social Factor-Inwentash,
Université de Toronto

Robert Zipursky (coprésident)

Professeur, Département de
psychiatrie, Université de Toronto
Psychiatrique, Centre de
toxicomanie et de santé mentale
de Toronto

Elgin Barrett

Consultant en situation de vécu

Jonathan Bertram

Médecin, médecine en lutte
contre les dépendances, Centre
de toxicomanie et de santé
mentale et Bowmanville Family
Health Organization

Yvette Brook

Directrice générale, conseil des
patients/clients et des familles,
Centre de soins de santé mentale
de Waypoint

Patricia Cavanagh

Chef, Cliniques de
consultations externes,
Programme de traitement de
la schizophrénie, Centre de
toxicomanie et de santé mentale;
Professeure adjointe,
Département de psychiatrie,
Université de Toronto

Krista DePooter

Ergothérapeute, traitement
communautaire intensif,
Providence Care

Michael Dunn

Directeur de l'amélioration de la
qualité, Association canadienne
pour la santé mentale

Julia Fineczko

Consultante en situation de vécu

Phillip Klassen

Vice-président,
services médicaux, Centre
des sciences de la santé
mentale Ontario Shores;
Professeur adjoint,
Département de psychiatrie,
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;
Professeur agrégé,
Département de psychiatrie,
Université de Toronto

Remerciements

COMITÉ CONSULTATIF SUITE DE LA PAGE PRÉCÉDENTE

Gord Langill

Directeur des programmes et des services, Association canadienne pour la santé mentale – Haliburton et Kawartha

Kwame McKenzie

Directeur médical, Centre de toxicomanie et de santé mentale; chef de la direction, Wellesley Institute; Professeur, département de psychiatrie, Université de Toronto

Kayla Nicholls

Coordonnatrice régionale, Toronto/York, Société de schizophrénie de l'Ontario

Sheryl Pedersen

Consultante en situation de vécu

Donna Pettey

Directrice des opérations, bureau d'Ottawa de l'Association canadienne pour la santé mentale

Carol Riddell-Elson

Consultante en situation de vécu

Sylvain Roy

Neuropsychologue, Inner City Family Health

Abraham Rudnick

Professeur en psychiatrie, École de médecine du Nord de l'Ontario; Vice-président à la recherche et psychiatre en chef, Centre régional des sciences de la santé de Thunder Bay; Chercheur en chef, Thunder Bay Regional Health Research Institute

Frank Sirotich

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

Stephanie Skopyk

Infirmière praticienne et responsable clinique, clinique dirigée par du personnel infirmier praticien, bureau de Durham de l'Association canadienne pour la santé mentale

Melinda Wall

Chef clinique, Service de soins externes en santé mentale, Centre régional de santé de Peterborough

References

1. Canadian Institute for Health Information. Improving the health of Canadians: Mental health, delinquency and criminal activity. Ottawa (ON): 2008.
2. 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
3. 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
4. Substitute Decisions Act [Internet]. Toronto (ON): Government of Ontario; 1992 [updated 1992; cited 2017 Nov 29].
5. Wahl J. Consent, capacity and substitute decision-making: The basics [Internet]: Advocacy Center for the Elderly; 2009. Available from: <http://www.advocacycentreelderly.org/appimages/file/Consent%20and%20Capacity%20Basics%20-%202009.pdf>
6. 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>
7. Psychiatric Patient Advocate Office. Community treatment orders [Internet]. North York (ON): Queen's Printer for Ontario; 2016 [updated June 2016; cited 2017 28 Nov]. Available from: https://www.sse.gov.on.ca/mohltc/ppao/en/Pages/InfoGuides/2016_CommunityTreatmentOrders.aspx?openMenu=smenu_InfoGuides
8. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Arlington (VA): The Association; 2013.
9. Fioravanti M, Bianchi V, Cinti ME. Cognitive deficits in schizophrenia: an updated metaanalysis of the scientific evidence. *BMC Psychiatry*. 2012;12:64.
10. Public Health Agency of Canada. A Report on Mental Illness in Canada - Chapter 3, Schizophrenia [Internet]2002.
11. 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.
12. 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 2017 Mar 13]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg178/evidence/full-guideline-490503565>
13. 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.
14. Wahlbeck K, Westman J, Nordentoft M, Gissler M, Laursen TM. Outcomes of Nordic mental health systems: life expectancy of patients with mental disorders. *Br J Psychiatry*. 2011;199(6):453-8.

REFERENCES SUITE DE LA PAGE PRÉCÉDENTE

15. Galletly C, Castle D, Dark F, Humberstone V, Jablensky A, Killackey E, et al. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the management of schizophrenia and related disorders. *Aust N Z J Psychiatry*. 2016;50(5):410-72.
16. Health Quality Ontario. Taking stock: a report on the quality of mental health and addictions services in Ontario. Toronto (ON): Health Quality Ontario; 2015.
17. Health Quality Ontario. Unpublished analysis. Located at: Health Quality Ontario; 2015.
18. 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 Med*. 2014;8(3):e87-99.
19. 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.
20. Mental Health Policy Research Group. Mental illness and pathways into homelessness: proceedings and recommendations. Toronto (ON): 1998.
21. Mental Health Commission of Canada. Changing directions, changing lives: the mental health strategy for Canada. Calgary (AB): The Commission; 2012.
22. Mental Health Commission of Canada. Recovery [Internet]. Ottawa (ON): The Commission; 2017 [updated 2017; cited 2017 Mar 13]. Available from: <http://www.mentalhealthcommission.ca/English/focus-areas/recovery>
23. Keleher H, Armstrong R. Evidence-based mental health promotion resource. Report for the Department of Human Services and VicHealth. Melbourne.: 2005.
24. Ministry of Health and Long-Term Care. Ontario program standards for ACT teams. 2nd ed. Toronto (ON): The Ministry; 2005.
25. Canadian Psychiatric Association. Canadian schizophrenia guidelines. *Can J Psychiatry*. 2017;62(9).
26. Leucht S, Burkard T, Henderson J, Maj M, Sartorius N. Physical illness and schizophrenia: a review of the literature. *Acta Psychiatr Scand*. 2007;116(5):317-33.
27. Lawrence D, Kisely S. Inequalities in healthcare provision for people with severe mental illness. *J Psychopharmacol*. 2010;24(4 Suppl):61-8.
28. 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).
29. Mitchell AJ, Lord O, Malone D. Differences in the prescribing of medication for physical disorders in individuals with v. without mental illness: meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2012;201(6):435-43.
30. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of schizophrenia. SIGN publication no. 131 [Internet]. Edinburgh: Scottish Intercollegiate Guidelines Network; 2013 [cited 2017 Mar 13]. Available from: <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign131.pdf>

REFERENCES SUITE DE LA PAGE PRÉCÉDENTE

31. Canadian Psychiatric Association, Canada SSo. Schizophrenia: The journey to recovery 2007.
32. Mental Health Commission of Canada. Toward recovery and well-being. A framework for a mental health strategy for Canada. Ottawa (ON); 2009.
33. Pharoah F, Mari J, Rathbone J, Wong W. Family intervention for schizophrenia. Cochrane Database Syst Rev. 2010(12):Cd000088.
34. Kreyenbuhl J, Buchanan RW, Dickerson FB, Dixon LB. The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT): updated treatment recommendations 2009. Schizophr Bull. 2010;36(1):94-103.
35. Ministry of Health and Long-Term Care. Intensive case management service standards for mental health services and supports. Toronto (ON): The Ministry; 2005.
36. Ministry of Health and Long-Term Care. Early psychosis intervention program standards. Toronto (ON): The Ministry; 2011.
37. 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.
38. Dieterich M, Irving CB, Bergman H, Khokhar MA, Park B, Marshall M. Intensive case management for severe mental illness. Cochrane Database Syst Rev. 2017;1:Cd007906.
39. 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>
40. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). 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>
41. Centre for Addiction and Mental Health. Joint submission to the Government of Canada on Canada's National Housing Strategy. Toronto (ON): The Centre; 2016.
42. Krieger J, Higgins DL. Housing and health: time again for public health action. Am J Public Health. 2002;92(5):758-68.
43. Wellesley Institute. National affordable housing strategy consultation. Toronto (ON): The Institute; 2016.
44. 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: http://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/psychosis/en/

45. Agid O, Foussias G, Remington G. Long-acting injectable antipsychotics in the treatment of schizophrenia: their role in relapse prevention. *Expert Opin Pharmacother.* 2010;11(14):2301-17.
46. Emsley R, Chiliza B, Asmal L, Harvey BH. The nature of relapse in schizophrenia. *BMC Psychiatry.* 2013;13:50.
47. Ng R, Maxwell C, Yates E, Nysten K, Antflück J, Jette N, et al. Brain disorders in Ontario: Prevalence, incidence and costs from health administrative data. Toronto (ON): Institute for Clinical Evaluative Sciences; 2015.
48. Stroup TS, Marder S. Pharmacotherapy for schizophrenia: acute and maintenance phase treatment [Internet]. Waltham (MA): UpToDate; 2017 [cited 2017 June 5]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/pharmacotherapy-for-schizophrenia-acute-and-maintenance-phase-treatment>
49. Leucht S, Tardy M, Komossa K, Heres S, Kissling W, Davis JM. Maintenance treatment with antipsychotic drugs for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012(5):Cd008016.
50. Canadian Psychiatric Association. Canadian Schizophrenia Guidelines. *The Canadian Journal of Psychiatry.* 2017;62(9).
51. Barlati S, Deste G, De Peri L, Ariu C, Vita A. Cognitive remediation in schizophrenia: current status and future perspectives. *Schizophr Res Treatment.* 2013;2013:156084.
52. McGurk SR, Wykes T. Cognitive remediation and vocational rehabilitation. *Psychiatr Rehabil J.* 2008;31(4):350-9.
53. de Leon J, Diaz FJ. A meta-analysis of worldwide studies demonstrates an association between schizophrenia and tobacco smoking behaviors. *Schizophr Res.* 2005;76(2-3):135-57.
54. Kelly DL, McMahon RP, Wehring HJ, Liu F, Mackowick KM, Boggs DL, et al. Cigarette smoking and mortality risk in people with schizophrenia. *Schizophr Bull.* 2011;37(4):832-8.
55. Desai HD, Seabolt J, Jann MW. Smoking in patients receiving psychotropic medications: a pharmacokinetic perspective. *CNS Drugs.* 2001;15(6):469-94.
56. Canadian Action Network for the Advancement Dissemination and Adoption of Practice-informed Tobacco Treatment (CAN-ADAPTT). 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
57. Canadian Centre on Substance Abuse. Substance abuse in Canada: concurrent disorders. Ottawa (ON); 2009.

REFERENCES SUITE DE LA PAGE PRÉCÉDENTE

58. Mental Health Commission of Canada. The aspiring workforce - employment and income for people with serious mental illness. Ottawa (ON): The Commission; 2013.
59. 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.
60. Bond GR. Supported employment: evidence for an evidence-based practice. *Psychiatric rehabilitation journal.* 2004;27(4):345-59.
61. Statistics Canada. Canadian Community Health Survey. Ottawa (ON): Statistics Canada; 2015.
62. Almerie MQ, Okba Al Marhi M, Jawoosh M, Alsabbagh M, Matar HE, Maayan N, et al. Social skills programmes for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2015(6).

À propos de Qualité des services de santé Ontario

Qualité des services de santé Ontario est le responsable provincial de la qualité des soins de santé et fournit des conseils, ainsi que du soutien, à l'ensemble du système de santé et au gouvernement sur la façon d'améliorer les soins de santé pour la population de l'Ontario.

Qualité des services de santé Ontario a le mandat suivant :

- présenter au public des rapports sur le rendement du système de soins de santé;
- cerner les meilleures données probantes sur ce qui fonctionne;
- traduire ces données en normes et en outils concrets mis à la disposition des fournisseurs de soins de santé et des organismes de soins de santé dans le but de soutenir l'amélioration continue de la qualité.

Qualité des services de santé Ontario est régi par son propre conseil d'administration composée de 12 membres qui représentent les professions médicales, les professions infirmières, les patients et d'autres groupes de soins de santé. L'organisme s'engage à soutenir la création d'un

système de soins de santé de qualité qui repose sur six dimensions fondamentales : l'efficacité, la prestation en temps voulu, la sécurité, l'efficacité, les soins axés sur le patient et l'équité.

Qualité des services de santé Ontario collabore en tout temps avec des médecins, du personnel infirmier, d'autres fournisseurs de soins de santé, des patients et leurs familles afin d'assurer la qualité supérieure des soins dans l'ensemble du système. Qualité des services de santé Ontario travaille également avec des organismes partenaires de partout dans la province afin de favoriser la diffusion de programmes innovants et éprouvés visant à réaliser des économies, à éliminer le chevauchement et à améliorer les soins.

Parmi les moyens utilisés par Qualité des services de santé Ontario pour améliorer la qualité des soins de santé, il y a les suivants :

- Diffusion d'outils pratiques à l'intention des médecins, du personnel infirmier, d'autres fournisseurs de soins de santé et des patients pour améliorer les soins de première ligne.
- Outils à l'intention des patients pour les aider à gérer leurs soins, comme une initiative afin d'aider les patients après avoir obtenu leur congé de l'hôpital.
- Accès rapide aux cliniques de traitement des dépendances dans les collectivités de l'Ontario.
- Renseignements confidentiels et facultatifs à l'intention des médecins de famille concernant leur pratique, ainsi que des suggestions concrètes sur la façon d'améliorer les soins qu'ils prodiguent.

- Programmes innovants d'amélioration de la qualité dans l'ensemble des secteurs de la santé, y compris les hôpitaux, les soins de longue durée, la santé mentale et la lutte contre les dépendances, pour assurer la diffusion de programmes éprouvés permettant de réaliser des économies, d'éliminer le chevauchement et d'améliorer les soins.
- Renseignements facilement accessibles et compréhensibles à l'intention des patients et des fournisseurs de soins de santé concernant les temps d'attente liés à des examens, des spécialistes et des soins chirurgicaux.
- Rapport annuel déposé à l'Assemblée législative sur la santé du système de santé de l'Ontario, afin de faire la lumière sur les points forts et les lacunes du système.
- Réalisation d'évaluations par un groupe indépendant de patients, de fournisseurs de soins de santé et d'autres intervenants, des technologies et des services de santé, suivie de recommandations en vue de leur financement public. Il s'agit d'examen rigoureux au cours desquels on analyse les données probantes, les avantages, les inconvénients, le rapport qualité-prix et l'abordabilité.
- Aider les hôpitaux, les foyers de soins de longue durée et les organismes de soins primaires et de soins à domicile à établir des objectifs en matière d'amélioration de la qualité dans le cadre de leur plan d'amélioration de la qualité annuel, et à y répondre.
- Utiliser le pouvoir des outils numériques novateurs pour améliorer les soins de première ligne.
- Normes de qualité qui établissent, pour les cliniciens et les patients, une définition de soins de qualité fondée sur des données probantes pour des affections médicales graves, comme la consommation d'opioïdes et la démence, pour lesquelles il existe des variations injustifiées dans les soins.
- Participation active des patients et familles qui utilisent le système de soins de santé de manière à intégrer leurs points de vue dans notre travail quotidien et élaboration d'outils destinés aux fournisseurs de soins de santé et aux patients afin d'établir un véritable partenariat pour améliorer la qualité des soins de santé.

L'intention de Qualité des services de santé Ontario est de tirer parti de l'énergie et de l'attention du système de soins de santé en misant sur les changements qui permettront d'améliorer les choses pour les patients et les fournisseurs de soins de santé, et sur les solutions pragmatiques fondées sur des données probantes. Le mandat de l'organisme est d'améliorer de façon continue la qualité des soins de santé en Ontario, tout en demeurant à l'écoute des médecins, du personnel infirmier, des autres fournisseurs de soins de santé, et des patients eux-mêmes, de manière à inspirer confiance, à maintenir la transparence et à favoriser la prise de responsabilité.

Pour obtenir de plus amples renseignements : hqontario.ca

Vous désirez obtenir plus d'information?

Veuillez visiter notre site Web à hqontario.ca et communiquer avec nous à l'adresse qualitystandards@hqontario.ca si vous avez des questions ou des commentaires à propos du présent guide.

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

Site Web : hqontario.ca