



Besoins non comblés dans le traitement de la schizophrénie :

Une perspective interdisciplinaire et pancanadienne

DIVULGATION • La réunion qui a donné lieu au présent rapport d'experts a été parrainée par Otsuka Canada Pharmaceutique et Lundbeck Canada Inc. Le présent rapport résume les discussions qui ont eu lieu pendant la réunion. Les discussions étaient fondées uniquement sur des données scientifiques et l'opinion d'experts. Les discussions et les recommandations présentées lors de la réunion ont été appuyées par les compagnies, et tous les participants multidisciplinaires étaient des experts indépendants dans leur domaine respectif. La rédaction médicale a été assurée par Myelin & Associates, et financée par Otsuka Canada Pharmaceutique et Lundbeck Canada Inc.



INTRODUCTION

Les troubles du spectre de la schizophrénie (TSS), qui comprennent la schizophrénie et les troubles schizo-affectifs, sont un ensemble de troubles complexes, graves et permanents qui nécessitent une prise en charge tout au long de la vie. Les TSS se caractérisent par des anomalies dans la perception ou l'expression de la réalité, qui ont une incidence sur la cognition, les émotions et le comportement d'une personne.^{1,2}

Le fardeau des TSS est lourd pour les personnes concernées, leurs familles et la société.^{3,4} Les personnes atteintes de schizophrénie ont une espérance de vie réduite de 15 à 20 ans.⁵ La consommation de substances est trois fois plus élevée et les taux de suicide sont 20 fois plus élevés que dans la population générale, en particulier au cours des premiers stades de la schizophrénie.^{6,7} En outre, les personnes atteintes de TSS sont plus exposées à des comorbidités telles que les maladies cardiaques et le diabète, qui sont sous-diagnostiquées et sous-traitées.⁵

Un TSS mal contrôlé ou non traité peut entraîner des difficultés médicales, sociales et fonctionnelles graves et

durables, notamment des hospitalisations fréquentes, la perte d'emploi, l'itinérance et une intégration sociale réduite.^{3,8} La reconnaissance et le traitement précoces des symptômes augmentent considérablement les chances pour les personnes concernées de retrouver leur niveau de fonctionnement habituel et d'obtenir de meilleurs résultats à long terme.^{3,4} Les personnes atteintes de TSS connaissent souvent des cycles de rechute, marqués par des symptômes aigus, et de rémission, lorsque les symptômes sont mieux contrôlés.⁹ Les rechutes peuvent être profondément perturbantes, contribuant à une détérioration des résultats et à une augmentation du risque de mortalité.^{2,8,10}

Un groupe d'experts multidisciplinaires pancanadiens spécialisés dans le traitement de la schizophrénie s'est réuni pour discuter des besoins non comblés des personnes atteintes de schizophrénie et de celles qui les soignent, et pour identifier les obstacles qui les empêchent de mener une vie épanouie, pleine de sens et d'espoir. Des psychiatres, des infirmières praticiennes, des pharmaciens, des organismes de soutien aux patients et d'anciens payeurs responsables gouvernementaux étaient représentés.

Les membres du groupe ont participé à une discussion dynamique, offrant des perspectives diverses provenant de l'ensemble de la communauté touchée

par la schizophrénie. Leur dialogue a mis en évidence le fardeau important que représente la maladie et les lacunes existantes en matière de soins.

Ce résumé présente les principales conclusions du panel, soulignant la nécessité d'optimiser les soins médicaux, d'améliorer l'accès aux services de soutien et de changer les perceptions entourant cette maladie qui bouleverse la vie des personnes qui en sont atteintes. Une approche pancanadienne unifiée est essentielle pour :

- Soutenir les patients et leurs familles dans la prise en charge des besoins fonctionnels des personnes atteintes de schizophrénie.
- Élaborer des lignes directrices et des normes de qualité nationales pour mesurer et orienter les soins.
- Sensibiliser les cliniciens et le public afin de réduire la stigmatisation associée à la schizophrénie.
- Mettre en place un service national d'orientation des patients afin de

renforcer les filets de sécurité et d'améliorer l'accès aux soins.

- Mettre en place un programme national d'entraide entre cliniciens afin d'améliorer la qualité des soins et de sensibiliser aux besoins fondamentaux en matière de santé.
- Créer des trajectoires de soins parcours clairs pour permettre aux personnes atteintes de schizophrénie de mener une vie épanouissante et normale.

Les personnes atteintes de schizophrénie ont besoin d'aide pour bénéficier de soins de santé optimaux

LA PRÉVENTION DES RECHUTES EST UNE PRIORITÉ

Les rechutes ont un impact négatif sur le volume cérébral,^{11,12} et chaque rechute successive peut réduire davantage les niveaux de fonctionnement de base. Les rechutes multiples peuvent également réduire la réponse au traitement et allonger le délai de rémission.¹⁰⁻¹² Les rechutes ont un impact sur la capacité des patients à travailler ou à aller à l'école ; elles compromettent les relations interpersonnelles ; elles augmentent l'intervention des premiers secours et les taux d'hospitalisation involontaire ; et elles peuvent augmenter le risque de suicide, de consommation de substances, d'itinérance ou de mortalité.^{2,9,10}

La non-observance, qui se caractérise par le fait qu'un patient ne prend pas régulièrement les médicaments antipsychotiques qui lui ont été prescrits, est un problème récurrent dans le traitement de la schizophrénie, car elle augmente considérablement le risque de rechute, de réhospitalisation, de mauvaise qualité de vie et de coûts de santé.^{2,10,13,14} La non-observance peut être plus élevée pendant les périodes de transition, telles que le passage de l'hospitalisation aux soins ambulatoires.¹⁴

« Nos patients sont des êtres humains qui peuvent se suicider s'ils ne sont pas traités. »

LES PATIENTS NE SONT PAS TRAITÉS AVEC LES THÉRAPIES DISPONIBLES

La schizophrénie peut être traitée par une combinaison de médicaments antipsychotiques, d'éducation, de soins primaires et de services hospitaliers, ainsi que de soutien communautaire.^{3,12,17,18} Certains médicaments pourraient être prescrits moins fréquemment en raison d'obstacles à l'accès, de perceptions de coercition ou de l'impact des mesures de surveillance.⁵ Une initiation collaborative au traitement a été discutée comme un aspect important pour garantir que les patients commencent leur parcours thérapeutique et adhèrent à leur traitement médicamenteux.

Les obstacles à l'accès aux médicaments constituent également un défi.¹⁹ Le coût des médicaments peut être prohibitif dans certaines régions, et les

critères de remboursement peuvent exiger une rechute avant que l'accès à certaines thérapies puisse être accordé. Même les frais administratifs peuvent être hors de portée de certains patients, et les procédures pour obtenir une aide financière peuvent être lourdes. Souvent, les cliniciens sont tenus de remplir de nombreux documents pour prescrire certains médicaments ou ne peuvent pas prescrire des médicaments qui ne figurent pas dans le formulaire.

Les participants à la table ronde ont estimé que les patients méritent d'avoir accès à des options de traitement personnalisées qui répondent au mieux à leurs besoins spécifiques et à leurs objectifs personnels.¹³

Le traitement pharmacologique est souvent complété par des approches non pharmacologiques, notamment l'intervention familiale, le soutien psychosocial, les entretiens

motivacionnels et la thérapie cognitivo-comportementale.^{13,18} Cependant, la complexité et les effets secondaires des médicaments font souvent de ceux-ci l'élément central du traitement, rendant le soutien non pharmacologique moins accessible à de nombreux patients. Afin d'augmenter les chances de rétablissement fonctionnel, une combinaison de médicaments et d'autres types de soutien est considérée comme la meilleure approche pour optimiser l'observance du traitement, améliorer l'acceptation des interventions par les patients et renforcer leur compréhension.

LES SOINS DE SANTÉ DE BASE SONT NÉGLIGÉS

La schizophrénie est associée à des complications et des comorbidités qui peuvent contribuer à de mauvais résultats en matière de santé. Les soins médicaux de base, tels que la surveillance cardiovasculaire ou le dépistage du diabète, sont souvent

négligés en raison du comportement des patients, de l'attention accrue portée aux symptômes psychotiques, de l'accès limité aux soins de santé et de l'attitude des cliniciens.^{5,20}

En outre, les médicaments utilisés dans le traitement de la schizophrénie sont associés à diverses comorbidités et effets secondaires importants, qui peuvent avoir une incidence sur l'observance du traitement par les patients et leur état de santé général.^{13,21} L'anticipation et la gestion des effets secondaires ont été considérées comme des moyens d'améliorer le bien-être des patients et de réduire le risque de non-observance.

ABSENCE DE LIGNES DIRECTRICES ET DE NORMES NATIONALES

Des efforts visant à normaliser les soins sont en cours à l'échelle provinciale et territoriale; toutefois, chaque région adopte une approche distincte pour la prise en charge de la schizophrénie.³ Une stratégie pancanadienne

unifiée et fondée sur des données probantes est nécessaire pour améliorer les soins aux patients dans tout le pays.

Alors que des organisations telles que le Consortium canadien pour l'intervention précoce en cas de psychose (CCIPP) travaillent depuis de nombreuses années à l'amélioration des soins et à l'orientation des cliniciens à travers le Canada, la mise en œuvre de normes de qualité dans les processus de travail reste une priorité. Une intégration plus complète de la psychiatrie dans l'utilisation des dossiers médicaux électroniques et des protocoles cliniques permettrait d'obtenir des résultats mesurables et des données garantissant le respect des normes de qualité.²² En outre, la mise en place d'un réseau national de soutien par les pairs et la mise à jour des directives cliniques ont été proposées afin de mieux aider les cliniciens et les patients à obtenir de meilleurs résultats.³

Les personnes atteintes de schizophrénie ont besoin d'espérer qu'elles peuvent mener une vie normale

VERS UN PARADIGME DE RÉTABLISSEMENT FONCTIONNEL ET DES OBJECTIFS COMMUNS

Les symptômes peuvent affecter la capacité des patients à bien fonctionner à la maison, à l'école ou au travail et à interagir avec leurs amis ou leur famille. De nombreux cliniciens associent l'absence de symptômes, principalement les symptômes positifs, à l'efficacité du traitement.^{17,23} Cependant, les patients sont souvent prêts à tolérer un certain niveau ou type de symptômes tout en menant une vie normale. On observe une évolution vers le « rétablissement fonctionnel », où une personne présente des symptômes stabilisés sans rechute pendant au moins deux ans, vit de manière autonome, participe à la vie sociale et entretient des relations sociales.^{17,23}

« Nous voulons aider les gens à aller au-delà de la gestion des symptômes et à vivre au-delà des limites de la schizophrénie avec un but et un sens à leur vie. »

Tous les panélistes ont discuté de l'importance d'inclure les objectifs des patients et le point de vue de la famille dans l'évaluation des options de prise en charge de la schizophrénie. Les cliniciens doivent vraiment comprendre ce qui importe aux patients et à leurs familles et élaborer des plans de traitement pour les aider à atteindre ces objectifs.¹⁰

Donner aux personnes atteintes de schizophrénie les moyens d'atteindre leurs objectifs peut leur permettre de mener une vie satisfaisante, productive et indépendante. Des outils de prise de décision partagée, tels que [l'outil de rétablissement fonctionnel du CCIPP](#), et des entretiens motivationnels peuvent être utilisés pour élaborer en

collaboration un plan de prise en charge qui englobe les objectifs du patient et du clinicien.^{24,25}

LA STIGMATISATION LIÉE À LA SCHIZOPHRÉNIE EST NÉGATIVE

Les participants ont indiqué que le diagnostic de schizophrénie peut susciter un sentiment intense de désespoir et de chagrin chez les personnes atteintes et leurs familles. Cette maladie est associée à des perceptions de peur, de violence, de maladie, de toxicomanie, d'itinérance, de désespoir, d'isolement, de perte et de coercition, et ces perceptions ne se sont pas beaucoup améliorées au fil du temps. Les gens ont peur de la schizophrénie. Cette stigmatisation empêche souvent les patients de maintenir des relations étroites avec leur famille et leurs amis et de fonctionner dans un contexte social. Elle dissuade les personnes atteintes d'un TSS à un stade précoce de demander de l'aide, ce qui peut avoir des répercussions sur leur pronostic.²⁰

« Comment vivre avec ce cerveau, dans ce corps, au sein de cette communauté ? »

De plus, les cliniciens sont souvent incertains ou hésitants à fournir des soins, préférant s'en remettre à des psychiatres qui n'ont pas la capacité d'offrir toute la gamme des soins dont cette population a besoin.²⁶ En effet, les panélistes ont discuté de la perception selon laquelle les personnes atteintes de schizophrénie ne peuvent pas être aidées, ou pire, ne méritent pas d'être aidées.²⁰ Ces personnes ont besoin d'espoir. Avec une prise en charge et un soutien appropriés, les personnes atteintes de schizophrénie peuvent mener une vie normale, quelle que soit la signification qu'elles lui donnent.²⁴

Des parallèles ont été établis entre différentes perceptions du traitement de maladies telles que le cancer, le diabète et les maladies cardiaques par rapport à la schizophrénie. Par exemple, l'utilisation d'aiguilles n'est pas remise en question dans d'autres disciplines comme elle l'est en psychiatrie.²⁷ Des programmes éducatifs sont nécessaires pour mettre en avant des témoignages de personnes schizo-phrènes qui se portent bien et mènent une vie épanouie. De tels programmes peuvent également aider les cliniciens à améliorer leur approche des soins prodigués à ces personnes.²⁰

Les personnes atteintes de schizophrénie ont besoin d'un meilleur accès aux soins

RESSOURCES INSUFFISANTES POUR RÉPONDRE AUX BESOINS DES PATIENTS

Les ressources du système de santé ne sont pas suffisantes pour répondre aux besoins des patients, ce qui entraîne des soins insuffisants, de longs délais d'attente et un recours excessif aux soins d'urgence.^{28,29} En veillant à ce que les personnes atteintes de schizophrénie restent en bonne santé, les retombées sur les systèmes de santé peuvent être considérables, avec une réduction des hospitalisations, des interventions policières, des suicides et des comorbidités.

NAVIGUER DANS LE SYSTÈME EST DIFFICILE

Les patients et les aidants doivent souvent se défendre eux-mêmes pour

« Les obstacles aux soins marginalisent davantage un groupe déjà défavorisé. »

s'assurer que leurs besoins sont comblés. Cela implique de se frayer un chemin à travers des procédures et des obstacles complexes et fastidieux, notamment ceux liés à l'administration et à la couverture des médicaments, aux ressources ou au logement. Beaucoup éprouvent un niveau élevé d'anxiété lorsqu'il s'agit de naviguer dans les systèmes de santé. Les organisations de soutien aux patients peuvent aider à combler cette lacune,

mais leurs ressources sont limitées et elles opèrent dans un contexte provincial qui peut ne pas avoir d'équivalent dans d'autres régions.³⁰

Les cliniciens trouvent également que bon nombre des politiques et procédures sont difficiles à appliquer. Les modes d'orientation et les processus médico-légaux varient considérablement d'un endroit à l'autre.³⁰ Les panélistes ont indiqué que la paperasse et la complexité des

critères ont constitué des obstacles à l'accès des patients à des médicaments, à des mesures de soutien et à des soins appropriés. Bien que les programmes de soutien aux patients aient offert un soutien clinique pour les traitements individuels, la création d'un programme national de soutien aux patients aiderait à répondre aux besoins des patients et des cliniciens. Les ordonnances de traitement communautaire peuvent être très efficaces pour les patients qui manquent de discernement, mais elles peuvent être complexes à mettre en place et sont entravées par une perception de coercition.³¹ Une ressource centralisée qui gère ce processus s'avérerait bénéfique.

DES DYSFONCTIONNEMENTS LORS DU TRANSFERT DES SOINS ONT UN IMPACT SUR LES RÉSULTATS POUR LES PATIENTS

Le panel a souligné la fréquence à laquelle les patients sont « perdus dans les mailles du filet » lors des transitions de soins en raison d'un système de santé fragmenté, qu'il s'agisse du passage des soins hospitaliers aux soins ambulatoires, des soins pédiatriques aux

soins pour adultes, des soins spécialisés aux soins généraux ou du transfert d'une province à une autre.^{14,32} Les transitions sont des événements importants qui peuvent entraîner un risque de rupture dans les soins prodigués à une personne, augmenter le risque de rechute et entraîner la perte ou la mauvaise communication d'informations cruciales.¹⁴

Un soutien supplémentaire est nécessaire pour naviguer dans le système, en particulier pour mettre les patients en relation avec les soins dont ils ont besoin une fois qu'ils ont quitté leur cadre de prise en charge existant. Le programme national de soutien aux patients mentionné précédemment pourrait contribuer à combler cette lacune.

AMÉLIORER LES SOINS AUX CLIENTS DIFFICILES À REJOINDRE

Toutes les régions du Canada ont beaucoup de mal à offrir des services aux communautés rurales et autochtones.^{32,33} De plus, il n'existe aucun programme de traitement de la schizophrénie ou d'intervention précoce pour les personnes vivant dans les territoires.³⁴ Les gens doivent souvent parcourir

de longues distances pour obtenir des soins, et ces populations présentent fréquemment des taux plus élevés de maladies mentales.^{32,33,35} Si la télé santé et les programmes de visite ont contribué à fournir des soins à ces populations, la participation d'autres prestataires de soins, tels que les médecins généralistes et les pharmaciens, peut aider à partager la charge des soins et à réduire la stigmatisation.^{15,32}

CONCLUSION

Les divers points de vue exprimés au cours de la discussion se sont révélés extrêmement précieux, soulignant la force et la passion dont font preuve les panélistes pour relever les défis liés aux soins de la psychose. Bien que les besoins non satisfaits des personnes atteintes de schizophrénie restent importants, même de petites améliorations dans les soins peuvent considérablement améliorer leur qualité de vie. Ces observations soulignent l'importance de favoriser la collaboration et d'adopter une approche unifiée, avec un cadre national pour la prise en charge des TSS offrant la possibilité d'un soutien plus cohérent et plus efficace.

Références

1. American Psychiatric Association. *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. DSM-5-TR. American Psychiatric Association Publishing ; 2022. doi : 10.1176/appi.books.9780890425787
2. Gumley AI, Bradstreet S, Ainsworth J, et al. Intervention numérique sur smartphone pour reconnaître et gérer les signes avant-coureurs de la schizophrénie afin de prévenir les rechutes : l'étude EMPOWER, essai contrôlé randomisé en grappes. *Health Technol Assess*. 2022;26(27):1-174. doi:10.3310/HLZE0479
3. Lecomte T, Addington J, Bowie C, et al. Le Réseau canadien de recherche sur la schizophrénie et les psychoses : une approche nationale de la recherche sur la psychose et la schizophrénie. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr*. 2022;67(3):172-175. doi:10.1177/07067437211009122
4. Correll CU, Galling B, Pawar A, et al. Comparaison entre les services d'intervention précoce et le traitement habituel dans les cas de psychose précoce : revue systématique, méta-analyse et méta-régression. *JAMA Psychiatry*. 2018;75(6):555-565. doi:10.1001/jamapsychiatry.2018.0623
5. Correll CU, Solmi M, Croatto G, et al. Mortalité chez les personnes atteintes de schizophrénie : revue systématique et méta-analyse du risque relatif et des facteurs aggravants ou atténuants. *World Psychiatry*. 2022;21(2):248-271. doi:10.1002/wps.20994
6. Khokhar JY, Dwiell L, Henricks A, Doucette WT, Green AI. Le lien entre la schizophrénie et les troubles liés à l'usage de substances : une hypothèse unificatrice. *Schizophr Res*. 2018;194:78-85. doi:10.1016/j.schres.2017.04.016
7. Zaheer J, Olfson M, Mallia E, et al. Facteurs prédictifs du suicide au moment du diagnostic dans les troubles du spectre schizophrénique : une étude sur 20 ans portant sur l'ensemble de la population en Ontario, au Canada. *Schizophr Res*. 2020;222:382-388. doi:10.1016/j.schres.2020.04.025
8. Correll CU, Bookhart BK, Benson C, Liu Z, Zhao Z, Tang W. Association entre la rechute et la mortalité toutes causes confondues chez les patients adultes atteints de schizophrénie stable. *Int J Neuropsychopharmacol*. 2025;28(5):pyaf018. doi:10.1093/ijnp/pyaf018
9. Cristarella T, Castillon G, Nepveu JF, Moride Y. Impact de la définition de la rechute de schizophrénie sur l'efficacité comparative des antipsychotiques oraux par rapport aux antipsychotiques injectables : revue systématique et méta-analyse d'études observationnelles. *Pharmacol Res Perspect*. 2022;10(1):e00915. doi:10.1002/prp2.915

10. Correll CU, Lauriello J. Utilisation d'antipsychotiques injectables à action prolongée pour améliorer le potentiel de guérison de la schizophrénie. *J Clin Psychiatry*. 2020;81(4):18996. doi:10.4088/JCP.MS19053AH5C
11. Andreasen NC, Liu D, Ziebell S, Vora A, Ho BC. Durée de la rechute, intensité du traitement et perte de tissu cérébral dans la schizophrénie : une étude prospective longitudinale par IRM. *Am J Psychiatry*. 2013 ; 170(6) : 10.1176/appi.ajp.2013.12050674. doi:10.1176/appi.ajp.2013.12050674
12. Aperçu concret des besoins non satisfaits chez les patients atteints de schizophrénie. Publié en ligne le 14 mars 2022. Consulté le 24 novembre 2024. <https://www.hcplive.com/view/real-world-insight-into-the-unmet-needs-among-patients-with-schizophrenia>
13. Pompili M, Giordano G, Luciano M, et al. Besoins non satisfaits dans la schizophrénie. *SNC Neural Disord - Drug Targets*. 2017;16(8). doi:10.2174/1871527316666170803143927
14. Toulany A, Stukel TA, Kurdyak P, Fu L, Guttman A. Association entre la continuité des soins primaires et les résultats après la transition vers les soins pour adultes chez les adolescents atteints de maladie mentale grave. *JAMA Netw Open*. 2019;2(8):e198415. doi:10.1001/jamanetworkopen.2019.8415
15. Tran JT, Binger KJ, Miles TM. Évaluation du chevauchement oral avec des antipsychotiques injectables à action prolongée initiés en milieu hospitalier. *Ment Health Clin*. 2023;13(3):147-151. doi:10.9740/mhc.2023.06.147
16. Malla A, Tibbo P, Chue P, et al. Antipsychotiques injectables à action prolongée : recommandations à l'intention des cliniciens. *Can J Psychiatry*. 2013;58(5 suppl):30-35. doi:10.1177/088740341305805s05
17. Addington D, Anderson E, Kelly M, Lesage A, Summerville C. Lignes directrices canadiennes pour le traitement communautaire complet de la schizophrénie et des troubles du spectre de la schizophrénie. *Rev Can Psychiatry*. 2017;62(9):662-672. doi:10.1177/0706743717719900
18. Keepers GA, Fochtmann LJ, Anzia JM, et al. Lignes directrices de pratique clinique de l'American Psychiatric Association pour le traitement des patients atteints de schizophrénie - Résumé. *Am J Psychiatry*. 2020;177(9):868-872. doi:10.1176/appi.ajp.2020.177901
19. Carroll AJ, Robinson DG, Kane JM, et al. Obstacles et facilitateurs à plusieurs niveaux à la mise en œuvre d'antipsychotiques fondés sur des preuves dans le traitement de la schizophrénie à un stade précoce. *Front Health Serv*. 2024;4. doi:10.3389/frhs.2024.1385398
20. Knaak S, Mantler E, Szeto A. Stigmatisation liée à la maladie mentale dans les soins de santé : obstacles à l'accès et aux soins et solutions fondées sur des preuves. *Healthc Manage Forum*. 2017;30(2):111-116. doi:10.1177/0840470416679413
21. Aprile SF, Rodolico A, Di Francesco A, et al. Antipsychotiques oraux versus injectables à action prolongée dans les troubles du spectre de la schizophrénie : revue systématique des expériences subjectives des patients. *Psychiatry Res*. 2025;348:116460. doi:10.1016/j.psychres.2025.116460
22. Zurynski Y, Ellis LA, Tong HL, et al. Mise en œuvre des dossiers médicaux électroniques dans les établissements de santé mentale : revue exploratoire. *JMIR Ment Health*. 2021;8(9):e30564. doi:10.2196/30564
23. Ponce-Correa F, Caqueo-Urizar A, Berrios R, Escobar-Soler C. Définir le rétablissement dans la schizophrénie : une revue des études sur les résultats. *Psychiatry Res*. 2023;322:115134. doi:10.1016/j.psychres.2023.115134
24. Consortium canadien pour l'intervention précoce en cas de psychose, Otter N, Windsor Harker S. Dossier sur la prise de décision partagée en matière de rétablissement fonctionnel. Publié en ligne en 2017. Consulté le 16 mai 2025. <https://www.epicanada.org/functionalrecoveryfolder>
25. Chien WT, Mui JH, Cheung EF, Gray R. Effets d'une thérapie d'observance basée sur l'entretien motivationnel pour les troubles du spectre schizophrénique : un essai contrôlé randomisé. *Trials*. 2015;16(1):270. doi:10.1186/s13063-015-0785-z
26. Ross LE, Vigod S, Wishart J, et al. Obstacles et facilitateurs aux soins primaires pour les personnes ayant des problèmes de santé mentale et/ou de toxicomanie : une étude qualitative. *BMC Fam Pract*. 2015;16(1):135. doi:10.1186/s12875-015-0353-3
27. Velligan D, Salinas GD, Belcher E, et al. Différences entre les cliniciens dans leurs attitudes et perceptions concernant l'utilisation d'antipsychotiques injectables à action prolongée dans le traitement des patients atteints de schizophrénie : résultats de l'enquête DECIDE menée aux États-Unis. *BMC Psychiatry*. 2025;25(1):232. doi:10.1186/s12888-025-06565-1
28. Institut canadien d'information sur la santé, ICIS. Rendre les services de santé mentale et de toxicomanie accessibles dans la communauté. 24 octobre 2024. Consulté le 16 mai 2025. <https://www.cihi.ca/en/taking-the-pulse-measuring-shared-priorities-for-canadian-health-care-2024/making-mental-health-and-substance-use-services-accessible-in-the-community>
29. Esmail N, Giuseppe Guaiana. Le système de santé mentale du Canada est défaillant | Institut Fraser. 28 mars 2025. Consulté le 16 mai 2025. <https://www.fraserinstitute.org/commentary/canadas-mental-health-care-system-is-broken>
30. Williams MT, Osman M, Kaplan A, Faber SC. Obstacles aux soins de santé mentale au Canada. *PLOS Ment Health*. 2024;1(4):e0000065. doi:10.1371/journal.pmen.0000065
31. Kisely S, Trott M, Iyer R. Canadian Studies on the Effectiveness of Community Treatment Orders: An Updated Systematic Review of Quantitative Data: Études canadiennes sur l'efficacité des ordonnances de traitement en milieu communautaire : mise à jour d'un examen systématique des données quantitatives. *Can J Psychiatry*. Publié en ligne le 15 mai 2025 : 07067437251339215. doi : 10.1177/07067437251339215
32. Problèmes de santé mentale dans les communautés rurales et nordiques. Consulté le 10 janvier 2025. <https://ontario.cmha.ca/documents/rural-and-northern-community-issues-in-mental-health/>
33. Lavoie JG, Ward A, Wong ST, et al. Hospitalisation pour des troubles liés à la santé mentale nécessitant des soins ambulatoires : quelles sont les tendances chez les Premières Nations de Colombie-Britannique ? *Int J Equity Health*. 2018;17(1):156. doi:10.1186/s12939-018-0860-7
34. Ferrazzi P, Krupa T. L'éloignement et son impact sur le potentiel des initiatives en matière de santé mentale dans les tribunaux pénaux du Nunavut, au Canada. *Int J Circumpolar Health*. 2018;77(1):1541700. doi:10.1080/22423982.2018.1541700
35. Chartier MJ, Brownell M, Star L, et al. La santé mentale des enfants des Premières Nations au Manitoba : une étude de cohorte rétrospective dans la population, à l'aide de données administratives liées. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr*. 2024;69(6):404-414. doi:10.1177/07067437241226998