

Vers une meilleure santé mentale et physique : Prévenir et gérer les troubles mentaux et physiques concomitants

Étude de la portée et examen réaliste
rapide

Remerciements

Membres de l'équipe de recherche

Équipe de projet : Simon Carroll, Ph. D.; Benjamin Collins, Ph. D.; Carla D'Andreamatteo, M. Sc.; Karen Davison, Ph. D., diététiste; Arun Garg, Ph. D., M.D.; Yu Lung, candidat au doctorat; Janice Sorensen, Ph. D., diététiste; Lorna Stabler, M.A., étudiante au doctorat; Vidhi Thakkar, Ph. D.

Adjointes de recherche : Jasmine Chen, B. Sc. (spécialisé), Jake Coulatti, Japkirat Nagra, Zachary Resler

Nous remercions les membres du Mental Health and Chronic Disease Network pour leur examen du présent document et pour leur rétroaction à cet égard. Nous remercions également le Partenariat canadien contre le cancer pour sa contribution à la préparation et à la promotion de ce rapport.

Mots clés : Santé mentale, maladies non transmissibles, comorbidité, multimorbidité, cancer

This document is also available in English.

Indications concernant la citation

Citation suggérée : Commission de la santé mentale du Canada. (2021). *Vers une meilleure santé mentale et physique : Prévenir et gérer les troubles mentaux et physiques concomitants : Étude de la portée et examen réaliste rapide*. Ottawa, Canada : Commission de la santé mentale du Canada.

© 2021, Commission de la santé mentale du Canada

Les points de vue exprimés dans le présent document représentent uniquement ceux de la Commission de la santé mentale du Canada.

ISBN : 978-1-77318-258-2

Dépôt légal, Bibliothèque nationale du Canada



Les points de vue présentés ici représentent uniquement les points de vue de la Commission de la santé mentale du Canada. Le présent matériel a été produit grâce à la contribution financière de Santé Canada.

Glossaire

Autogestion de la maladie chronique :	Un programme d'autogestion est un programme structuré mis en œuvre au niveau de l'individu ou du groupe qui vise explicitement à améliorer la façon dont les personnes composent avec leur propre maladie chronique, optimisent leur santé et vivent sainement. Il peut être exécuté sous plusieurs formes, que ce soit en personne, par téléphone ou par ordinateur ¹ .
Comorbidité :	Renvoie à la cooccurrence d'au moins une maladie ou un problème lié à la santé mentale avec au moins une maladie ou un trouble physique chez une même personne, quels que soient leur ordre chronologique d'apparition ou leur voie causale commune ⁵ .
Fragilisation :	Le Réseau canadien des soins aux personnes fragilisées définit la fragilisation comme l'état médical d'une personne âgée dont la santé et les fonctions sont diminuées. Des facteurs comme la sédentarité, la mauvaise alimentation, l'isolement social ou la solitude ainsi que la prise de médicaments multiples contribuent à la fragilisation.
Maladies et problèmes liés à la santé mentale :	Les maladies et problèmes liés à la santé mentale désignent un large éventail de problèmes influant sur l'humeur, la pensée ou les comportements d'une personne. Le présent rapport contient de l'information sur les MNT se présentant en comorbidité avec un trouble dépressif ou anxieux, un trouble bipolaire ou apparenté, un trouble du spectre schizophrénique ou autre trouble psychotique, un trouble obsessionnel-compulsif ou apparenté, un trouble lié à un traumatisme ou à des facteurs de stress, un trouble lié à la consommation de substances ou à la dépendance (voir définition distincte) ou un trouble de l'alimentation. Il traite également des symptômes communs de maladies mentales, comme la dépression et l'anxiété, qui se présentent en comorbidité avec une MNT. Ce terme est utilisé de façon interchangeable avec « problèmes de santé mentale » et « maladies mentales » tout au long du rapport.
Maladies non transmissibles (MNT) :	Les MNT, également appelées maladies chroniques, durent au moins trois mois, ne se transmettent pas d'une personne à l'autre et évoluent progressivement. Certaines MNT, comme la maladie de Huntington, sont héréditaires. Dans ce rapport, les MNT et les troubles connexes pris en compte sont l'arthrite (polyarthrite rhumatoïde et arthrose), le cancer, les maladies cardiovasculaires, les maladies respiratoires chroniques, la démence, le diabète sucré, l'épilepsie, la fragilisation, la maladie de Huntington, les maladies inflammatoires de l'intestin (colite ulcéreuse et maladie de Crohn), les maladies du rein, le syndrome métabolique, l'obésité et la maladie de Parkinson.

Mésusage de substances et troubles liés à la consommation de substances :	Le mésusage de substances se définit par l'usage d'une substance à des fins qui ne correspondent pas aux directives juridiques ou médicales ⁷ . Les critères déterminant les troubles liés à la consommation de substances sont énumérés dans le DSM-V, et peuvent être définis en termes généraux comme l'usage continu d'une substance par une personne en dépit de problèmes suscités par cette consommation ⁸ .
Populations prioritaires et en quête d'équité :	Ce sont les populations pour lesquelles la Commission de la santé mentale du Canada (CSMC) cherche à améliorer les services de santé mentale et les politiques en la matière. Il s'agit des immigrants, des réfugiés et des collectivités ethnoculturelles et racialisées (IRER); des Premières Nations, des Inuits et des Métis; de la communauté 2SLGBTQ+; des personnes en situation de minorité linguistique; des personnes vivant dans une communauté rurale ou éloignée; des personnes à faible revenu; et des personnes âgées.
Soins collaboratifs :	Démarches multiprofessionnelles basées sur une gestion structurée, un suivi programmé et une communication interprofessionnelle renforcée ^{2,3,4} .
Syndrome métabolique (SMet) :	Le SMet est un problème de santé qui, non traité, augmente le risque de nombreuses maladies chroniques, comme le diabète de type 2 et les maladies cardiovasculaires. Le SMet est diagnostiqué quand le patient présente trois des caractéristiques suivantes : tension artérielle élevée, taux de glucose sanguin élevé, taux de triglycérides élevé, faible taux de cholestérol HDL et tour de taille élevé ⁶ .

Résumé

Contexte

Les comorbidités entre la santé physique et la santé mentale sont courantes. Toutefois, on en sait peu sur leur prévalence, leur incidence, les coûts des soins de santé qui y sont associés, leur étiologie commune, leur prévention et leur gestion. Une meilleure compréhension de la prévention, du dépistage, du diagnostic et du traitement des comorbidités courantes entre la santé physique et la santé mentale peut favoriser l'élaboration de méthodes de soins améliorées et durables pour différentes populations.

Ce rapport présente un résumé des connaissances internationales actuelles à propos des comorbidités entre maladie physique et maladie mentale de même que de l'information, lorsque possible, sur leur intersection avec le sexe ou le genre et sur la variation de leurs caractéristiques chez certaines populations prioritaires et en quête d'équité comme les immigrants, les réfugiés et les collectivités ethnoculturelles et racialisées (IRER); les Premières Nations, les Inuits et les Métis; les membres de la communauté 2SLGBTQ+; et les minorités linguistiques. Les MNT prises en compte dans ce rapport sont l'arthrite, le cancer, les maladies cardiovasculaires, les maladies respiratoires chroniques, la démence, le diabète sucré, l'épilepsie, la fragilisation, la maladie de Huntington, les maladies inflammatoires de l'intestin, les maladies du rein, le syndrome métabolique, l'obésité et la maladie de Parkinson. Les problèmes de santé mentale concomitants avec ces MNT dont il est question dans ce rapport sont les troubles dépressif et anxieux, les troubles bipolaires et apparentés, les troubles du spectre schizophrénique et autres troubles psychotiques, les troubles obsessionnels-compulsifs et apparentés, les troubles liés à un traumatisme et à des facteurs de stress, les troubles liés à la consommation de substances et à la dépendance ainsi que les troubles de l'alimentation. Il traite également des symptômes communs de maladies mentales, comme la dépression et l'anxiété, qui se présentent en comorbidité avec une MNT. Enfin, un examen réaliste rapide basé sur des interventions tirées de la littérature a été effectué afin d'éclaircir pourquoi certaines stratégies sont envisagées pour différentes personnes et de déterminer les mécanismes à l'origine de leur efficacité.

Faits saillants et recommandations

À partir de la synthèse de plus de 800 documents de recherche, un certain nombre de conclusions et de recommandations ont été formulées à l'intention des praticiens, des responsables des orientations politiques, des décideurs et des chercheurs.

Politiques

- Toutes les comorbidités entre maladie physique et maladie mentale mises en relief partagent des voies étiologiques biologiques, psychosociales et environnementales. Les politiques et les initiatives de prévention ciblant ces voies, particulièrement leurs aspects psychosociaux et environnementaux, sont recommandées. Elles devraient porter sur l'allocation de ressources à la promotion de la santé mentale, aux pratiques de dépistage et de surveillance de même qu'aux interventions.

- Les politiques axées sur le cycle de vie, la santé de la population et la promotion de la santé mentale ont le potentiel de prévenir ou de retarder l'apparition de problèmes de santé mentale et de santé physique. Les cibles stratégiques devraient inclure l'environnement alimentaire, la saine alimentation, la sécurité alimentaire, l'activité physique, les services de garde abordables, le logement abordable, l'aide sociale, l'emploi ainsi que l'équité en matière de santé et de revenu.

Programmes, sensibilisation et services

- Les interventions globales, intégrées, adaptées et basées sur une prise de décisions partagée contribueront à contrer les multiples facteurs sous-jacents donnant lieu aux comorbidités entre maladie physique et maladie mentale. Ces pratiques peuvent réduire les coûts pour le système de santé en réorientant les ressources vers la promotion de la santé et la prévention, en réduisant la dépendance aux soins aigus, en facilitant les transitions à l'intérieur du continuum de soins et en favorisant la durabilité du système de santé.
- Dans le cadre de services de santé intégrés, les modèles de soins par paliers présentent le potentiel d'optimiser les soins prodigués aux personnes ayant des comorbidités entre maladie physique et maladie mentale tout en réduisant les coûts des soins de santé. Les soins par paliers sont la prestation de soins d'une intensité correspondant à la complexité du problème de santé. Pour faciliter la mise en œuvre de ces approches, il faudra pouvoir compter sur des structures d'administration et de remboursement favorables faisant place à des professionnels paramédicaux capables de travailler en collaboration avec d'autres praticiens afin de mieux répondre aux besoins de santé physique et mentale des utilisateurs finaux.
- Des modèles de soins collaboratifs sont requis pour canaliser la capacité humaine et la technologie de manière à optimiser la prestation des services. Ces méthodes doivent inclure toutes les disciplines de la santé, incluant les experts des troubles liés à la consommation de substances.
- Des campagnes de santé publique visant à déboulonner les mythes et à enrayer la stigmatisation entourant les maladies chroniques pourraient minimiser les possibles répercussions sur la santé mentale. Elles pourraient véhiculer des images et des messages positifs représentant des personnes ayant des problèmes de santé tout en menant une vie saine et productive et travaillant efficacement avec leur équipe de soins de santé.
- Bien que les soins primaires constituent le fondement des services de santé physique et mentale, ces approches doivent être mieux intégrées aux services sociaux, de façon à combler les besoins complexes multidimensionnels des personnes aux prises avec des comorbidités entre maladie physique et maladie mentale. Ces services doivent être accessibles à tous, particulièrement les groupes dont l'accès est entravé par des obstacles, comme les personnes vivant dans une communauté rurale ou éloignée.

Recherche

- Les domaines de la recherche en santé susceptibles de mieux éclairer les pratiques, les programmes et les politiques sont l'exploration continue des déterminants des

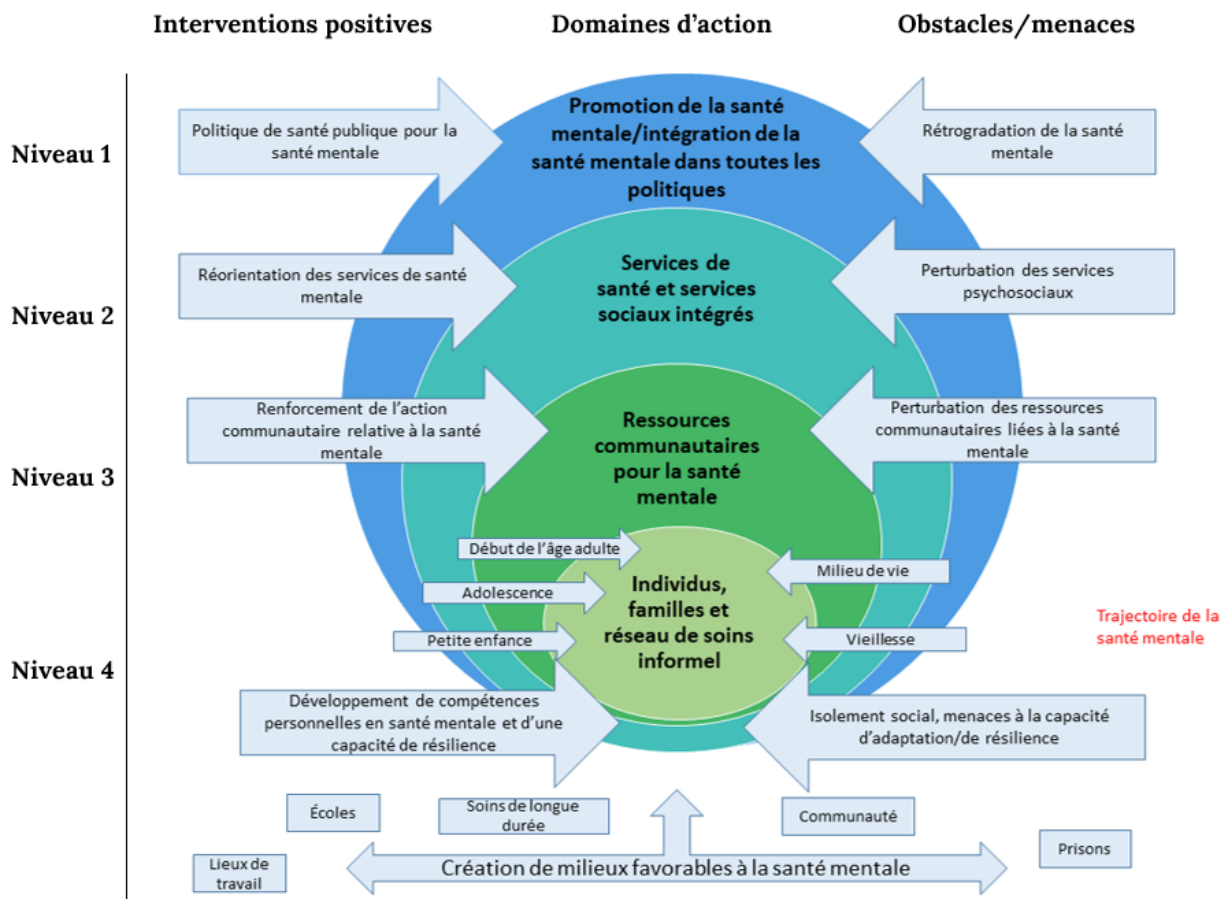
troubles concomitants, la prestation optimale et l'intégration des soins de santé et des services sociaux ainsi que l'examen de solutions de rechange sur le plan des politiques dans le but d'optimiser les interventions de santé mentale dans la population ainsi que les interventions concertées (réadaptation pulmonaire).

- Les études futures devraient inclure les personnes ayant un savoir expérientiel des comorbidités entre maladie physique et maladie mentale ainsi que leur famille et leurs soignants.

Constats et résultats de l'examen réaliste rapide

Nous avons effectué une exploration plus détaillée de la littérature au moyen d'un examen réaliste rapide afin de déterminer comment, pour qui et dans quelles circonstances les interventions fonctionnent dans différents environnements. Au moyen d'une configuration contexte-mécanisme-effet (CME), l'examen réaliste rapide avait pour but de générer de nouvelles idées de programmes et de politiques au-delà de ce que proposent les examens offrant un résumé sous forme de données agrégées. Dans une optique socioécologique de promotion de la santé mentale (voir le diagramme), nous avons effectué une analyse additionnelle des interventions clés repérées lors de la recherche documentaire. Celle-ci a mené à la recommandation de quatre grandes lignes directrices visant à orienter les efforts davantage vers la prévention et la gestion des comorbidités entre maladie physique et maladie mentale. Ces résultats sont illustrés ci-dessous :

Un modèle socioécologique des interventions de promotion de la santé mentale



Niveau 1 : Politique publique saine sur la santé mentale : Promouvoir la santé mentale/la « santé mentale dans toutes les politiques »

Les personnes ayant des maladies mentales et physiques peuvent mener une vie épanouie et heureuse. Nous devons aussi tenter de promouvoir et de renforcer les atouts sur le plan de la santé, notamment les environnements structurellement favorables (sur les plans social, économique, culturel), la résilience communautaire et les habiletés d'adaptation générales.

Théorie de programme pour la « santé mentale dans toutes les politiques »

Stratégie de « santé mentale dans toutes les politiques » → Gouvernance intersectorielle pour la santé mentale → Changements dans les politiques (généralement révélés par un document ou un plan stratégique) → Actions politiques (outils législatifs, réglementaires, budgétaires/sur le plan des investissements) pour promouvoir la santé mentale → Effets sur les déterminants sociaux de la santé mentale → Meilleurs résultats en santé mentale (p. ex., amélioration du bien-être, du bonheur, des habiletés d'adaptation et de la résilience; réduction du stress mental, de l'incidence de la maladie mentale, des préjudices causés par le mésusage de substances, de l'incidence du suicide).

Programme pour la création d'une stratégie de « santé mentale dans toutes les politiques »

La « santé dans toutes les politiques » (SdTP) dans la collaboration intersectorielle, de plus en plus répandue à l'échelle mondiale, est une approche politique visant à neutraliser les déterminants sociaux plus larges de la santé. Les défenseurs de la SdTP soulignent l'importance de la promotion de la santé mentale, essentielle au succès des programmes de SdTP, comme moyen de contribuer à résoudre les problèmes d'équité et d'égalité en santé^{9,10}; inversement, les défenseurs de la promotion de la santé mentale ont établi que la SdTP constituait un cadre politique essentiel pour améliorer la santé mentale et la santé physique^{11,12}.

À la lumière d'une analyse de la littérature sur l'adoption et l'application de la SdTP, nous proposons cinq règles simples pour réussir la mise en œuvre de la SdTP :

- 1) Générer une maîtrise et un langage communs autour de la notion de « santé » dans son ensemble, en y incluant le confort et le bonheur de même que le bien-être général.
- 2) Mettre en relation les données probantes montrant que les initiatives de SdTP peuvent contribuer à des économies durables et à des systèmes de santé durables (autant de façon théorique qu'empirique.
- 3) Désigner un « point d'entrée » pour mettre en place l'approche de SdTP.
- 4) Mettre au point des scénarios gagnant-gagnant, des buts et des objectifs dans tous les secteurs¹³.
- 5) Établir des partenariats collaboratifs à long terme avec les intervenants du secteur et favoriser leur mobilisation.

Dans le contexte canadien, la santé mentale est non seulement en bonne position pour être incluse dans tout programme politique de SdTP, mais elle pourrait être le point d'entrée pour sensibiliser les gens à l'urgence d'adopter une approche de SdTP aux échelons fédéral et

provincial. Tout d'abord, grâce à l'aide d'acteurs politiques de haut niveau, comme les sénateurs Kirby et Wilson, et à la création de la Commission de la santé mentale du Canada (CSMC), une grande partie du travail fondamental de sensibilisation a déjà été accompli. Dans ce travail collectif, les chercheurs, les personnes ayant un savoir expérientiel, les responsables des orientations politiques et les praticiens canadiens ont élaboré un langage commun plus inclusif dans le domaine de la santé mentale qui, par sa nature, est plus positif et davantage axé sur les forces que sur les déficits.

Niveau 2 : Réorienter les services de santé mentale : Soins de santé et services sociaux intégrés

Au-delà de l'approche de SdTP, les politiques publiques jouent le rôle essentiel d'établir le contexte réglementaire, législatif et financier nécessaire pour une transformation plus profonde des soins de santé et des services sociaux dans la société. Pour la population canadienne, la « réforme de la santé »¹⁴ est une réalité perpétuelle, à la fois complexe et multidimensionnelle, assortie d'objectifs variant d'une province à l'autre de même que de stratégies de gouvernance et de résultats très disparates. Toutefois, la nécessité de mettre en place des systèmes intégrés et collaboratifs de soins de santé et de services sociaux afin de répondre aux besoins de plus en plus complexes d'une population vieillissante est un thème commun récurrent; la multimorbidité des maladies chroniques, tant physiques que mentales, est à l'origine de cette complexité. Bien que ces efforts nécessitent de nombreux changements transformationnels au niveau des organisations et des services de santé, les décideurs politiques de haut niveau jouent un rôle de premier plan pour opérer la transition vers le système idéal. Il est généralement reconnu, à la lumière de décennies de recherches¹⁵, que l'offre de soins de santé primaires complets, comme énoncé initialement dans la Déclaration d'Alma-Ata¹⁶, forme le cadre global menant vers une organisation efficiente, efficace et équitable des services de santé en vue de réaliser un état de santé optimal dans toutes les populations.

*La **théorie de programme** à ce niveau est la suivante : en offrant une couverture financière universelle, assujettie au contrôle et à la réglementation du gouvernement, avec une distribution équitable des services et une couverture complète, ainsi qu'avec une quote-part faible ou nulle, il est possible d'offrir « un accès au premier contact et une utilisation accrues, des soins plus orientés vers la personne au fil du temps, un éventail élargi de services disponibles et accessibles au moment requis et une meilleure coordination de soins ». (Starfield, 2012, p. 20)*

L'intégration des soins au moyen de règles simples permet à des acteurs relativement anonymes de mettre à profit leur savoir contextuel pour proposer des solutions de mise en œuvre créatives. Au niveau des soins intégrés, plusieurs facteurs contextuels doivent être pris en considération. Pour que les clients soient entendus dans la prise de décisions (p. ex. au sujet des besoins prioritaires en matière de services sociaux ou de soins de santé mentale ou physique), les déséquilibres des pouvoirs doivent être corrigés. Non seulement les écarts de pouvoir freinent-ils les pratiques collaboratives efficaces chez les différents fournisseurs de services¹⁷, mais ils relèguent aussi les clients à un rôle marginal en ce qui concerne les

décisions entourant les soins dont ils ont besoin. Les médecins sont considérés comme étant au sommet de la hiérarchie dans les soins de santé, une conception susceptible d'entraver le succès de tout programme de réforme ou de changement.

Niveau 3 : Renforcer l'action communautaire en santé mentale : Atouts des communautés dans le domaine de la santé mentale

À ce niveau des systèmes, les « atouts » communautaires en matière de santé mentale sont au cœur des efforts, puisqu'ils rassemblent trois grandes approches théoriques de la santé mentale : la promotion de la santé mentale¹⁸; l'approche des deux continuums¹⁹; et l'approche du cadre de soutien de l'Association canadienne pour la santé mentale^{20,21}.

La **théorie de programme** au niveau communautaire est la suivante : en contribuant à *cocréer, à raffermir et à maintenir les atouts communautaires sur le plan de la santé mentale*, les gens recevront le soutien nécessaire pour mener une vie heureuse, réjouissante et épanouie, qu'ils soient ou non aux prises avec des maladies mentales ou physiques, et ils auront les moyens de contribuer à concevoir et à façonner les services de santé mentale qu'ils reçoivent dans la communauté grâce à une planification appropriée et coordonnée des services de santé mentale.

Nous proposons une série de configurations contexte-mécanisme-effet (CME). Bien des configurations CME sont semblables à celles issues de la recherche-action participative dans la communauté²². Notre revue de la littérature effectuée aux autres niveaux des systèmes a révélé que ces configurations CME dites « collaboratives » s'appliquent à tous les niveaux des systèmes de même qu'à notre approche de règles simples; elles sont décrites ci-dessous.

Configurations contexte-mécanisme-effet (CME) pour compléter nos règles simples	
Facteur	Configuration CME
Confiance	Une confiance élevée (contexte) produit une synergie entre les partenaires (mécanisme), ce qui génère des effets bénéfiques à tous les niveaux des systèmes (p. ex., la prestation des services de santé mentale).
Officialisation	L'officialisation par l'entremise des politiques (contexte) accroît la confiance initiale (mécanisme), ce qui renforce l'adhésion aux principes d'inclusion de la santé mentale et de sensibilisation à la maladie mentale à tous les niveaux des systèmes.
Vision commune	L'adoption d'une vision commune (contexte) réduit le risque de conflit (mécanisme), ce qui conduit à une confiance accrue/élevée (effet) à tous les niveaux des systèmes.
Engagement/imputabilité	Des données probantes montrent que la préparation et l'imputabilité (contexte) conduisent à une réduction des conflits (mécanisme), ce qui hausse la confiance (effet) chez les partenaires à tous les niveaux des systèmes.

Pouvoir	Les déséquilibres des pouvoirs entre les partenaires (contexte) entraînent la domination entre les partenaires (mécanisme), ce qui conduit à une baisse de confiance et au blocage de la prestation des services de santé mentale à tous les niveaux des systèmes.
Foi	Une foi solide (contexte) produit une synergie entre les partenaires (mécanisme), ce qui mène à une prestation améliorée des services de santé mentale à tous les niveaux des systèmes.
Authenticité	Une collaboration authentique (contexte) augmente la foi (mécanisme), ce qui mène à une meilleure entente concernant les buts communs, comme la prestation des services de santé mentale (à tous les niveaux des systèmes).
Leadership	Un leadership positif et authentique (contexte) donne lieu à une intégration plus efficace des différents partenaires et cultures (mécanisme), ce qui raffermi la confiance entre les partenaires à tous les niveaux des systèmes.
Culture	La proximité ou la cohérence culturelle (contexte) réduit les conflits (mécanisme), ce qui raffermi la confiance entre les partenaires à tous les niveaux des systèmes.
Souplesse	Une flexibilité accrue dans les directives et les lignes directrices (contexte) accroît la probabilité d'atteindre les buts (mécanisme), ce qui conduit à une prestation plus efficace et efficiente des services de santé mentale (effet) à tous les niveaux des systèmes.
Point d'entrée	La présence de points d'entrée désignés (contexte) procure de la clarté (mécanisme), ce qui raffermi la confiance (p. ex., un modèle uniforme pour la prestation des services de santé mentale) (effet) à tous les niveaux des systèmes.

Niveau 4 : Renforcer la résilience et les compétences personnelles en matière de santé : Aide aux individus et aux familles et soutien informel

Ce niveau porte sur les ressources personnelles auxquelles les gens font appel pour accroître leur résilience, leur espoir, leur confiance et leur bien-être. Il existe de nombreuses ressources et interventions visant à améliorer la résilience et les habiletés d'adaptation individuelles dans le but de renforcer la santé mentale et de prévenir les pires effets de la maladie mentale (p. ex., l'autoassistance, l'aide mutuelle, les réseaux de soutien par les pairs).

Table des matières

Remerciements	2
Glossaire	3
Résumé	5
Contexte	5
1. Introduction	14
1.1 Contexte	14
1.2 Motifs et portée	15
2. Approche	16
2.1 Questions d'intérêt	16
2.2 Approche	16
2.2.1 Recherche de données probantes	16
2.2.2 Résumé des données probantes.....	17
3. Principales données probantes : comorbidités entre maladie physique et maladie mentale	19
3.1 Caractéristiques de l'état de santé mentale en fonction du problème de santé physique	19
3.1.1 Arthrite	19
3.1.2 Cancer.....	29
3.1.3 Maladies cardiovasculaires (MCV).....	41
3.1.4 Démence	53
3.1.5 Diabète sucré (DS).....	58
3.1.6 Épilepsie	64
3.1.7 Fragilisation	67
3.1.8 Maladie de Huntington (MH).....	69
3.1.9 Maladies intestinales inflammatoires (MII)	72
3.1.10 Insuffisance rénale (chronique) ou IRC	74
3.1.11 Syndrome métabolique (SMet).....	77
3.1.12 Obésité	82
3.1.13 Maladie de Parkinson (MP)	89
3.1.14 Maladies respiratoires (chroniques).....	92

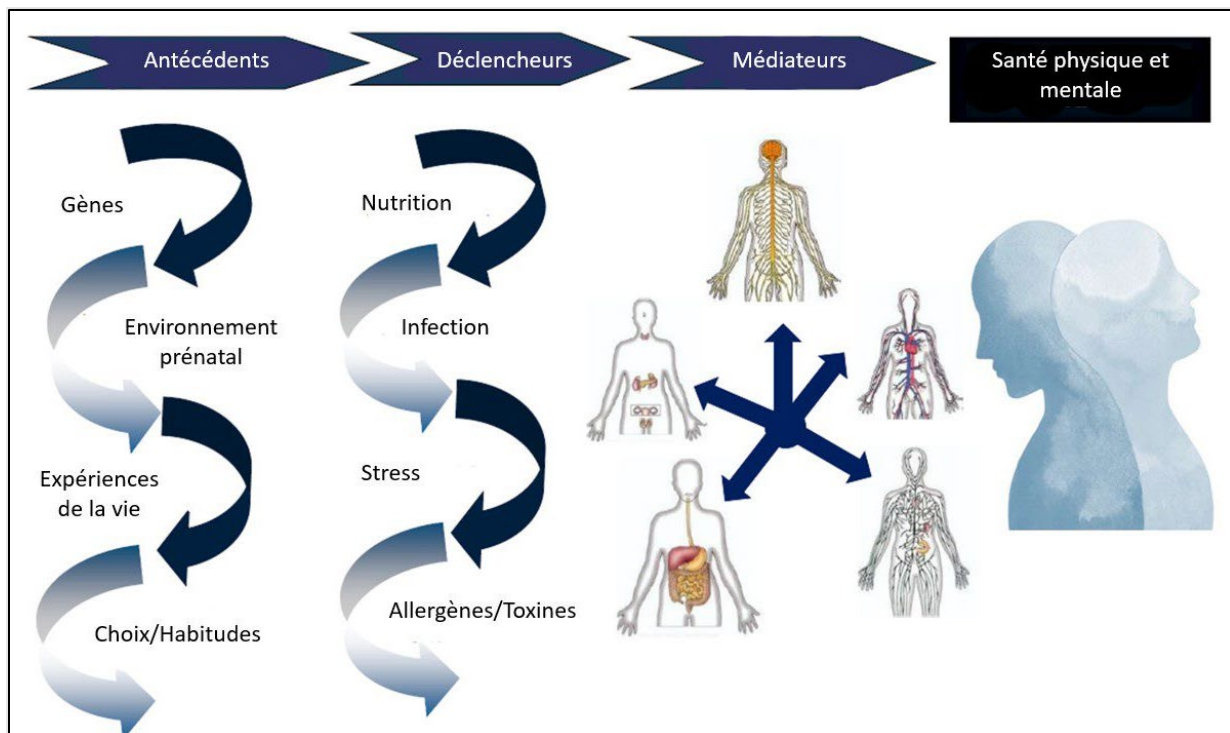
3.2	Répercussions sur la sensibilisation, les services et les politiques en matière de santé	97
3.2.1	Sensibilisation en matière de santé	97
3.2.2	Services de santé	98
3.2.3	Pratiques	99
3.2.4	Politiques sur la santé.....	104
3.2.5	Recherche sur la santé	104
4.	Quelles interventions fonctionnent? Pour qui? Comment? Dans quels contextes?	106
4.1	Niveau 1 : Une politique publique favorisant la santé mentale : Promotion de la santé mentale et stratégie de santé mentale dans toutes les politiques (SSMP)	106
4.2	Niveau 2 : Réorienter les services de santé mentale : Des soins de santé et des services sociaux intégrés.....	113
4.3	Niveau 3 : Renforcer les actions communautaires en matière de santé mentale : Actifs communautaires en santé mentale	116
4.4	Niveau 4 : Développer des aptitudes et de la résilience au chapitre de la santé personnelle : Personnes, familles et soutien informel	119
5.	Faits saillants et recommandations	122
5.1	Éducation à la santé, pratique, programmes et politiques.....	122
5.2	Comorbidités physiques et mentales	123
5.3	Promotion de la santé mentale	133
6.	Citations	138
	Annexe A : Stratégie de recherche	171
	Annexe B : Résultats de la stratégie de recherche	183

1. Introduction

1.1 Contexte

Les maladies non transmissibles (MNT) et les risques comportementaux et métaboliques associés sont une des principales causes de mortalité et de morbidité dans le monde, et contribuent à alourdir le fardeau économique, de santé publique et sociétal^{23,24,25}. Les MNT s'accompagnent souvent d'une santé mentale déficiente, étant donné que l'interaction entre biologie, expérience de la maladie, facteurs de risque comportementaux (p. ex., mauvaise alimentation, sédentarité, consommation de substances) et déterminants de la santé (p. ex., revenu, logement) peut accroître la probabilité qu'une personne vivant avec un problème de santé physique manifeste des symptômes de santé mentale ou un problème de santé mentale concomitants, et vice versa^{26,27,28} (Figure 1.1). Les problèmes de santé mentale, comme la dépression majeure, les troubles du spectre schizophrénique, la psychose, les troubles anxieux, les troubles bipolaires et les troubles de l'alimentation, sont couramment liés au diabète, au cancer, aux maladies cardiovasculaires, aux maladies respiratoires chroniques, à l'arthrite et aux maladies inflammatoires de l'intestin^{29,30,31,32,33,34,35,36,37,38,39}. Par exemple, certaines études estiment que la prévalence de la dépression et de l'anxiété est au moins deux fois plus élevée chez les personnes suivant un traitement contre le cancer^{40,41}.

Figure 1.1 : Aperçu de l'étiologie commune entre maladie physique et maladie mentale^{42,43,44}



Les connaissances actuelles à propos de l'étiologie des comorbidités entre maladie physique et maladie mentale sont issues de théories unificatrices sur le comportement neurologique. La santé est hétérogène et le résultat de nombreux facteurs, notamment une interaction entre les antécédents, dont l'environnement prénatal, les expériences de vie, les choix, les habitudes et le bagage génétique, et la présence de déclencheurs pouvant inclure des « facteurs pro-inflammatoires », comme l'exposition aux infections, au stress, aux allergènes et aux toxines. Ces facteurs interagissent avec divers médiateurs de différents systèmes de l'organisme produisant des effets précis sur la santé physique et mentale.

Bien que les interactions sur les plans biologique, comportemental, social et environnemental entre les MNT et les problèmes de santé mentale soient nombreuses (p. ex., le trouble dépressif majeur, les troubles du spectre schizophrénique), on note actuellement plusieurs lacunes dans les connaissances au sujet de leur prévalence et de leur incidence au Canada, des coûts estimatifs liés aux soins de santé, des mécanismes communs et des cibles efficaces en ce qui concerne la prévention primaire, le dépistage, l'évaluation, la gestion et les politiques⁴⁵. L'amélioration de la compréhension, du dépistage, du diagnostic et du traitement des problèmes de santé mentale et des MNT peut avoir une incidence globale positive sur la conception de démarches intégrées et sur la promotion d'un système de santé durable^{30,31}.

Afin de mieux entreprendre la prévention et le traitement des comorbidités entre maladie physique et maladie mentale, une étude de la portée et un examen réaliste rapide ont été réalisés avec l'objectif de combler les lacunes dans les connaissances entourant la prévalence et l'incidence des comorbidités, leur étiologie commune, leur prévention et leur gestion.

1.2 Motifs et portée

Les objectifs de cette synthèse des données probantes étaient de résumer et d'évaluer les connaissances internationales au sujet des comorbidités courantes entre santé physique et santé mentale, en ce qui concerne les aspects suivants :

- i. Leur prévalence, leur incidence et les coûts estimatifs des soins de santé tout au long de la vie de même qu'en fonction du sexe ou du genre et dans les populations prioritaires et en quête d'équité, à savoir les immigrants, les réfugiés et les collectivités ethnoculturelles et racialisées (IRER); les Premières Nations, les Inuits et les Métis; la communauté 2SLGBTQ+; et les minorités linguistiques.
- ii. Les voies biologiques, comportementales et sociales participant à leur étiologie commune;
- iii. Les modèles efficaces de dépistage, de prévention primaire, de soins et de traitement des comorbidités dans les populations prioritaires et en quête d'équité;
- iv. Les lacunes et les partis pris dans les connaissances au sujet de la prévalence et de l'incidence, des coûts estimatifs des soins de santé, des voies causales, du dépistage, de la prévention et de la gestion des comorbidités entre maladie physique et maladie mentale, notamment dans les populations prioritaires et en quête d'équité.

2. Approche

2.1 Questions d'intérêt

Les questions guidant la rédaction de ce rapport sont les suivantes :

1. Quels sont la prévalence, l'incidence et les coûts estimatifs des soins de santé rattachés aux comorbidités fréquentes entre santé physique et santé mentale? Comment ces données varient-elles en fonction du sexe ou du genre et tout au long de la vie ainsi que dans les populations prioritaires et en quête d'équité, notamment les immigrants, les réfugiés et les collectivités ethnoculturelles et racialisées (IRER); les Premières Nations, les Inuits et les Métis; la communauté 2SLGBTQ+; et les minorités linguistiques?
2. Quelles voies biologiques, comportementales, sociales et environnementales contribuent aux comorbidités fréquentes entre santé physique et santé mentale?
3. Quels modèles de dépistage, de prévention primaire, de soins et de traitement des comorbidités fréquentes entre santé physique et santé mentale fonctionnent, dans quelles populations, dans quels contextes, et pourquoi? Qu'est-ce qui favorise ou freine la mise en œuvre du dépistage, de la prévention primaire, des soins et du traitement des comorbidités fréquentes entre santé physique et santé mentale?

2.2 Approche

2.2.1 Recherche de données probantes

Nous avons entrepris une recherche documentaire exhaustive dans les bases de données bibliographiques courantes couvrant un éventail de disciplines liées à la santé (MEDLINE, CINAHL, PsycInfo, Sociological Abstracts) et dans des sources de littérature grise (p. ex., des thèses, dissertations, comptes-rendus de conférences, recueils de publications numériques des gouvernements concernés, organismes sans but lucratif et regroupements de professionnels de la santé) (voir l'Annexe A pour découvrir la stratégie de recherche dans son ensemble). De plus, nous avons effectué une vérification des ouvrages cités et consulté des utilisateurs de connaissances compétents. Nous avons tenu compte de tous les types de littérature, des examens systématiques aux méta-analyses en passant par les articles d'opinion. Pour les sujets où une documentation volumineuse était disponible, la portée de la présente synthèse des connaissances se limitait aux sources de données de plus haut niveau.

Les résumés recensés dans la littérature universitaire ont été filtrés par deux examinateurs. Ceux-ci ont ensuite étudié les articles intégraux correspondant aux résumés qui répondaient aux critères recherchés. La qualité de l'ensemble final de documents retenus a été déterminée au moyen de divers outils d'évaluation standard. Les données ont été extraites au moyen d'un modèle d'extraction élaboré par l'équipe.

2.2.2 Résumé des données probantes

Étude de la portée

Pour toutes les MNT, nous avons résumé l'information à propos des maladies mentales concomitantes issue des recherches de données probantes. Pour chaque comorbidité, nous avons présenté les données probantes concernant la prévalence et l'incidence estimatives de la comorbidité entre maladie physique et maladie mentale, l'étiologie commune, le dépistage de maladies mentales chez les personnes atteintes de la MNT en question, les stratégies de prévention ainsi que la gestion et les interventions disponibles.

Examen réaliste rapide

Dans le cas des sources bibliographiques présentant de l'information approfondie sur l'interaction entre les interventions et les contextes et mécanismes en vue d'influencer l'efficacité des stratégies de gestion des symptômes des comorbidités entre maladie physique et maladie mentale, nous avons appliqué des méthodes d'examen réaliste rapide⁴⁶. L'examen réaliste rapide était guidé par le Cadre de promotion de la santé mentale, conçu par l'équipe de projet en consultation avec la CSMC (voir Figure 4.1). Ce cadre contenait des indications à propos des interventions qui fonctionnent, pour qui elles fonctionnent, comment, dans quelle mesure et dans quels contextes. Le cadre et l'examen étaient axés sur les applications dans les soins de santé et les services sociaux offerts aux échelons d'intervention macro, meso et micro (p. ex., au niveau des politiques, de la conception, de la mise en œuvre, de la prestation de services). L'examen visait à répondre aux questions suivantes :

1. Quels principes directeurs de quelles interventions peuvent être mis en œuvre avec succès?
2. Quels mécanismes régissent ces principes? Quels facteurs contextuels influencent ces principes?
3. Quelles répercussions les interactions entre les mécanismes et les facteurs contextuels exercent-elles sur les effets des interventions?

Pour l'examen réaliste rapide, nous avons extrait des données relatives aux stratégies d'intervention, aux activités et aux ressources de même qu'au contexte, aux mécanismes et aux effets énoncés dans les documents. Pour faciliter le travail d'extraction de l'équipe de projet et pour assurer l'uniformité et la transparence, nous avons utilisé des définitions établies des grands concepts réalistes (Tableau 3.1), étant donné que les méthodes réalistes sont encore en cours d'élaboration et que les évaluateurs réalistes sont toujours en train d'éclaircir et d'opérationnaliser des termes comme « contexte », « mécanisme » et « intervention » ainsi que leurs interrelations⁴⁷.

Intervention :	Les activités, stratégies et ressources ⁴⁷ de l'intervention qui ont été mises en œuvre (p. ex., un module sur les comportements liés à la santé).
Mécanisme :	Ce qui donne aux participants l'impulsion de vouloir participer (ou non) à une intervention. Les mécanismes touchent habituellement les réactions cognitives, émotionnelles et comportementales face aux ressources et aux

	stratégies d'intervention (p. ex., un participant éprouve un sentiment de pouvoir grâce au renforcement de ses compétences).
Contexte :	Les circonstances dans lesquelles une intervention est réalisée. Le contexte comprend les structures organisationnelles préexistantes, les normes culturelles, l'histoire de la communauté, la nature et la portée des réseaux préexistants et l'effet de la situation géographique ^{48,49} (p. ex., les expériences antérieures de l'organisation à mettre en œuvre des interventions en collaboration avec des partenaires communautaires).
Effet :	L'effet de l'intervention, qui peut être soit intentionnel, soit inattendu ⁴⁸ (p. ex., au niveau macro, des services bien intégrés; au niveau meso, la collaboration des participants dans les soins de santé et les services sociaux; au niveau micro, les résultats de santé des participants).

Au moyen des extractions terminées, des configurations contexte-mécanisme-effet (CME) ont été bâties afin de mieux comprendre et d'expliquer pourquoi les différentes interventions fonctionnent (ou échouent) et de générer des principes directeurs. Pour cet examen, l'équipe de projet a créé des configurations CME seulement dans les cas où le contexte, les mécanismes et les effets étaient explicitement mis en corrélation dans les articles. Les configurations CME étaient des types d'interventions regroupés afin d'assurer que les principes directeurs étaient soutenus par des mécanismes relevant de différents contextes et interventions. Les mécanismes ont été regroupés par thème en vue de l'élaboration des principes directeurs. Chaque principe directeur a été croisé avec des mécanismes relevés dans différents documents afin d'assurer qu'il pouvait être transposé d'une intervention à l'autre et d'un contexte à l'autre.

3. Principales données probantes : comorbidités entre maladie physique et maladie mentale

Dans cette partie, les résultats de l'étude de la portée sont présentés par problème de santé physique (en ordre alphabétique). Chacune des sections met en relief la prévalence des comorbidités, leur incidence, les coûts des soins de santé qui s'y rattachent, leur étiologie commune ainsi que les interventions de gestion visant à soutenir la santé mentale.

3.1 Caractéristiques de l'état de santé mentale en fonction du problème de santé physique

3.1.1 Arthrite

A. ARTHROSE

L'arthrose est la dégénérescence cartilagineuse des articulations. Elle se caractérise par la douleur, la raideur et la perte fonctionnelle, qui peuvent entraîner une incapacité grave. La main, le genou et la hanche sont les sites les plus fréquemment touchés. L'arthrose est répandue chez les personnes d'âge moyen à avancé. Les femmes de plus de 50 ans sont plus susceptibles d'en souffrir.⁵⁰

Prévalence et incidence de l'arthrose en concomitance avec des maladies ou des problèmes liés à la santé mentale

- Selon des études réalisées sur de petits échantillons, 58 à 66 % des personnes vivant avec l'arthrose sont aux prises avec un problème de santé mentale, notamment la dépression, l'anxiété, la psychose et le trouble obsessionnel-compulsif. Les résultats peuvent varier selon l'articulation touchée⁵¹.
- L'évaluation de la dépression chez les personnes souffrant d'arthrose à la main, au genou, à la hanche, au dos/cou ou ailleurs a révélé que la présence d'arthrose dans plusieurs articulations (c.-à-d. arthrose > 2 sites; RC=1,48; IC à 95 % : 1,07-2,05) et la présence en particulier d'arthrose à la hanche (RC=1,72; IC à 95 % : 1,08-2,73) ou au genou (RC=1,43; IC à 95 % : 1,03-1,98) étaient associées à des risques accrus de présenter des symptômes de dépression, en comparaison avec les personnes n'ayant pas d'arthrose⁵².
- Une étude longitudinale menée sur 74 393 personnes ayant des problèmes de santé mentale a montré que la psychose affective, les troubles névrotiques et de la personnalité ainsi que la dépendance à l'alcool ou aux drogues ou l'abus de ces substances constituaient des facteurs de risque d'arthrose. Les personnes atteintes de schizophrénie n'étaient pas à risque de souffrir d'arthrose⁵³.

- Une étude longitudinale effectuée auprès d'adultes (n=3 662) de plus de 45 ans a permis de constater un risque accru d'arthrite chez les personnes ayant des symptômes de dépression (hommes : rapport de risque (RR)¹=3.51; IC à 95 % : 2,32-5,29; femmes : RR=2,03; IC à 95 % : 1,45-2,85), en comparaison avec les personnes n'ayant pas montré de symptômes de dépression⁵⁴.

Dépistage en santé mentale

- Une analyse coût-efficacité du dépistage systématique de l'anxiété et de la dépression chez les personnes vivant avec l'arthrose a montré que le dépistage systématique par les omnipraticiens n'offrait pas un bon rapport coût-efficacité⁵⁵.

Un dépistage régulier de la dépression chez les personnes aux prises avec l'arthrose est recommandé par le National Institute for Health and Care Excellence du Royaume-Uni⁵⁰.

- Un essai randomisé par groupes de population effectué dans des établissements de soins primaires, qui évaluait un modèle électronique déclenchant le dépistage systématique de l'anxiété et de la dépression au point d'intervention chez les personnes souffrant d'arthrose, n'a révélé aucun effet bénéfique sur la réduction de la douleur autodéclarée et les résultats fonctionnels⁵⁶.
- Il est reconnu que le dépistage pourrait déceler les symptômes d'anxiété et de dépression infraliminaire plus courants et faciliter le dialogue entre le clinicien et le patient, de manière à déterminer les besoins non comblés causant de la détresse⁵⁷.

Voies étiologiques communes

- La douleur et l'inflammation sont des voies communes sous-jacentes de l'arthrose et de la santé mentale (Figure 3.1).
- L'arthrose et la mauvaise santé mentale pourraient être induites par une régulation anormale de l'axe hypothalamo-hypophysaire-surrénalien (HHS) et des cytokines inflammatoires, comme l'interleukine 6 (IL-6) et le facteur onconécrosant- α (TNF- α)⁵⁸.
- Les altérations du système nerveux autonome conjuguées à des troubles du sommeil peuvent exacerber la douleur articulaire. Cela peut déclencher un cercle vicieux où la santé mentale décline en raison d'une hausse de l'activité du système nerveux sympathique⁵⁹. Une régulation anormale de l'axe HHS peut provoquer une hausse de la douleur centralisée et une détérioration de l'humeur⁵⁸.
- La force mécanique exercée sur les articulations, le stress oxydatif provoqué et l'inflammation des cellules de cartilage de faible grade (chondrocyte) aggravent l'arthrose⁶⁰. Une altération dans la transmission des neurotransmetteurs, suivie de réactions pro-inflammatoires, peut hausser la production de catabolites neurotoxiques et affecter la santé mentale⁶¹.

¹Le rapport de risque (*Hazard Ratio*) exprime dans quelle mesure différents facteurs ou une intervention sont associés à un effet étudié au fil du temps.

- Chez les femmes, une carence estrogénique suivant la ménopause pourrait contribuer à l'apparition de l'arthrose, de la dépression et de troubles anxieux⁶².
- Chez les hommes, la chute du niveau de testostérone avec l'âge pourrait entraîner un déséquilibre métabolique menant à l'obésité sarcopénique, qui pourrait quant à elle hausser le risque d'arthrose^{63,64} et de dépression⁶⁵.

Gestion de l'arthrose et de la santé mentale

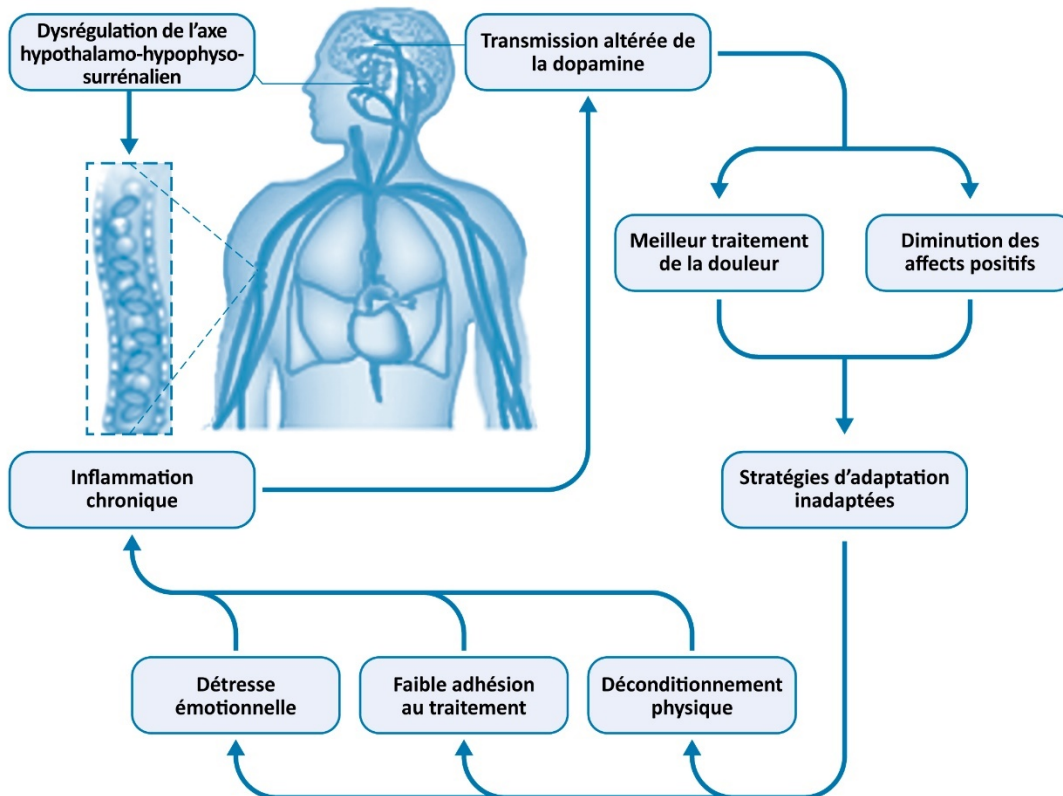
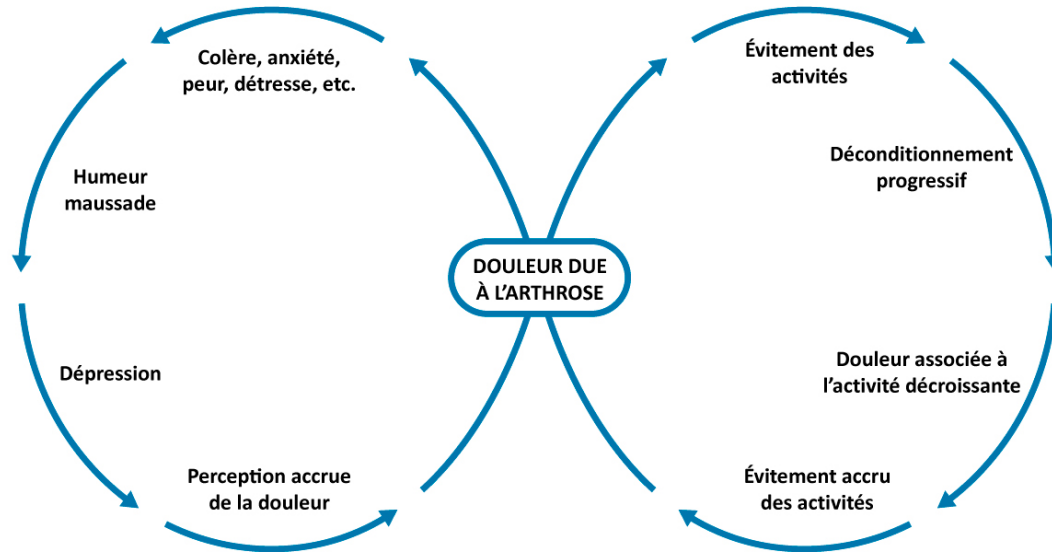
- La maladie mentale, particulièrement la dépression, et la douleur liée à l'arthrose semblent interconnectées. Des études sur la réduction ou la gestion de la douleur ont démontré que ces méthodes permettaient de soulager à la fois les symptômes de maladie physique et ceux liés à la maladie mentale⁶⁶.
- Les résultats des études portant sur les bienfaits des interventions axées sur l'exercice et sur l'atténuation simultanée des symptômes de maladie physique et mentale sont mitigés. Davantage de recherches sont requises pour déterminer l'importance des programmes d'exercice sur le plan de leur durée, de leur intensité et de leur fréquence⁶⁶.
- Un examen des thérapies complémentaires offertes pour traiter les problèmes musculosquelettiques et les maladies mentales a produit des données de qualité moyenne à bonne en faveur de l'acupuncture et du tai-chi⁶⁷.
- Les résultats d'une méta-analyse ont montré que le counseling psychothérapeutique et les interventions psychoéducatives apaisaient la douleur et amélioraient la gestion de la douleur. Ils soulageaient aussi l'anxiété et la dépression, mais pas de façon considérable. Davantage d'études rigoureuses sont requises⁶⁸.

Les interventions offertes dans le cadre d'un modèle de soins collaboratifs pourraient réduire considérablement les coûts des soins contre la dépression et l'anxiété concomitantes chez les personnes vivant avec l'arthrose⁷¹.

- Pour optimiser le bien-être psychosocial, des stratégies comme le maintien de la capacité fonctionnelle, l'emploi d'un langage positif pour décrire l'état de santé, la participation sociale accrue et le maintien de l'emploi sont recommandées. Par exemple, les comportements néfastes d'une personne face à la douleur et au préjudice pourraient être réduits en la sensibilisant au langage négatif erroné et aux fausses croyances.
- Les croyances à propos de l'état de santé pourraient avoir été formées à partir de sources d'information externes, comme les médias, et avant le diagnostic⁶⁹. Les campagnes de santé publique peuvent contribuer à déboulonner les mythes entourant l'arthrose en général et à minimiser ses répercussions sur la santé mentale après le diagnostic.
- La thérapie cognitivo-comportementale (TCC), l'éducation sur la neuroscience et les médicaments à action centrale pourraient être des modalités de traitement de rechange pour soulager la douleur causée par l'arthrose et la mauvaise santé mentale⁷⁰.

- Des chercheurs ont laissé entendre qu'une combinaison d'interventions contre la dépression et la douleur, par exemple des exercices aérobiques associés à un soutien psychologique, pourrait être efficace⁶⁶.
- Chez les personnes ayant des problèmes coexistants d'arthrose et de dépression, les dépenses excédentaires pour des soins de santé liés à la dépression étaient principalement attribuables à une anxiété concomitante⁷¹.

Figure 3.1 : Étiologie commune de l'arthrose et de la maladie mentale⁷²



L'arthrose contribue à l'inflammation par le dérèglement de l'axe HHS, qui modifie les réponses au stress, par exemple un tonus musculaire maintenu principalement par l'influx du système nerveux sympathique. Un état d'inflammation chronique peut altérer la neurotransmission dans le cerveau, ce qui peut stimuler le traitement de la douleur et estomper les réponses affectives positives. Ces réactions peuvent se manifester sous forme de dépression, et pourraient modifier les comportements relatifs à la maladie, comme l'activité physique, la fidélité au traitement et la participation sociale, en plus d'occasionner de nouveaux effets indésirables pour la santé mentale et physique.

B. POLYARTHRITE RHUMATOÏDE (PR)

La PR est une maladie auto-immune inflammatoire chronique qui touche initialement seulement les petites articulations, avant de se répandre à de plus grandes articulations, et parfois même à la peau, aux yeux, au cœur, aux reins et aux poumons. Souvent, l'os et le cartilage de l'articulation sont détruits et les tendons et ligaments sont affaiblis. Les dommages subis par l'articulation causent des déformations, de l'érosion osseuse et de la douleur. Les symptômes courants de la PR sont la raideur des articulations touchées au réveil, la perte de poids, les articulations sensibles, enflées et chaudes. La PR apparaît généralement entre 35 et 60 ans⁷³.

Prévalence et incidence de la PR en concomitance avec des maladies ou des problèmes liés à la santé mentale

Dépression et anxiété

- On estime qu'entre 10 et 42 % des personnes aux prises avec la PR souffrent aussi de dépression et d'anxiété⁷⁴.
- L'anxiété toucherait de 22 à 31 % des personnes ayant la PR⁷⁵; le taux de prévalence des troubles d'anxiété au cours de la vie serait de 16 %⁷⁶. L'anxiété est associée à une plus grande activité de la PR⁷⁷.
- Un examen systématique a révélé que l'incidence de l'anxiété chez les personnes souffrant de PR s'élevait à 1,2 (RC; IC de 95 % : 1,03-1,39)⁷⁸.
- Une méta-analyse sur la concomitance entre dépression et PR a révélé une prévalence de 17 % pour le trouble dépressif majeur⁷⁹.

Trouble bipolaire, schizophrénie et trouble de stress post-traumatique

- Une analyse de données sanitaires administratives basées sur la population du Manitoba, qui examinait 10 206 cas de PR et 50 960 témoins appariés selon le sexe, l'âge et la situation géographique, a démontré un ratio des taux d'incidence (RTI) de 1,21 (IC de 95 % : 1,00-1,47) pour le trouble bipolaire; l'incidence de la schizophrénie était la même dans les deux groupes (RTI=0,96; IC de 95 % : 0,61-1,50)⁸⁰.
- Le trouble de stress post-traumatique (TSPT) pourrait être un facteur de risque de PR à l'âge adulte⁸¹. Seulement une poignée d'études, basées en majorité sur des échantillons de vétérans, ont démontré cette relation^{81,82}.

- Les personnes souffrant de PR semblent présenter des taux de schizophrénie inférieurs à ceux de la population générale⁸³.

Maladies et problèmes liés à la santé mentale

- On rapporte une cooccurrence de 46 % entre la PR et les problèmes psychosociaux⁸⁴.
- Pour les adultes vivant dans la communauté (moins de 45 ans), l'arthrite constitue un facteur de risque pour l'apparition de problèmes de santé mentale plus tard dans la vie; inversement, la présence d'un problème de santé mentale ne prédit pas de manière fiable l'apparition ultérieure d'arthrite⁸⁵.

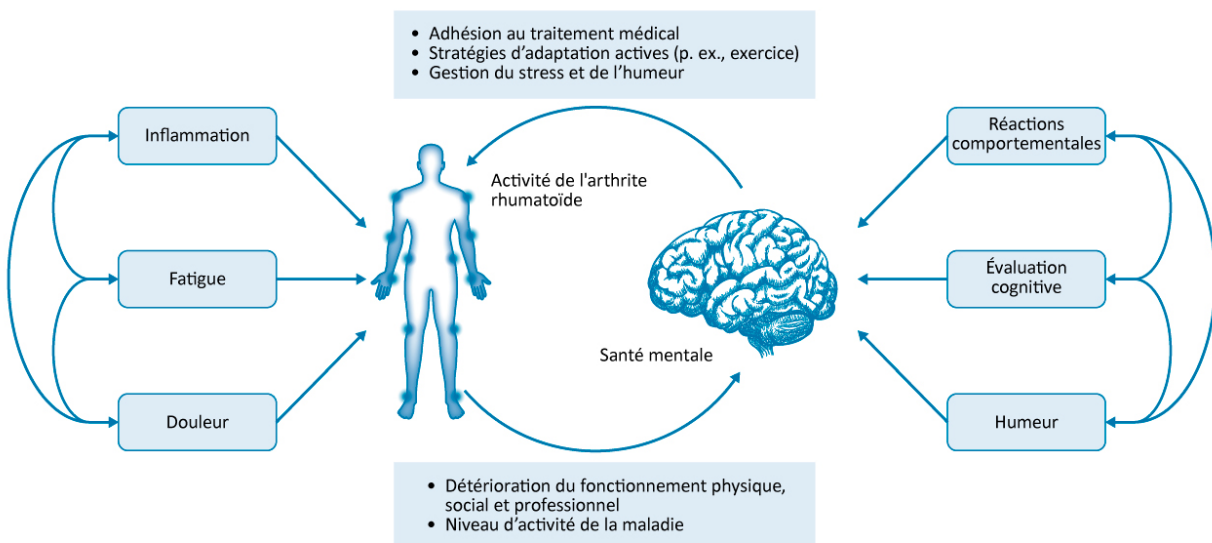
Dépistage en santé mentale

- Les cliniciens recommandent l'utilisation de l'outil Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) pour le dépistage⁸⁶; par contre, sa validité et sa fiabilité n'ont pas été évaluées pour cette population.

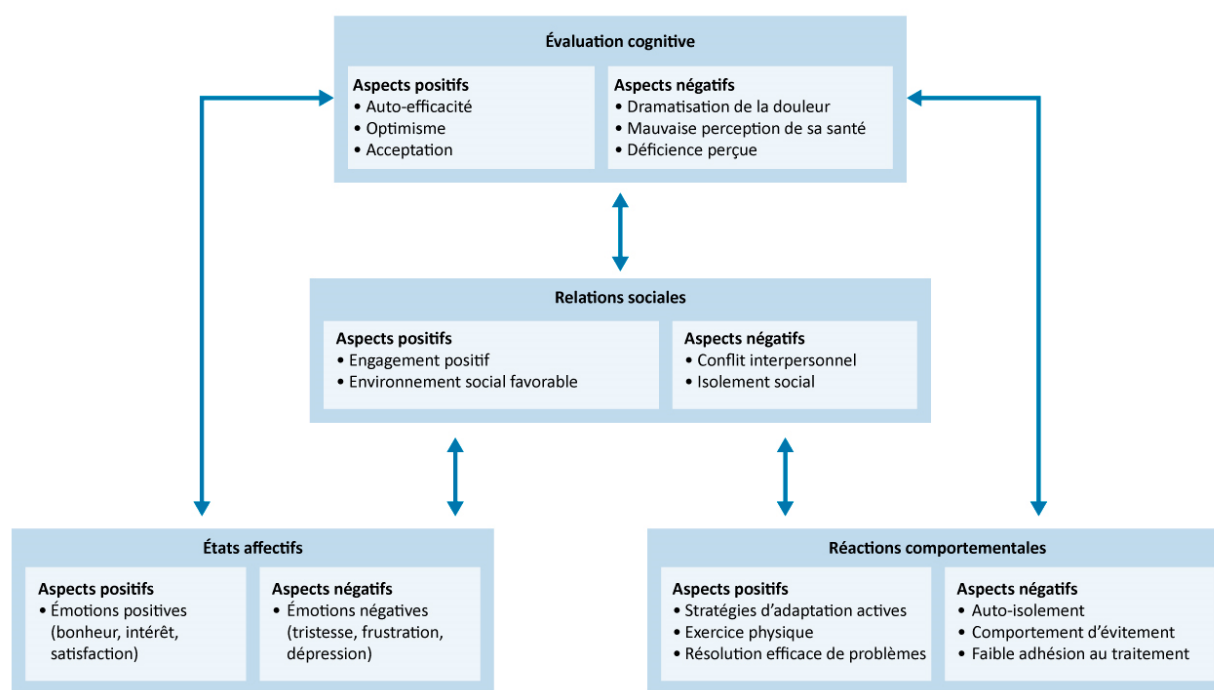
Voies étiologiques communes

- Les interactions de comorbidité entre maladie mentale et PR sont le dérèglement des réactions inflammatoires, les problèmes liés à la douleur et à la fatigue et l'apparition de réponses cognitives et de comportements pouvant exacerber les difficultés sur le plan physique et psychologique (Figure 3.2)⁸⁷.
- Le contexte social peut influencer les stratégies d'adaptation et les réactions psychologiques et altérer la réponse au traitement en raison de la rupture de l'alliance thérapeutique et de la fidélité au traitement (Figure 3.2)⁸⁷.

Figure 3.2 : Étiologie commune de la PR et de la maladie mentale⁸⁷



Interaction entre les facteurs sociaux et psychologiques



Les manifestations de la PR, comme la douleur, la fatigue et l'inflammation, agissent comme des agents stressants, qui influencent la santé mentale en provoquant des changements dans l'interprétation ou l'évaluation par la personne du statut de sa maladie, de ses états affectifs et de ses techniques d'adaptation. Des facteurs cognitifs, affectifs et comportementaux interagissent avec l'auto-efficacité de la personne. La mesure dans laquelle celle-ci adopte des techniques d'adaptation saines a une incidence sur sa capacité d'auto-efficacité. La réaction psychologique d'une personne face à sa PR dépend également de l'environnement social élargi dans lequel elle évolue. Cette relation est d'ailleurs bilatérale. Un environnement social positif favorise la résilience de la personne face à la détérioration de ses fonctions physiques et psychologiques. Inversement, les réponses au niveau individuel, comme l'isolement auto-imposé, peuvent avoir une incidence négative sur l'environnement social immédiat.

- Les relations réciproques entre l'humeur et la PR peuvent se rattacher à des facteurs comme une baisse de la fidélité à la médication et de l'activité physique, ce qui conduit à un déconditionnement et à une douleur accrue. Des facteurs psychologiques pourraient avoir une incidence sur l'activité de la maladie en agissant sur la réaction immunitaire, multipliant les cytokines pro-inflammatoires (p. ex., le TNF et l'IL-6)², et ainsi causer de l'inflammation^{88,89}.

²Les cytokines inflammatoires ou pro-inflammatoires sont des molécules de signalisation sécrétées par les cellules immunitaires et d'autres types de cellules favorisant l'inflammation. L'interleukine-1 (IL-1), l'IL-2, l'IL-18 et le facteur de nécrose tumorale alpha (TNF- α) en sont des exemples. La production excédentaire de cytokines inflammatoires contribue aux maladies physiques inflammatoires et aux maladies mentales⁵⁷³.

- Chez les personnes atteintes de schizophrénie, le taux de PR est plus faible en raison d'une forte concentration sanguine d'antagoniste des récepteurs d'IL-1, une cytokine anti-inflammatoire qui pourrait jouer un rôle protecteur contre la PR⁹⁰.

Gestion de la PR et de la santé mentale

- Il est recommandé que l'évaluation et les soins psychologiques fassent partie des objectifs thérapeutiques pour les personnes souffrant à la fois de PR et de maladies ou de problèmes associés à la santé mentale⁸⁶.
- Des messages positifs à propos de la PR devraient être diffusés à grande échelle dans les réseaux sociaux afin d'atténuer les réactions affectives à la suite d'un diagnostic⁸⁶.
- Les soins devraient viser à mobiliser le patient et à le motiver à fixer des objectifs; à répondre aux besoins psychologiques des aidants; à susciter la confiance et l'empathie; à négocier les options de traitement; et à promouvoir l'auto-efficacité⁸⁶.
- Pour les personnes souffrant de PR ne parvenant pas au stade de rémission, il est recommandé d'insister davantage sur le fait que la dépression et l'anxiété sont considérées comme des éléments d'une stratégie de traitement vers une cible³⁹¹. D'autres cibles pourraient être déterminées lors de la prise de décisions partagée entre la personne et le praticien⁴.
- Les relations d'aide et d'empathie que procure le soutien d'un psychologue et d'associations de patients peuvent favoriser la santé mentale⁸⁶.

Un examen systématique a conclu que les résultats de santé physique et mentale supérieurs chez les personnes souffrant de PR sont probablement attribuables aux soins de santé mentale intégrés fournis dans le cadre des pratiques cliniques courantes⁵⁶⁷.

³La stratégie de traitement vers une cible (*treat-to-target*) est une méthode thérapeutique selon laquelle la cible thérapeutique pour la PR devrait être l'état de rémission; un faible niveau d'activité de la maladie pourrait également constituer une cible. Cette stratégie devrait être fondée sur une prise de décisions partagée et chercher à maximiser la qualité de vie à long terme sur le plan de la santé grâce à la maîtrise des symptômes, à la prévention des dommages structurels, à la normalisation du fonctionnement et à la participation sociale⁹¹.

⁴Cette mention renvoie aux recommandations 5 et 6 du rapport *Treating rheumatoid arthritis to target: 2014 update of the recommendations of an international task force*, qui énonce que le choix du paramètre de mesure de l'activité de la maladie et la valeur ciblée devraient tenir compte des comorbidités (p. ex., avec la dépression, l'anxiété), de facteurs individuels et des risques associés aux médicaments. En outre, les mesures de l'activité de la maladie doivent être prises et consignées régulièrement. Cette procédure devrait être effectuée tous les mois, lorsque l'activité de la maladie est élevée ou moyenne, et moins fréquemment (p. ex., tous les six mois) lorsque l'activité de la maladie est faible depuis longtemps de même que chez les personnes qui sont en rémission⁹¹.

C. ARTHRITE PSORIASIQUE (AP)

L'AP est une arthrite inflammatoire chronique associée au psoriasis. Les personnes atteintes d'AP peuvent présenter des manifestations musculosquelettiques (arthrite périphérique, inflammation aux points où les tendons ou les ligaments s'attachent à l'os, inflammation de la colonne vertébrale, maladies de la peau et des ongles ou autres manifestations extra-articulaires, p. ex. la maladie intestinale inflammatoire). L'AP est une maladie unique parce qu'elle combine les effets de l'arthrite et du psoriasis⁹².

Prévalence et incidence de l'AP en concomitance avec des maladies ou des problèmes liés à la santé mentale

- Les estimations de la prévalence, basées sur l'autodéclaration du diagnostic au moyen du système de Classification internationale des maladies, indiquent qu'une personne sur trois vivant avec l'AP souffre d'anxiété au moins légère et qu'une personne sur cinq souffre de dépression au moins légère. Ces maladies tendent à coïncider avec une plus grande activité de la maladie⁹³.
- On a signalé que la dépression et l'anxiété touchaient entre 9 et 37 % des personnes ayant l'AP⁹⁴.
- Une étude a montré une incidence plus élevée de « toute forme de suicidalité » chez les personnes souffrant d'AP que dans la population générale⁹⁵. Davantage de recherches sur le mésusage de substances ainsi que le suicide et l'automutilation sont requises.

Dépistage en santé mentale

- Selon la littérature, les outils de dépistage utilisés dans la pratique sont l'échelle Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), le Questionnaire sur le trouble d'anxiété généralisé-7 (GAD-7) et le Questionnaire sur la santé des patients-9 (PHQ-9). Toutefois, leur utilisation n'a pas été validée pour les populations aux prises avec des maladies rhumatismales inflammatoires⁹³.

Voies étiologiques communes

- Plusieurs facteurs physiques, sociaux et environnementaux interagissent et ont un effet sur la personne souffrant d'AR (Figure 3.3)⁹².
- La mauvaise santé mentale est un prédicteur de la fibromyalgie chez les personnes souffrant d'AR. Celle-ci est quant à elle associée à des résultats de santé physique inférieurs⁹⁶.
- Certaines cibles de traitement mixtes, comme le Score d'activité de la maladie 28 (DAS 28) ou l'activité pathologique minimale⁹⁷, renferment des composantes comme des échelles visuelles analogues de mesure de la douleur et de l'état général du patient qui pourraient être influencées par des problèmes de santé mentale concomitants.
- L'escalade des traitements, entraînée par des symptômes non inflammatoires, pourrait provoquer davantage d'événements indésirables et semble apporter des

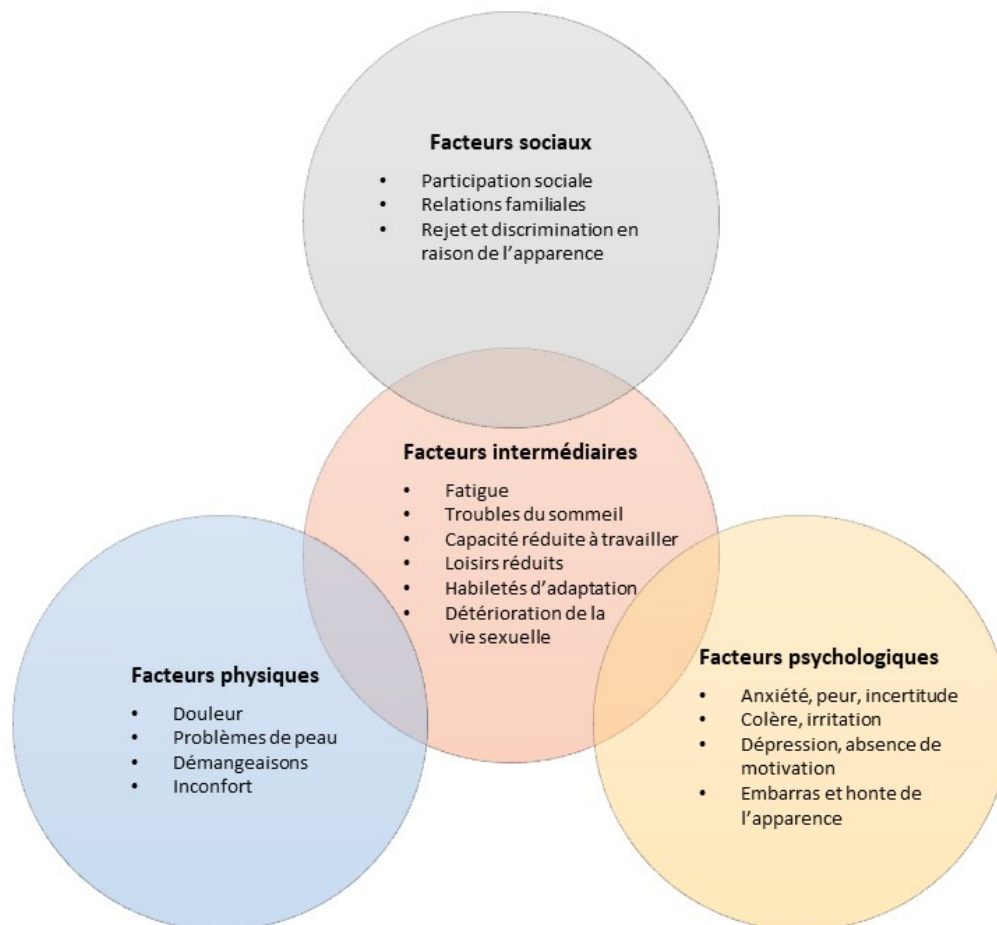
améliorations modestes dans les domaines liés à la santé mentale (p. ex., la qualité de vie)⁹⁸.

- L'inflammation pourrait influencer les fonctions neurocognitives⁹⁹; des études ont montré une activité pathologique et une douleur considérablement plus élevées chez les personnes souffrant d'anxiété ou de dépression concomitantes⁹³.

Gestion de l'AP et de la santé mentale

- D'après les lignes directrices communes des soins, les personnes souffrant de psoriasis devraient être informées de l'association entre le psoriasis et l'anxiété et la dépression et questionnées par leur professionnel de la santé au sujet des signes et des symptômes qu'elles ressentent¹⁰⁰.
- S'il déclare des signes positifs ou des symptômes d'anxiété, de dépression ou de pensées suicidaires, le patient devrait être orienté vers un professionnel de la santé compétent¹⁰⁰.
- La thérapie contre le psoriasis est recommandée pour soulager l'anxiété et la dépression associées au psoriasis chez les personnes atteintes de cette maladie¹⁰⁰.

Figure 3.3 : Étiologie commune de l'AP et de la maladie mentale⁹²



3.1.2 Cancer

Le cancer est un ensemble de maladies pouvant naître dans presque toutes les parties du corps. Il apparaît lorsque les instructions émises par les gènes se confondent, ce qui fait en sorte que les cellules croissent et se divisent à un rythme incontrôlé et ne meurent pas comme elles devraient. De nombreux cancers forment des tumeurs solides. Les cancers du sang (p. ex., la leucémie) ne mènent généralement pas à l'apparition de tumeurs solides. Les tumeurs cancéreuses sont malignes, ce qui signifie qu'elles peuvent se propager à des tissus avoisinants ou envahir ceux-ci. À mesure que ces tumeurs grossissent, des cellules cancéreuses s'en détachent et migrent dans le corps par le système sanguin ou lymphatique et forment de nouvelles tumeurs à d'autres endroits^{101,102}.

Prévalence et incidence du cancer en concomitance avec des maladies ou des problèmes liés à la santé mentale

A. DÉPRESSION ET ANXIÉTÉ

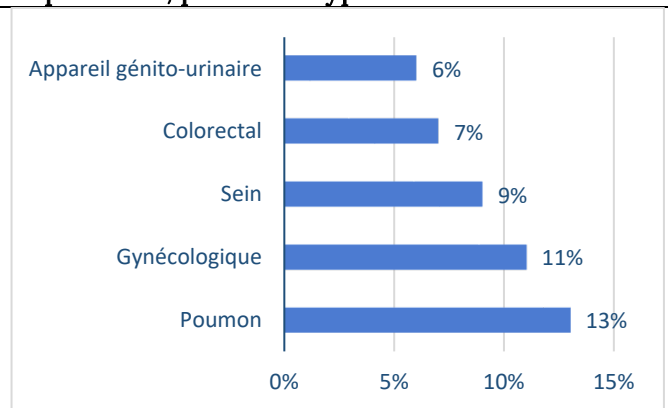
- Une méta-analyse d'études sur l'incidence a révélé une association petite et positive entre la dépression et le cancer (RR=1,15; IC à 95 % : 1,09-1,22)¹⁰³.
- Un examen systématique et une méta-analyse ont montré que la prévalence de la dépression majeure (15 %), de la dépression mineure (20 %) et de l'anxiété (10 %) chez les personnes suivant un traitement contre le cancer était au moins deux fois plus élevée que les estimations pour la population générale^{40,41}.
- Des méta-analyses ont permis de constater qu'environ le tiers des personnes atteintes de cancer hospitalisées aux soins intensifs sont aux prises avec des maladies mentales courantes, particulièrement l'anxiété et la dépression^{104,40}.
- Des antécédents d'anxiété ou de traumatisme¹⁰⁵ et de maladie métastatique (pour certains cancers) semblent être de forts prédicteurs de dépression¹⁰⁶.
- Un examen systématique mené sur des personnes suivant une chimiothérapie a laissé entendre qu'un soutien social fragile, des niveaux plus élevés d'anxiété et de stress perçu et une auto-efficacité moindre étaient constamment associés à la dépression¹⁰⁷.
- Les limites des estimations d'incidence sont la variabilité des indicateurs de dépression utilisés, l'exclusion d'importants facteurs confusionnels (p. ex., la consommation de substances) et l'omission de facteurs pertinents pour certains sous-types de cancer (p. ex., l'omission de tenir compte de la période ménopausique par rapport au cancer du sein)¹⁰³.
- Les facteurs de risque associés à la dépression chez les personnes cancéreuses sont le jeune âge et la privation sociale, qu'on peut définir comme l'accès réduit à certaines facettes de la culture et de la société en raison d'une série de facteurs (p. ex., la pauvreté, l'intervention de la famille)¹⁰⁸.
- Un examen systématique portant sur la dépression chez les survivants du cancer a montré une prévalence globale de 21 % pour la dépression et l'anxiété, soit l'équivalent de celle observée dans la population générale¹⁰⁹.

- Une enquête canadienne réalisée auprès de 12 929 survivants du cancer a révélé que 78 % d'entre eux avaient vécu au moins un problème de nature émotionnelle durant la période d'un à trois ans après le traitement contre le cancer, et que 42 % en avaient vécu trois ou plus³⁹.

Estimations de la prévalence de la dépression et de l'anxiété, par sous-type de cancer

- Parmi les sous-types de cancer, un risque général significatif a été constaté pour le cancer du foie (RR=1,20; IC à 95 % : 1,01-1,43) et le cancer du poumon (RR=1,33; IC à 95 % : 1,04-1,72). Aucune association significative n'a été trouvée entre la dépression et les cancers du sein, de la prostate et du côlon/colorectal¹⁰³.
- Les estimations de la dépression varient d'un cancer à l'autre, les plus élevées touchant les cancers des systèmes reproducteurs (p. ex., 17 % pour les cancers gynécologiques et génito-urinaires) (Figure 3.4)¹⁰⁸.
- Les niveaux d'anxiété les plus élevés sont associés aux cancers du poumon, gynécologiques et hématologiques (qui touchent le sang, la moelle osseuse et les ganglions lymphatiques)⁴¹.

Figure 3.4 : Estimations de la prévalence de la dépression, par sous-type de cancer¹⁰⁸



Les cancers génito-urinaires surviennent dans le système reproducteur et dans les glandes surrénales chez les hommes. Ils peuvent toucher la prostate, les reins, la vessie, les testicules et le pénis. Chez les femmes, les cancers génito-urinaires surviennent dans le système reproducteur et touchent les ovaires, l'endomètre/l'utérus, le col de l'utérus, la vulve et le vagin.

Estimations de la prévalence de la dépression et de l'anxiété, par sous-population

- On a constaté que la prévalence de la dépression, comptabilisée au moyen de l'outil de dépistage GAD, chez les Afro-Américains atteints du cancer s'élevait à 27 %¹¹⁰.
- Pour les cancers colorectal et du poumon, le genre féminin constitue un facteur de risque¹⁰⁸.
- Chez les immigrants hispaniques et afro-antillais ayant reçu un diagnostic de cancer et vivant à New York, la prévalence de la dépression était de 10 %; une proportion légèrement supérieure d'immigrants hispaniques (12 %) présentait des symptômes de dépression, en comparaison avec les immigrants afro-antillais (7 %)¹¹¹.
- Une analyse de médiation comparant des survivants hispaniques et non hispaniques américains du cancer, en tenant compte des caractéristiques des tumeurs et des facteurs de traitement, a révélé que la plupart des différences ethniques dans les valeurs d'anxiété ou de dépression chez les survivants hispaniques s'expliquaient par l'âge moins avancé, le niveau de scolarité inférieur, le taux d'emploi inférieur, la probabilité moins élevée d'être né aux États-Unis, la protection d'assurance

inférieure et le soutien social plus faible¹¹².

B. TROUBLE OBSESSIVO-COMPULSIF (TOC)

- Une étude de cohorte rétrospective nationale menée sur la population générale, qui examinait 22 types de cancer chez les personnes ayant un TOC, a révélé que les taux généraux de cancer n'étaient pas élevés chez les personnes ayant un TOC. Une faible association a été observée dans la première année suivant un diagnostic de TOC (rapport d'incidence standardisé [RIS]=1,21; IC à 95 % : 1.01-1.43)¹¹³

C. TROUBLE DE STRESS POST-TRAUMATIQUE (TSPT)

- Une méta-analyse à effets aléatoires a révélé un risque approximatif de 1,66 (IC à 95 % : 1,09-2,53) pour le TSPT chez les survivants du cancer par rapport au groupe témoin. La prévalence du diagnostic de TSPT en concomitance avec le cancer du sein était plus élevée qu'avec les cancers colorectal, de la tête et du cou ainsi que de la prostate, mais plus faible qu'avec les cancers du cerveau, gynécologiques et hématologiques¹¹⁴.
- Les facteurs associés au TSPT sont le type de mesure (entretien clinique, outil d'autodéclaration), le type de cancer, le type de traitement, la région géographique, les antécédents de traumatismes antérieurs, l'âge et le temps écoulé depuis le diagnostic¹¹⁴.

D. SCHIZOPHRÉNIE

- On a rapporté que le risque de mortalité suite à un diagnostic de cancer était 90 % plus élevé chez les personnes souffrant de schizophrénie et 20 % plus élevé chez les patients ayant des antécédents de dépression avec un diagnostic concomitant de cancer¹¹⁵.

E. CONSOMMATION DE SUBSTANCES

Consommation d'alcool

- On a observé que la consommation d'alcool contribuait à environ 3,5 % de tous les décès par cancer et à environ 18 années potentielles de vie perdues pour chaque décès causé par un cancer lié à la consommation d'alcool; on estime que 30 % des décès causés par un cancer lié à la consommation d'alcool sont attribuables à la consommation abusive d'alcool¹¹⁶.
- L'étude de Risque attribuable du cancer chez la population canadienne (ComPARE) montre que l'alcool est à l'origine de 5,1 % des cas de cancers liés à l'alcool au Canada¹¹⁷.
- Selon une analyse des données récoltées auprès de 193 197 sujets de plus de 18 ans, dont 16 504 survivants du cancer, dans le National Health Interview Survey 2012-2017, la prévalence de la consommation abusive d'alcool chez les cancéreux et les non-cancéreux était identique (5,2 %); la prévalence de la consommation abusive

fréquente d'alcool était plus faible chez les survivants du cancer (2,8 %, contre 4,9 % chez les non-survivants)¹¹⁸.

- En comparaison avec les survivants du cancer ayant un historique court avec cette maladie (2 à 4 ans), les survivants ayant un historique de 5 à 9 ans étaient plus susceptibles de consommer de l'alcool, après ajustement des facteurs sélectionnés. Le stade du cancer, le type de cancer lié à l'alcool et la durée de l'historique de cancer n'avaient aucune incidence sur la consommation excessive d'alcool¹¹⁸.

Consommation de drogues

- Parmi les 169 162 répondants à la National Survey on Drug Use and Health (2015-2018), 5,2 % étaient des survivants du cancer, et 1,2 % et 4,0 % respectivement ont déclaré avoir des antécédents de cancer rapprochés et éloignés dans le temps. Les taux de mésusage d'opioïdes prescrits étaient semblables chez les survivants récents (3,5 %, IC à 95 % : 2,4 %-5,2 %; RR=1,27, IC à 95 % : 0,82-1,96; P=0,36) et les survivants moins récents (3,0 %; IC à 95 % : 2,4 %-3,6 %; RR=1,03; IC à 95 % : 0,83-1,28; P=0,76), en comparaison avec les répondants n'ayant eu aucun cancer (4,3 % dans le groupe témoin)¹¹⁹.
- Chez les 169 162 répondants à la National Survey on Drug Use and Health (2015-2018), les facteurs associés au mésusage des opioïdes prescrits chez les survivants du cancer étaient le jeune âge (les 18-34 ans en comparaison avec les plus de 65 ans : RC=7,06; IC à 95 % : 3,03-16,41; P=<0,001), la présence d'un trouble de consommation d'alcool (RC=3,22; IC à 95 % : 1,45-7,14; P=0,005) et la présence d'un trouble de consommation de substances non opioïdes (RC=14,76; IC à 95 % : 7,40-29,44; P=<0,001).

Usage du tabac

- En 2018, 11,8 % des survivants du cancer âgés de 18 ans ou plus aux États-Unis fumaient la cigarette¹²⁰.
- En comparaison avec les survivants à un cancer non lié au tabagisme, les survivants à un cancer lié au tabagisme étaient plus susceptibles d'être fumeurs de cigarette et de continuer à fumer (10,63 % contre 19,78 %)¹²¹.
- Les survivants du cancer qui étaient plus jeunes, avaient un degré de scolarité inférieur, avaient un état matrimonial autre que marié ou veuf, ne possédaient pas de couverture d'assurance ou étaient survivants du cancer du col de l'utérus étaient plus susceptibles d'être fumeurs que les autres survivants¹²².
- Les données nationales indiquent qu'entre 44 et 48 % des personnes ayant survécu au cancer du col de l'utérus étaient fumeuses au moment de l'enquête^{123,124}; c'est près de trois fois plus que le taux de fumeurs chez les survivants de tous les cancers combinés^{123,125}.

Substances diverses

- Dans une vaste étude sur les vétérans américains ayant reçu un diagnostic de cancer (n=482 688), 6,6 % avaient un diagnostic concomitant de trouble lié à la consommation de substances¹²⁶.

- Une étude de cohorte longitudinale rétrospective menée sur des hommes jeunes-vieux (66-74 ans) et vieux-vieux (75 ans et plus) qui étaient inscrits au régime Medicare de paiement à l'acte et qui avaient un cancer de la prostate avancé a révélé une prévalence de la consommation de substances de 12,4 % chez les jeunes-vieux et de 7,4 % chez les vieux-vieux¹²⁷.
- Les hommes jeunes-vieux dont la consommation de substances entrainait dans la catégorie « psychoses dues aux drogues et troubles connexes » faisaient un usage plus grand des services hospitaliers, de la consultation externe et des urgences et présentaient un taux de mortalité supérieur (RR=2,2; IC=1,5; 3,1) par rapport aux personnes ne consommant pas de substances. Chez les hommes vieux-vieux, la catégorie « psychoses dues aux drogues et troubles connexes » était associée à l'utilisation la plus élevée des services hospitaliers et de la consultation externe; et la catégorie « consommation de drogues sans dépendance » était associée à la plus forte utilisation des services d'urgence, par rapport aux personnes ne consommant pas de substances¹²⁷.

Estimations de la consommation de substances, par sous-population

- Trois études ont montré que les survivants du cancer issus de minorités sexuelles étaient plus susceptibles de fumer au moment de l'enquête que les survivants du cancer hétérosexuels^{128,129,130}.
- En comparaison avec les survivants du cancer hétérosexuels, les hommes survivants du cancer issus de minorités sexuelles consomment plus souvent de l'alcool au cours d'une semaine et prennent plus de consommations par jour et plus de consommations par période de 30 jours¹²⁹.
- Parmi les 602 survivants du cancer ayant participé à la National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) de 2001-2010, les membres de minorités sexuelles étaient 2,6 fois plus susceptibles que les autres de déclarer un historique de consommation de drogues illicites (RCa=2,4; IC à 95 % : 1,04-5,35).¹³¹

F. SUICIDE

- Une étude de population rétrospective examinant des données de programmes recueillies entre 1973 et 2014 a révélé un taux de suicide de 28,58 par 100 000 personnes-années, et le ratio standardisé de mortalité (RSM) de suicide était de 4,44 (IC à 95 % : 4,33-4,55)¹³².
- On rapporte que le suicide est plus fréquent chez les hommes (83 %) et chez les personnes blanches (92 %)¹³².
- Les cancers du poumon, de la tête et du cou, des testicules et de la vessie ainsi que la maladie de Hodgkin présentaient les RSM les plus élevés (>5-10). En comparaison avec les autres personnes cancéreuses, les hommes âgés, blancs et non mariés atteints d'une maladie localisée couraient le plus grand risque¹³².
- Un examen systématique de l'association entre les pensées suicidaires et la maladie physique chez les personnes âgées a établi une association entre les comportements suicidaires et les affections malignes¹³³.

G. AUTRES MALADIES ET PROBLÈMES LIÉS À LA SANTÉ MENTALE

- Près du tiers des survivants du cancer reçoivent un diagnostic de problème de santé mentale⁴⁰.
- Les maladies mentales les plus fréquentes chez les survivants du cancer, incluant ceux sous traitement actif et les survivants à long terme, sont la dépression majeure, le trouble d'anxiété généralisée, le trouble d'adaptation, le trouble panique et le trouble de stress post-traumatique¹³⁴.
- Pour les personnes ayant des maladies mentales graves et des troubles liés à la consommation de substances, on rapporte des taux de survie considérablement inférieurs après un diagnostic de cancer. Ces résultats sont indépendants du stade du cancer lors du diagnostic et d'autres facteurs de confusion potentiels¹¹⁵.

Dépistage en santé mentale

Il est recommandé que des tests de dépistage soient effectués à différents stades du cancer (p. ex., avant le traitement, lors du suivi périodique après le traitement, durant la période de survie à long terme)⁵⁷⁶.

- De nombreux outils de dépistage sont utilisés, dont l'échelle d'évaluation de l'état dépressif du Center for Epidemiologic Studies (CES-D) et l'échelle de dépression Hamilton (HAM-D); il n'existe pas de consensus clair pour le choix d'un outil de dépistage en particulier.
- Les difficultés dans la sélection d'un outil de dépistage tiennent à ce que les symptômes peuvent varier selon le type de cancer et peuvent coïncider avec les caractéristiques du problème de santé physique (p. ex., la fatigue).
- Une étude longitudinale prospective menée sur des adultes ayant récemment reçu un diagnostic de première occurrence de cancer de la tête ou du cou a montré que l'anxiété était un précurseur du trouble dépressif majeur (TDM) apparaissant après un traitement. L'identification et le traitement prophylactique de l'anxiété lors du diagnostic de cancer de la tête ou du cou pourraient prévenir ou retarder le diagnostic de TDM¹³⁵.

Voies étiologiques communes

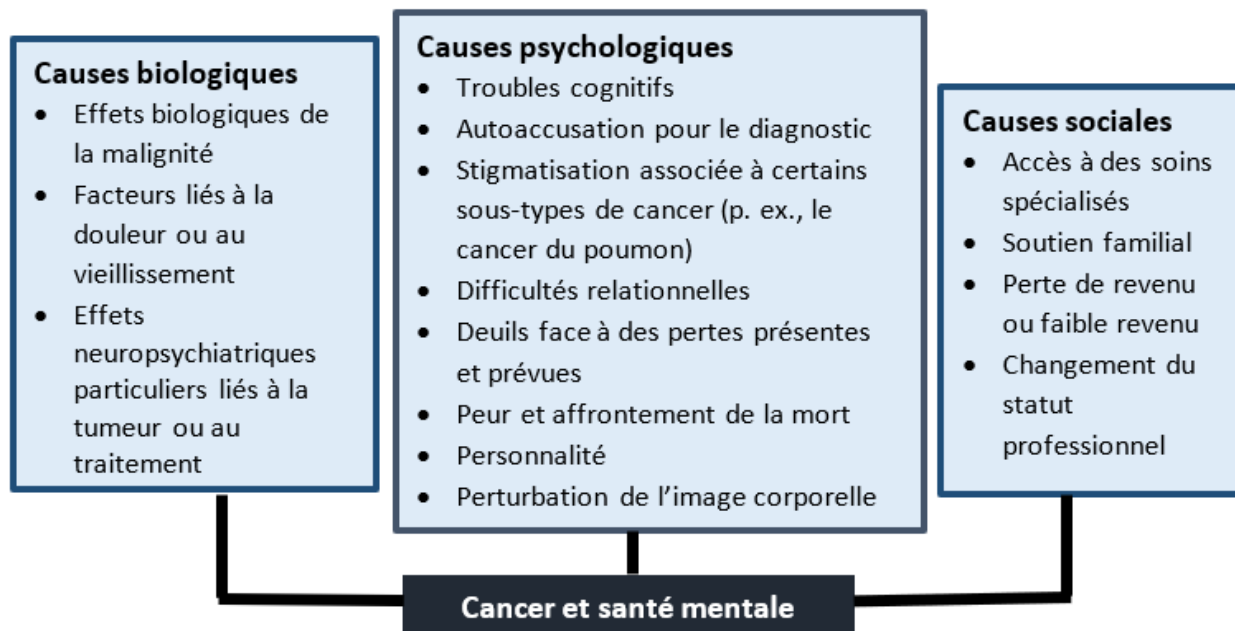
Facteurs contribuant fréquemment aux maladies mentales et aux réactions psychologiques

- Des réactions psychologiques, comme la dépression et l'anxiété, se produisent souvent en réponse à un diagnostic, à un traitement, à une rechute, aux soins de fin de vie et à la survie.
- Les voies biologiques communes fréquentes sont les réactions immunitaires dysfonctionnelles, notamment les concentrations accrues des cytokines inflammatoires TNF- α et IL-6.
- L'interaction entre les facteurs psychologiques, biologiques et sociaux se répercute sur la santé mentale des personnes cancéreuses (Figure 3.5)¹³⁶.

Facteurs contribuant aux maladies et aux problèmes liés à la santé mentale par sous-type de cancer

- La dépression et l'anxiété pourraient apparaître à titre d'effet secondaire ou en réaction au traitement du cancer (Figure 3.6). Le plus souvent, il s'agit de tumeurs au pancréas (dépression majeure provoquée par les cytokines) et aux poumons (dépression et anxiété causées par des syndromes endocriniens paranéoplasiques⁵).
- Parmi les personnes souffrant de cancer pulmonaire à petites cellules (CPPC), 15 % contractent le syndrome de sécrétion inappropriée de l'hormone anti-diurétique (SIADH), qui peut provoquer des changements d'humeur dus à l'hyponatrémie (faible concentration de sodium dans le sang)¹³⁶.
- La dépression secondaire à l'hypercalcémie peut être due à la production ectopique du peptide de la parathormone lors d'un cancer du poumon non à petites cellules, d'un myélome, d'un sarcome, d'un cancer du sein, du rein, de la tête et du cou, d'un cancer gynécologique ou de métastases osseuses¹³⁷.
- Chez les personnes ayant reçu un diagnostic de cancer du poumon qui sont fumeuses ou anciennes fumeuses, la stigmatisation peut entraîner des effets psychosociaux négatifs.¹³⁸

Figure 3.5 : Étiologie commune du cancer et de la maladie mentale



⁵Les syndromes paranéoplasiques sont engendrés par la production de molécules chimiques de signalisation (comme des hormones ou des cytokines) par des cellules cancéreuses ou par une réponse immunitaire à la tumeur.

Figure 3.6 : Exemples de l'étiologie commune de la dépression et de l'anxiété en lien avec certains traitements du cancer et différentes tumeurs¹³⁶

Traitements du cancer	Tumeurs
<p>Chirurgie contre le cancer</p> <ul style="list-style-type: none"> • gastrectomie ou résection iléale → carence en vitamine B₁₂ • ovariectomie → baisse de production d'œstrogène • neurochirurgie du lobe frontal → apathie, labilité émotionnelle 	<p>Cerveau</p> <ul style="list-style-type: none"> • méningiomes, gliome ou métastases → changements dans le lobe frontal ou temporal → apathie, labilité émotionnelle, hallucinations, déficits de la fonction exécutive, troubles du comportement moteur • tumeurs hypophysaires → altération des sécrétions (p. ex., de l'hormone adrénocorticotrope, de la prolactine)
<p>Radiothérapie</p> <ul style="list-style-type: none"> • cancer de la tête et du cou → hypothyroïdie • région pelvienne → carence en vitamine B₁₂ • cerveau → carence en mélatonine et insomnie, baisse de production de thyroestimuline, d'hormone de croissance ou de gonadotrophine 	<p>Glande parathyroïde</p> <ul style="list-style-type: none"> • hyperproduction de parathormone → troubles cognitifs
<p>Chimiothérapie (p. ex., toxines du fuseau mitotique, antimétabolite) → perturbation de l'humeur et instabilité</p>	<p>Poumon</p> <ul style="list-style-type: none"> • tumeurs carcinoïdes bronchiques → syndrome carcinoïde, syndrome endocrinien paranéoplasique, pellagre → agressivité, troubles cognitifs, syndrome de Cushing, irritabilité • cancer du poumon non à petites cellules → syndrome endocrinien paranéoplasique → hypercalcémie • cancer pulmonaire à petites cellules → syndrome de Cushing paranéoplasique, SIADH → syndrome de Cushing, encéphalopathie, délire
<p>Anticorps monoclonaux (p. ex., inhibiteurs du point de contrôle, inhibiteurs d'EGFR)</p>	<p>Pancréas : production d'interleukine 6</p>
<p>Traitements hormonaux</p>	<p>Ovaires</p>

<ul style="list-style-type: none"> • corticostéroïdes → agitation, psychose, euphorie, manie, pensées suicidaires • privation d'androgène → irritabilité 	<ul style="list-style-type: none"> • encéphalite limbique onconeurale à anticorps anti-récepteur NMDA → psychose
	<p>Glande surrénale</p> <ul style="list-style-type: none"> • hormones corticales → syndrome de Cushing • phéochromocytome → sautes d'humeur, psychose, irritabilité
	<p>Testicules</p> <ul style="list-style-type: none"> • syndrome endocrinien paranéoplasique → hyperthyroïdie • syndrome paranéoplasique onconeural à anticorps anti-Ma2 → désorientation, hallucinations
	<p>Autres types de tumeurs Exemples : myélome, au sein, au rein, gynécologique, sarcome, à la tête et au cou → hypercalcémie</p>

Gestion du cancer et de la santé mentale

Considérations sur la gestion du cancer et des maladies mentales

- Certaines composantes des soins oncologiques pourraient causer de nouveaux traumatismes¹³⁹ :
 - Les examens de la région pelvienne, des seins et du rectum pourraient exacerber un trouble de stress post-traumatique préexistant.
 - Des rechutes d'un trouble dépressif pourraient survenir à la suite d'une mastectomie.
 - Dans les cas de trouble bipolaire, des rechutes d'épisodes maniaques ou dépressifs pourraient survenir comme conséquence secondaire d'un traitement essentiel aux corticostéroïdes.
- Les personnes suivant un traitement basé sur certains agents chimiothérapeutiques, un traitement de privation d'hormones, une immunothérapie ou un traitement ciblé, une radiothérapie ou une chirurgie pourraient subir des effets neuropsychiatriques, comme la dépression, l'anxiété et les pensées suicidaires¹³⁹ :
 - Quelque 10 % des personnes suivant une radiothérapie pour un cancer de la tête ou du cou souffrent d'hypothyroïdie clinique; des symptômes de dépression pourraient apparaître chez quelque 66 % d'entre elles.
 - Après une irradiation pelvienne, environ 14 % des patients présentent une carence en vitamine B₁₂ due à une absorption intestinale perturbée.

- L'ovariectomie bilatérale chez la femme en préménopause est associée à un risque accru de trouble dépressif et de symptômes d'anxiété de longue durée.
- La résolution de facteurs sous-jacents comme la carence en vitamine B₁₂, l'hypothyroïdie, le SIADH, l'hypercalcémie et la douleur peut améliorer la santé mentale¹³⁹.

Approches de gestion

Santé mentale

Médicaments et traitements complémentaires

- Une étude de Cochrane sur la prise d'antidépresseurs pour soigner la dépression chez les personnes souffrant de cancer a rapporté des données probantes généralement de faible qualité. Les auteurs ont recommandé que des antidépresseurs soient prescrits sur une base individuelle; ils proposent l'usage d'inhibiteurs spécifiques du recaptage de la sérotonine (ISRS) pour un profil d'innocuité positif¹⁴⁰.
- Le recours aux traitements complémentaires, par exemple à base de plantes, pour soulager les symptômes est courant. Un examen systématique sur 100 essais randomisés contrôlés portant sur 100 plantes considérées comme sécuritaires dans le traitement du cancer a montré que la lavande, la passiflore et le safran produisaient des bénéfices comparables aux médicaments usuels contre l'anxiété et la dépression; 45 % des études ont signalé moins d'effets indésirables que les médicaments conventionnels. Ces résultats devront être confirmés au moyen d'essais randomisés contrôlés de plus vaste envergure¹⁴¹.
- Les résultats d'un examen systématique de la musicothérapie prodiguée aux personnes suivant un traitement oncologique n'ont révélé aucun effet positif sur l'anxiété; plusieurs limites méthodologiques ont été trouvées dans les essais examinés¹⁴².
- Un examen systématique étudiant l'effet du yoga sur l'amélioration des symptômes liés à la santé mentale et au cancer chez les femmes ayant reçu un diagnostic de cancer du sein a produit des données de qualité moyenne établissant le yoga comme une intervention utile pour réduire la dépression et l'anxiété, en comparaison avec des interventions psychosociales et éducatives¹⁴³.

Modèles de soins

- Dans une méta-analyse sur les soins collaboratifs et les traitements pharmacologiques et psychologiques, les interventions de soins collaboratifs étaient considérablement plus efficaces que les soins habituels, et le recul de la dépression était maintenu après 12 mois¹⁴⁴.
- Les résultats d'un examen systématique de neuf études montrent que les programmes d'examen rétrospectif de la vie profitaient aux personnes cancéreuses en soulageant la dépression et l'anxiété et en rehaussant l'estime de soi et la qualité de vie¹⁴⁵.

- Les soins par paliers sont une méthode de prestation et de suivi des traitements selon laquelle des interventions efficaces, mais nécessitant moins de ressources, sont prodiguées aux clients en premier lieu. On recommande que les soins par paliers offerts dans le cadre d'interventions de santé mentale chez les personnes cancéreuses tiennent compte des considérations suivantes¹⁴⁶ :
 - i. Médicaments : la médication psychotrope devrait être encadrée par des paramètres cliniques, particulièrement les interactions avec la chimiothérapie, afin de déterminer les contraindications;
 - ii. Thérapies psychologiques : Les interventions cognitivo-comportementales peuvent aider le patient à comprendre les pensées, sentiments et comportements pouvant causer ou maintenir les symptômes de dépression et d'anxiété (p. ex., le refus du traitement, l'évitement, la recherche excessive de réconfort);
 - iii. La disponibilité de la thérapie psychologique spécialisée varie selon la région et le champ d'expertise. L'expertise thérapeutique doit englober les croyances complexes au sujet de la maladie, les effets secondaires éprouvants (p. ex., sur le plan psychosexuel), la déformation physique et les questions liées à la fin de la vie.
- Les approches de soins de santé mentale et physique intégrés sont également recommandées pour le traitement du cancer. Un modèle documenté par la Stratégie contre le cancer du NHS du R.-U. comporte les caractéristiques suivantes¹⁴⁷ :
 - i. Dépistage et traitement collaboratifs;
 - ii. Prestation d'interventions cognitivo-comportementales pour la dépression supervisées par une infirmière clinicienne spécialisée dans les soins oncologiques; et
 - iii. Conseils aux omnipraticiens par des psychiatres de liaison afin d'optimiser la prescription d'antidépresseurs.
- Au Canada, plusieurs organisations suivent des approches des soins de santé mentale et physique intégrés pour le traitement du cancer. Par exemple, le centre Tom-Baker et le centre Odette pour le cancer du Centre des sciences de la santé Sunnybrook appliquent ces méthodes.
- Il est entendu qu'une meilleure intégration des soins oncologiques primaires et tertiaires permet d'améliorer la coordination, la continuité et la qualité des soins.

Soutien par les pairs, autosoins et démarches éducatives

- Une étude randomisée longitudinale effectuée sur une période de 21 ans⁺ auprès de 50 femmes ayant le cancer du sein qui étaient affectées de façon aléatoire à des groupes animés ou dirigés par des pairs n'a trouvé aucune différence significative dans les symptômes de dépression en fonction du groupe ou de la mesure de la participation dans le groupe¹⁴⁸.
- Un essai clinique comparant une intervention où des femmes ayant un cancer du sein suivaient, sur une base hebdomadaire, des séances de formation (trois séances

de 25 à 30 minutes) conçues selon le modèle d'Orem⁶ avec un groupe témoin qui recevait seulement les soins habituels a rapporté une variation considérable des niveaux d'anxiété avant et après les formations dans le groupe d'intervention, par rapport au groupe témoin ($P < 0,001$)¹⁴⁹.

- Un essai randomisé contrôlé a comparé un programme de sensibilisation et de soin complet à une formule d'apprentissage et de réadaptation de base sur une période de 12 mois afin de déterminer leurs effets sur l'anxiété, la dépression, la qualité de vie et la survie des patients ayant un carcinome hépatocellulaire qui ont subi une résection chirurgicale. Le groupe d'intervention a été exposé à des séances d'information sur la santé, de l'aide psychologique du personnel infirmier, des activités de soin et des appels téléphoniques de soutien. Les résultats ont montré des améliorations plus grandes dans les pointages HADS-anxiété (HADS-A) et HADS-dépression (HADS-D) ainsi que des taux de survie plus élevés¹⁵⁰.
- Un examen systématique sur les interventions misant sur les soins de soutien (psychoéducation, psychoéducation autonome, programme d'exercice) offertes aux personnes ayant reçu un diagnostic de cancer du poumon a révélé que la psychothérapie conjuguée à la psychoéducation et à l'exercice physique amélioreraient considérablement les symptômes de dépression. La psychoéducation seule n'a pas produit d'effets significatifs¹⁵¹.

Consommation de substances

- L'abandon du tabagisme avant le traitement du cancer pourrait améliorer les chances de survie, puisque le maintien du tabagisme après un diagnostic de cancer est associé à un risque accru de récurrence du cancer, de deuxième cancer primitif et d'apparition et de progression d'autres morbidités liées au tabagisme, comme les maladies cardiovasculaires et respiratoires¹⁵².

Les méthodes multiniveaux visant à faire tomber la barrière de la stigmatisation entourant le cancer du poumon contribuent à améliorer la qualité des soins. On note par exemple des interventions de réduction de la stigmatisation axées sur le patient qui facilitent le diagnostic en temps opportun et favorisent la fidélité au traitement, de même que des formations mettant l'accent sur l'empathie des cliniciens et la communication avec les patients souffrant du cancer du poumon¹³⁸.

- Les survivants du cancer du col de l'utérus devraient être dotés d'un plan de soins de survie traitant les dangers du tabagisme continu et le risque de malignité subséquente qui persistent tout au long de la vie du survivant¹⁵³.

⁶Le modèle d'autosoins de Dorothea Orem⁵⁷⁴ met l'accent sur la « capacité de la personne à prendre soin d'elle-même, qui se définit par la pratique d'activités entreprises et effectuées par la personne et pour elle-même afin de préserver sa vie, sa santé et son bien-être. » La théorie du déficit d'autosoins d'Orem décrit les situations où l'attention du personnel infirmier est requise et les moyens d'aider autrui, par exemple d'agir pour le compte d'un proche, d'orienter et de soutenir les autres, de fournir un environnement favorisant l'épanouissement personnel en vue de répondre à des demandes futures, et de transmettre des connaissances.

3.1.3 Maladies cardiovasculaires (MCV)

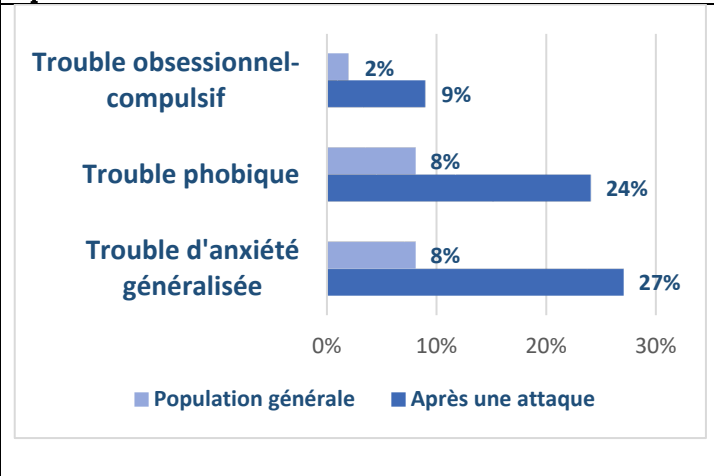
Les MCV sont un groupe de maladies touchant la structure et les fonctions du cœur. Ces maladies sont l'hypertension, la coronaropathie, qui peut mener à la maladie coronarienne et à l'infarctus du myocarde (IM), la maladie cérébrovasculaire (AVC), l'acrosyndrome et l'insuffisance cardiaque¹⁵⁴.

Prévalence et incidence des MCV en concomitance avec des maladies ou des problèmes liés à la santé mentale

A. ANXIÉTÉ

- Une méta-analyse examinant l'anxiété et l'apparition nouvelle de MCV regroupait 37 études (n=1 565 699) dont le suivi s'échelonnait de 1 à 24 ans. L'anxiété était associée à une incidence 52 % plus élevée de MCV (RR=1,52; IC à 95 % : 1,36-1,71), ce qui indique qu'elle constitue un facteur causal¹⁵⁶.

Figure 3.7 : Estimations de la prévalence de différents types de problèmes liés à l'anxiété après un AVC¹⁵⁵



- On a observé une prévalence élevée de différents types d'anxiété après un AVC (Figure 3.7); les estimations pour le trouble d'anxiété généralisée affichaient le plus grand écart par rapport à la population générale.
- Le sexe féminin et la présence de dépression étaient des prédicteurs significatifs du trouble d'anxiété chez les personnes ayant subi un AVC¹⁵⁵.

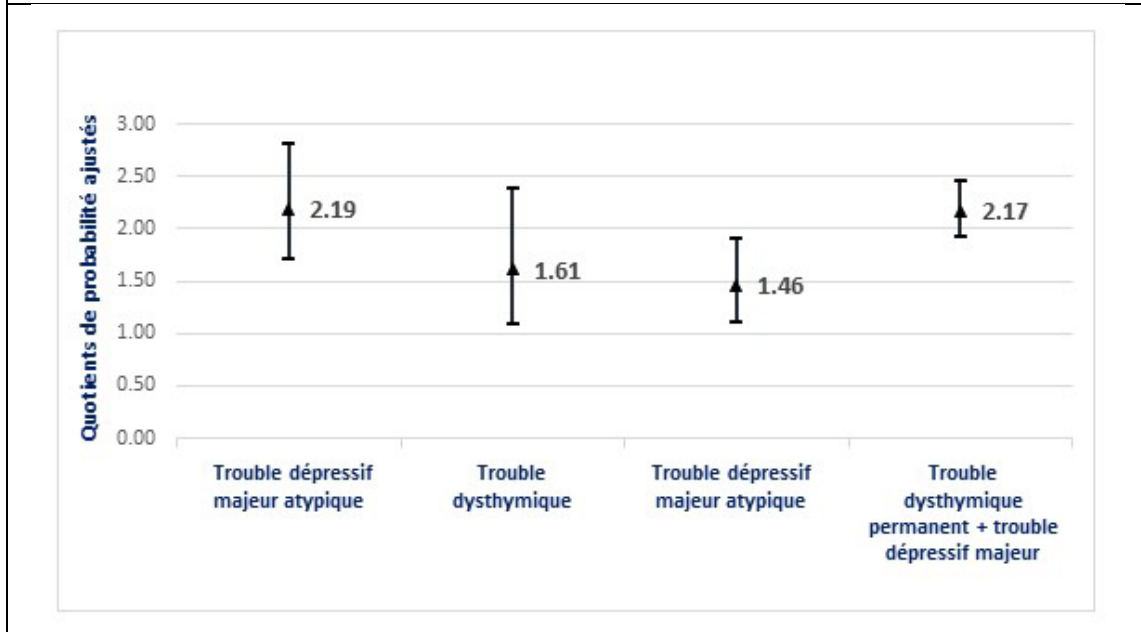
B. DÉPRESSION

- La dépression peut survenir en concomitance avec les MCV sous deux formes : précardiaque et postcardiaque :
 - La *dépression précardiaque*, plus commune, persistante et chronique, a été associée à un risque additionnel de récurrence des symptômes et de rechutes de dépression. Les personnes aux prises avec la dépression précardiaque avaient souffert de dépression majeure en moyenne 17 ans avant l'émergence de la MCV¹⁵⁷.
 - La *dépression postcardiaque*, passagère, peut se résorber après que le stress d'une exacerbation aiguë soit passé¹⁵⁸.
- La prévalence de la dépression varie selon le type et la gravité de la maladie cardiaque et s'élèverait à 15 à 20 %; à l'extrémité supérieure de cette fourchette, on

trouve la dépression apparaissant en lien avec la coronaropathie, la maladie artérielle périphérique et l'insuffisance cardiaque¹⁵⁹.

- On a signalé que la dépression était trois fois plus fréquente que dans la population générale. Les taux plus élevés de dépression chez les personnes souffrant d'une MCV pourraient être attribuables à des changements dans la qualité de vie¹⁵⁹.
- La prévalence de la dépression est supérieure chez les personnes ayant subi un AVC (34 %, IC à 95 % : 29-38 %) ou un infarctus du myocarde (IM) (24 %, IC à 95 %, 20-28 %)¹⁶⁰.
- Des données prospectives sur 28 726 adultes ont montré que les personnes aux prises avec différentes formes de dépression couraient un risque accru de vivre un incident lié à une MCV que les personnes n'ayant aucun antécédent de dépression (Figure 3.8)¹⁶¹.

Figure 3.8 : Rapport de cotes (intervalles de confiance à 95 %) de vivre un incident lié à une MCV selon le diagnostic lié à la dépression¹⁶¹



- Selon un examen systématique, la prévalence de la dépression chez les personnes ayant subi un AVC était de 29 % (IC à 95 % : 25-32) et demeurant stable pendant 10 ans, pour une incidence cumulative de 39-52 % dans les cinq ans suivant l'AVC. Les principaux prédicteurs de la dépression étaient la présence d'un handicap, une dépression vécue avant l'AVC, la déficience cognitive, la gravité de l'AVC, l'anxiété, la faible qualité de vie et la mortalité¹⁶².
- Une méta-analyse avec métarégression a démontré que la dépression pouvait survenir de deux jours à sept ans après un AVC (moyenne de 6,87 mois, n=33 aux soins intensifs, n=43 en réadaptation et n=69 dans la communauté et en consultation externe). La prévalence à un moment donné de la dépression était de 17,7 % (IC à 95 %, 15,6-20,0 %). La dysthymie est survenue chez 3,1 % des sujets (IC à

95 %, 2,1-5,3 %). Le trouble dépressif, tous types confondus, est apparu dans 33,5 % des cas (IC à 95 %, 30,3-36,8 %)¹⁶³.

- On a signalé que le risque relatif de souffrir de tout trouble dépressif était supérieur à la suite d'un AVC à l'hémisphère gauche (de façon prédominante), en cas d'aphasie et chez les personnes ayant un historique familial et des antécédents de troubles de l'humeur¹⁶³.

C. TROUBLE BIPOLAIRE

- Dans une analyse effectuée sur deux vagues de la National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC), l'incidence sur trois ans des MCV chez les personnes ayant un trouble bipolaire de type 1 (n=1 047), un trouble bipolaire de type 2 (n=392) ou un trouble dépressif majeur (n=4 396) ainsi que dans le groupe témoin (n=26 266) était respectivement de 6,30 %, 5,74 %, 3,98 % et 3,70 %. Les facteurs de l'âge, du sexe, de la race, du tabagisme, de l'hypertension, de l'obésité et des troubles liés à la consommation d'alcool et de drogues ont été ajustés¹⁶⁴.

D. TROUBLES OBSESSIVO-COMPULSIFS (TOC)

- Dans une analyse longitudinale sur des personnes ayant reçu un diagnostic de TOC (n=25 415) parmi une cohorte de 12 497 002 personnes, celles ayant un TOC étaient plus susceptibles de souffrir de complications métaboliques ou cardiovasculaires en comparaison avec la population générale (RR ajusté=1,45; IC à 95 % : 1,42-1,49) et avec leurs frères et sœurs n'ayant pas de TOC (RR ajusté=1,47; IC à 95 % : 1,40-1,54)¹⁶⁵.

E. JEU PATHOLOGIQUE

- Une étude prospective portant sur le jeu à risque, problématique ou pathologique et les problèmes médicaux connexes chez les personnes âgées a montré que ces dernières sont 2,3 fois plus susceptibles de souffrir d'artériosclérose que les personnes qui n'ont pas ces problèmes de jeu (P=0,0035), après ajustement des caractéristiques sociodémographiques, des comorbidités psychiatriques, de la consommation de substances et de l'IMC¹⁶⁶.

F. TROUBLE DE STRESS POST-TRAUMATIQUE (TSPT)

- Une étude de cohorte réalisée sur 6 481 premiers intervenants dans le cadre du programme de santé du World Trade Center, à New York, a permis de constater que même en contrôlant le facteur de la dépression, les personnes ayant un TSPT présentent un risque élevé d'IM (RR=2,22; IC à 95 % : 1,30-3,82) et d'AVC (RR=2,51; IC à 95 % : 1,39-4,57). Aucune différence notable n'a été observée entre les hommes et les femmes¹⁶⁷.

G. SCHIZOPHRÉNIE

- Une étude comparant l'incidence de la schizophrénie sur l'occurrence d'événements cardiaques indésirables majeurs, sur la durée de l'hospitalisation et sur la prévalence

de comorbidités somatiques suivant un syndrome coronarien aigu a rapporté un risque accru de subir un événement cardiaque indésirable majeur (RR=1,62; IC à 95 % : 1,45-1,81) ou un AVC (RR=1,51; IC à 95 % : 1,15-1,99)¹⁶⁸.

H. CONSOMMATION DE SUBSTANCES

- Une étude portant sur les hospitalisations primaires pour insuffisance cardiaque dans le National Inpatient Sample de 2014 a signalé que sur 989 080 personnes hospitalisées pour insuffisance cardiaque, 15,5 % (n=152 965) étaient fumeuses (n=119 285, 12,1 %) ou avaient un trouble connu lié à la consommation de substances (n=61 510, 6,2 %)¹⁶⁹.
- Après la prise en considération des facteurs démographiques dans l'étude ci-dessus, le sexe féminin était associé à des taux plus faibles de tabagisme (RC=0,72; IC à 95 % : 0,70-0,74) et de troubles liés à l'usage de substances (RC=0,37; IC à 95 % : 0,36-0,39). La race amérindienne était associée à un risque accru de trouble lié à la consommation d'alcool (RR=1,67; IC à 95 % : 1,27-2,20); la race noire était associée à des troubles liés à la consommation d'alcool (RR=1,09; IC à 95 % : 1,02-1,16) ou de drogue (RR=1,63; IC à 95 % : 1,53-1,74). L'assurance-médicaments et un revenu dans le quartile inférieur étaient associés à un risque accru de tabagisme et de trouble lié à la consommation de substances¹⁶⁹.

I. PENSÉES SUICIDAIRES

- Un examen systématique portant sur l'association entre les pensées suicidaires et les MCV chez les personnes âgées a produit des résultats hétérogènes, selon sept études¹³³.

J. ESTIMATIONS DES COMORBIDITÉS AVEC LES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE, PAR SOUS-POPULATION

Dépression et anxiété

- Chez les femmes ayant une coronaropathie, les estimations de prévalence de la dépression vont de 36 à 40 %; on note une prévalence accrue autant au point de référence (au moment de l'hospitalisation [36 % contre 23 %]) que sur 24 mois (23 % contre 20 %), en comparaison avec les hommes¹⁷⁰.
- Des études sur les différences de genre en ce qui concerne l'anxiété après un infarctus aigu du myocarde indiquent que les femmes présentent souvent des niveaux d'anxiété plus élevés que les hommes. Cette tendance s'observe dans toutes les cultures occidentales et orientales¹⁷¹.
- Une méta-analyse étudiant la dépression chez les personnes âgées a révélé que dans l'échantillon combiné comptant 47 625 personnes âgées (moyenne de 74 ans, écart-type \pm 7,4 ans), durant une période de suivi médiane de 8,8 ans, les participants qui présentaient des symptômes de dépression étaient exposés à un risque considérablement supérieur d'AVC (RC=1,36; IC à 95 % : 1,18-1,56) et de mortalité toutes causes confondues (RC=1,44; IC à 95 % : 1,35-1,53), mais pas d'IM (RC=1,08; IC à 95 % : 0,91-1,29)¹⁷².

- Dans une étude transversale comparant les survivants d'un AVC qui étaient blancs à ceux qui étaient hispaniques ou noirs, les survivants hispaniques étaient trois fois plus à risque de souffrir de dépression (IC à 95 % : 1,18-6,35) que les blancs; les risques de dépression étaient similaires pour les personnes noires et blanches¹⁷³.
- Les résultats de la régression logistique effectuée à partir de l'analyse des données provenant du National Survey of American Life (NSAL) ont montré que les femmes afro-américaines ayant un TDM étaient 1,59 fois plus susceptibles de souffrir d'une MCV que celles ne souffrant pas de ce trouble; ces résultats étaient similaires tant chez les personnes vivant dans la pauvreté que chez celles ne vivant pas dans la pauvreté¹⁷⁴.
- Une étude prospective corrélationnelle descriptive de mesures répétées examinant des personnes vivant en milieu rural et hospitalisées pour un syndrome coronarien aigu a révélé qu'un état d'anxiété persistante peut survenir jusqu'à huit heures plus tard. Des processus d'élaboration et de mise à l'essai de protocoles de réduction de l'anxiété pourraient être requis¹⁷⁵.

TSPT

- Selon des données issues des Collaborative Psychiatric Epidemiology Surveys (CPES), de la National Latino and Asian American Study (NLAAS) et de la National Comorbidity Survey Replication (NCS-R) des États-Unis, la probabilité d'événements cardiovasculaires augmente chez les personnes ayant un diagnostic de TSPT (RC=2,10; IC à 95 % : 1,32-3,33), en comparaison avec celles n'ayant pas subi de traumatisme¹⁷⁶.
- Dans les sous-groupes examinés dans l'étude ci-dessus, la probabilité pour les personnes ayant un TSPT de subir un événement cardiovasculaire était significative chez les Blancs non hispaniques (RC=1,86; IC à 95 % : 1,08-3,11), les Hispaniques (RC=1,94; IC à 95 % : 1,04-3,62) et les Noirs non hispaniques (RC=3,73; IC à 95 % : 1,76-7,91), mais pas chez les répondants asiatiques¹⁷⁶.

Dépistage en santé mentale

Santé mentale

- Diverses études recommandent que toutes les personnes ayant un diagnostic de MCV subissent un dépistage de la dépression et de l'anxiété, particulièrement lors de périodes clés, comme après un IM ou une intervention chirurgicale majeure.
- Un examen systématique d'études à propos de l'insuffisance cardiaque et de la coronaropathie a conclu que le dépistage et le traitement de la dépression n'amélioreraient pas la gestion de l'insuffisance cardiaque et ne réduisaient pas les taux de crises cardiaques et de mortalité¹⁷⁷.
- Bien qu'il n'existe actuellement aucune preuve directe que le dépistage de la dépression génère des résultats améliorés dans les populations souffrant de MCV, la dépression a été associée à une morbidité et une mortalité accrues, à une modification plus faible des facteurs de risque, à des taux inférieurs de réadaptation cardiaque et à une qualité de vie amoindrie¹⁵⁷.

- Les outils de dépistage utilisés pour évaluer les comorbidités entre maladies du cœur et maladies mentales devraient cibler les symptômes, le stress, la qualité de vie, les facteurs de risque et les facteurs de protection¹⁷⁸.
- Les questionnaires d'autodéclaration utilisés pour le dépistage de la dépression chez les personnes ayant une MCV sont le Questionnaire sur la santé du patient (QSP), l'Inventaire de dépression de Beck (IDB), l'outil Hospital Anxiety Depression Scale (HADS), la Cardiac Depression Scale (CDS) et la Center for Epidemiologic Studies Depression Scale-10 (CES-D). Plusieurs de ces outils ont été validés dans plusieurs langues. Un comité consultatif scientifique de l'American Heart Association a indiqué que le QSP serait le plus utile¹⁷⁹.
- Le QSP à deux questions pourrait être utilisé pour détecter la dépression chez les patients dans les cliniques externes et être ajouté aux questionnaires à remplir lors de l'enregistrement du patient¹⁷⁸.
- L'outil CDS mesure l'étendue des symptômes de dépression chez les personnes souffrant de MCV et aurait d'excellentes propriétés psychométriques (p. ex., sensibilité et spécificité élevées) pour le diagnostic du TDM¹⁸⁰.
- Les lignes directrices européennes sur la prévention des MCV proposent deux questions fondamentales couvrant les critères obligatoires pour le diagnostic du TDM : « Vous sentez-vous abattu, déprimé ou désespéré? » et « Avez-vous perdu le plaisir et l'intérêt de vivre? »¹⁸¹.
- Chez les personnes dont la personnalité est présumée de type D⁷, caractérisée par des traits persistants de la dépression, il est recommandé de poser les questions suivantes : « De manière générale, vous sentez-vous souvent anxieux, irritable ou déprimé? » et « Évitez-vous de faire part de vos pensées et de vos sentiments à d'autres personnes? »¹⁸¹.
- Chez les personnes souffrant du syndrome coronarien aigu, il est recommandé d'effectuer un dépistage de la dépression lors du séjour à l'hôpital ainsi qu'un deuxième dépistage deux mois après l'épisode aigu¹⁸².

Consommation de substances

- Le tabagisme¹⁸³ et la consommation de cocaïne¹⁸⁴ sont associés à un risque accru de réadmission des patients ayant vécu une insuffisance cardiaque.
- Le dépistage du tabagisme et des troubles de consommation de substances a historiquement fait défaut dans les soins primaires, les services d'urgences et les hôpitaux.¹⁸⁵

Il est recommandé d'effectuer un dépistage du tabagisme et des troubles de consommation de substances chez les patients hospitalisés pour une insuffisance cardiaque¹⁶⁹.

⁷Une personne à la personnalité de type D a tendance à vivre des émotions négatives plus prononcées au fil du temps et des situations et n'a pas tendance à partager ces émotions avec les autres, par crainte de rejet ou de désapprobation⁵⁷⁵.

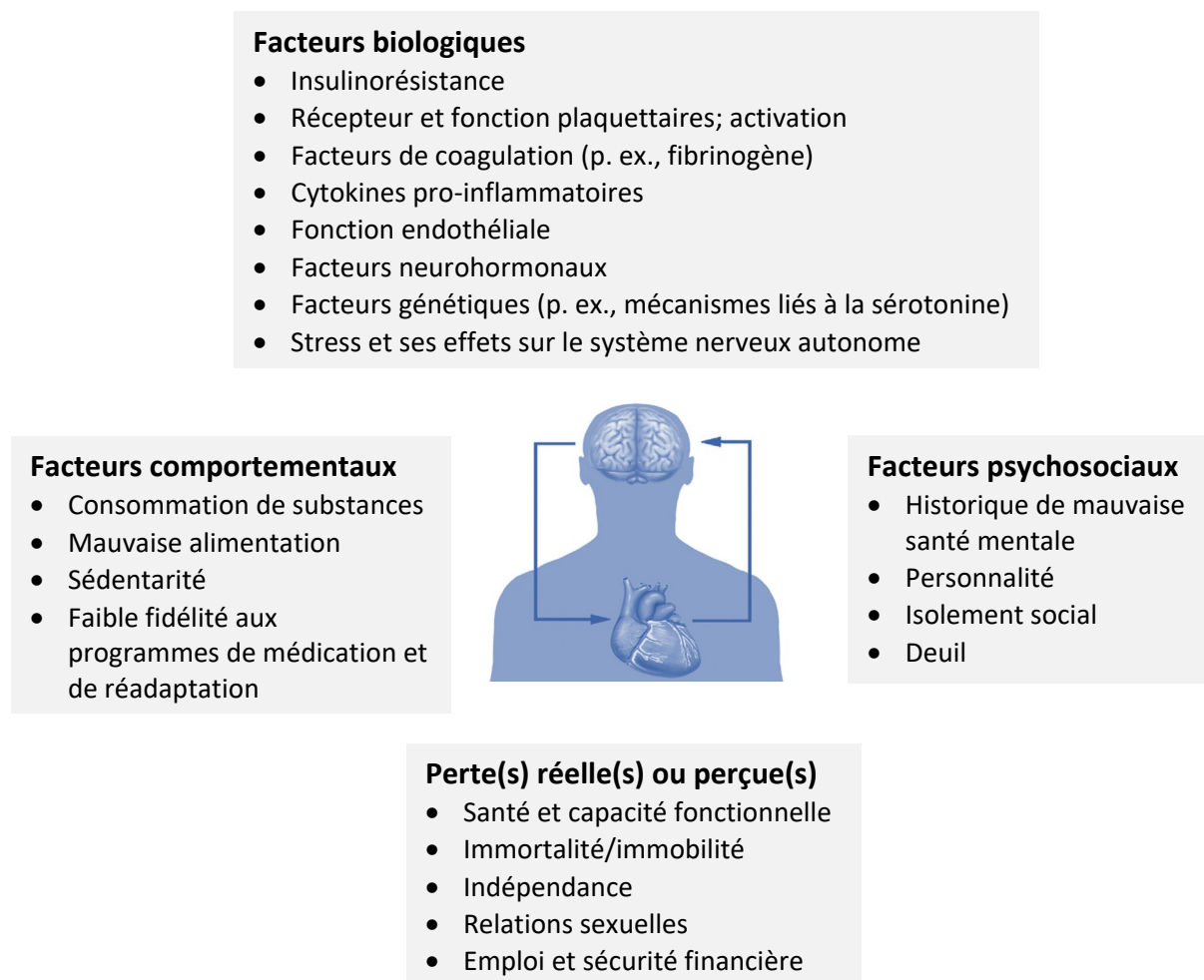
- Dans une étude longitudinale danoise de couplage des dossiers qui portait sur les admissions consécutives de patients demandant un traitement pour un trouble lié à la consommation de substances (en 2000 et 2006), des 17 642 patients demandant un traitement pour leur problème de consommation de substances, 4,5 % avaient des antécédents de MCV au moment d'entreprendre le traitement; 1 535 cas nouveaux de MCV ont été constatés durant la période de suivi moyenne de 7,5 ans.¹⁸⁶
- L'incidence des MCV dans l'étude mentionnée ci-dessus était associée à la consommation de drogues injectables (sous-rapport de risque [SRR]=1,41; P<0,001), à la non-réponse à la question concernant l'injection (SRR=1,23; P=0,005), à l'âge plus avancé (SRR=1,04 par an, P=0,000), à l'usage de méthadone sous prescription (SRR=1,32; P<0,001), à l'usage de benzodiazépines (SRR=1,21; P=0,005) et à l'orientation vers un traitement à la méthadone (SRR=1,15; P=0,022). L'usage d'amphétamine présentait une association négative avec le risque de MCV (SRR=0,75; P=0,001).¹⁸⁶

Voies étiologiques communes

Santé mentale

- Les voies biologiques et comportementales, qui incluent l'insulinorésistance et les niveaux élevés d'hormones de stress circulantes, interagissent avec les comportements liés à la santé pour former un cercle vicieux (Figure 3.9).
- Le TDM peut provoquer un dérèglement dans le système nerveux sympathique et dans l'axe HHS, ce qui peut entraîner des effets comme l'hypertension, l'hypertrophie du ventricule gauche, la vasoconstriction coronarienne, la dysfonction endothéliale, l'activation plaquettaire et la production de cytokines pro-inflammatoires. Le risque accru d'arythmie ventriculaire et d'IM sont des conséquences potentielles¹⁸⁷ (Figure 3.9).
- Des marqueurs inflammatoires, notamment la protéine C-réactive et des cytokines pro-inflammatoires comme l'interleukine 1, 2, 6 et TNF, pourraient également faire partie de l'étiologie commune¹⁸⁷.
- Une vaste étude prospective a révélé que le fait d'avoir vécu un épisode de dépression majeure constituait un facteur de risque d'AVC, particulièrement chez les fumeurs¹⁸⁸.
- Une méta-analyse examinant l'ampleur des réactions cardiovasculaires (rythme cardiaque, tension diastolique et systolique) face à la rumination dans la tristesse et dans la colère (43 études, 3 348 participants) a constaté une association entre la rumination et la réactivité cardiovasculaire; la rumination dans la colère pourrait provoquer des effets cardiovasculaires plus grands que la rumination empreinte de tristesse. Le dérèglement du système nerveux autonome causé par une rumination de longue durée pourrait être relié à la dépression et à l'hostilité face aux MCV¹⁸⁹.

Figure 3.9 : Étiologie commune des MCV et de la maladie mentale^{190,191,192}

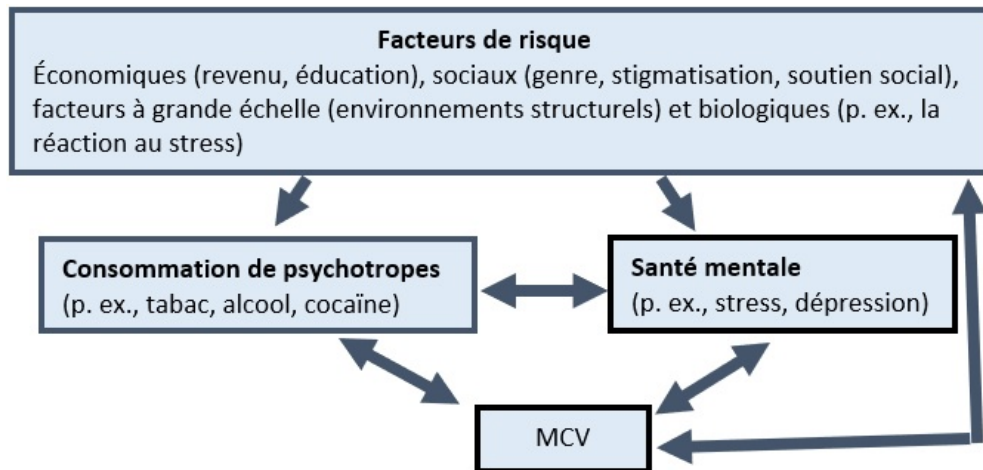


Consommation de substances

- Une série de voies biologiques et de mécanismes liés aux moteurs économiques, sociaux et au niveau macro expliquent les corrélations entre la consommation de substances et les MCV (Figure 3.10).
- La consommation par injection pourrait occasionner des maladies veineuses¹⁹³ ainsi que la thrombose, la septicémie et l'endocardite¹⁹⁴.
- L'exposition aux opioïdes est associée à une rigidité artérielle et à un vieillissement vasculaire accrus¹⁹⁴, selon la dose consommée¹⁹⁶.
- Des doses élevées de méthadone pourraient aggraver la MCV en causant une prolongation de l'intervalle QT^{197,198}.
- Des doses élevées de cocaïne et d'amphétamine sont associées à des événements vasculaires aigus, comme l'arythmie et l'hypertension^{199,200}.
- Les benzodiazépines sont associées à un risque de MCV chez les patients souffrant de dépression ou d'anxiété²⁰¹; cette association est difficile à dissocier de la gravité du trouble de l'humeur ou d'anxiété²⁰².

- Des exposés de cas ont montré que la consommation de cannabis pourrait être associée à une hausse des cas d'infarctus aigu du myocarde²⁰³.

Figure 3.10 : Exemples d'étiologie commune des MCV et de la consommation de substances



Une série de voies biologiques et de mécanismes liés aux moteurs économiques, sociaux et au niveau macro expliquent les corrélations entre la consommation de substances et les MCV. Il est bien établi que la mauvaise santé mentale et la consommation de substances sont souvent cooccurentes²⁰⁴. La consommation de substances pourrait être une cause ou une conséquence de la maladie mentale, ou naître d'une cause commune avec la maladie mentale. Ce phénomène pourrait s'expliquer par le fait hypothétique que la maladie mentale et la consommation de substances interagissent et se maintiennent mutuellement.

Gestion des MCV et de la santé mentale

- Des taux de traitements plus faibles pour la dépression sont observés chez les personnes ayant subi un AVC (24 %, IC à 95 % : 20-27 %) en comparaison avec les personnes ayant subi un IM (14 %, IC à 95 % : 8-19 %)¹⁶⁰. Il est recommandé d'évaluer le plan de traitement fréquemment et d'y apporter les ajustements qui s'imposent.

A. RÉADAPTATION CARDIAQUE ET EXERCICE

- La réadaptation cardiaque basée sur un programme d'exercices en groupe entraîne une baisse de la dépression²⁰⁵.
- Pour les personnes ayant une coronaropathie, les exercices aérobiques en groupe abaissent les taux de dépression dans une mesure similaire aux médicaments antidépresseurs; ils améliorent également la fonction cardiovasculaire (VO₂ max)²⁰⁶.

- Selon les données d'essais cliniques, l'exercice physique réduit la dépression chez les personnes ayant souffert d'insuffisance cardiaque, même jusqu'à 12 mois après l'intervention²⁰⁷.
- Un essai randomisé contrôlé effectuant une comparaison entre l'exercice supervisé, l'exercice autonome à la maison, les médicaments antidépresseurs (sertraline, 50-200 mg par jour) et un placebo chez des personnes présentant des facteurs de risque de MCV (vasodilatation dépendante du flux sanguin dans l'artère brachiale, épaisseur intima-média de la carotide, lipide sérique et risque de maladie cardiovasculaire athéroscléreuse sur 10 ans) a montré qu'en comparaison avec le groupe prenant un placebo, le groupe faisant de l'exercice et celui suivant le traitement à la sertraline présentaient une amélioration des facteurs de risque de MCV²⁰⁸.

B. INTERVENTIONS PSYCHOLOGIQUES, INCLUANT LES TRAITEMENTS COMBINÉS

- Un essai contrôlé randomisé comparant la TCC virtuelle aux traitements traditionnels chez des personnes ayant récemment subi un IM a révélé des pointages HADS diminués au fil du temps (delta moyen=-5,1, P<0,001), mais aucune différence entre les groupes lors du suivi (beta=-0,47; IC à 95 % : -1,95-1,00). La fidélité au traitement était faible, avec seulement 46 % du groupe d'intervention ayant achevé le module d'introduction²⁰⁹. Il a aussi été indiqué que la TCC virtuelle était inappropriée pour les cas de dépression et d'anxiété d'intensité moyenne à élevée²¹⁰.
- Une méta-analyse a conclu que la TCC et la thérapie de résolution des problèmes offraient les mêmes bénéfices pour les personnes ayant une MCV²¹¹. La TCC pourrait également réduire l'incidence des événements cardiovasculaires subséquents²¹².
- Dans un essai randomisé contrôlé, des personnes ayant subi un AVC étaient réparties aléatoirement en trois groupes parallèles dans le mois suivant leur admission à l'hôpital. Dans le groupe assigné à la thérapie de résolution des problèmes, celui assigné à un soutien non spécifique par des bénévoles et celui assigné au traitement habituel, on a constaté, lors des suivis après six et après douze mois, que le groupe suivant la thérapie de résolution des problèmes présentait les meilleures mesures de l'état psychologique et des activités. Selon les auteurs, ces résultats portent à croire qu'il est possible de prévenir les troubles de l'humeur chez les patients ayant subi un AVC au moyen d'une intervention psychologique²¹³.
- Une étude sur l'utilité de la TCC pour réduire la dépression dans cette population a montré l'efficacité de la TCC conjuguée à l'exercice physique²¹¹.
- Dans un essai randomisé contrôlé portant sur des interventions de gestion de l'incertitude offertes sur une période de 10 mois à des patients en consultation externe atteints de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), le groupe d'intervention a présenté une amélioration significative sur les plans de l'incertitude, des stratégies d'adaptation, de l'anxiété, de la dépression et des domaines de la qualité de vie relevant de la santé mentale, en comparaison avec le groupe témoin²¹⁴.

C. TRAITEMENTS PHARMACOLOGIQUES

- Il a été rapporté que les médicaments antidépresseurs amélioraient les symptômes de dépression chez les personnes ayant une MCV; toutefois, il faut mesurer leur efficacité par rapport aux risques potentiels²¹⁵. Par exemple, il a été démontré que les antidépresseurs tricycliques altéraient l'activité cellulaire du muscle cardiaque (p. ex., en allongeant le potentiel d'action des cellules musculaires du cœur)²¹⁵.

D. SOINS PAR PALIERS

- Les thérapies combinées semblent réduire les symptômes de dépression après un syndrome coronarien aigu (SCA). Dans un essai randomisé contrôlé multisites, les personnes ayant souffert de dépression dans les deux à six mois suivant un SCA, une action thérapeutique combinée comportant des soins « par paliers » a donné lieu à un recul significatif de la dépression après six mois, en comparaison avec les soins habituels²¹⁶.

E. SENSIBILISATION CIBLÉE

- Un examen systématique sur la gestion thérapeutique de l'insuffisance cardiaque (IC) a montré que l'anxiété et la dépression étaient atténuées par les interventions conjuguant la TCC avec un programme de sensibilisation sur la gestion thérapeutique de l'IC, en comparaison avec les soins traditionnels combinés à un programme de sensibilisation sur la gestion thérapeutique de l'IC; cette amélioration est demeurée constante dans le temps²¹⁷.
- Dans un essai randomisé contrôlé mené en simple aveugle, quatre messages texte par semaine étaient distribués aux participants pendant une période de six mois afin de leur fournir de l'information, des encouragements ainsi que de l'aide au sujet du régime alimentaire, de l'activité physique, de la santé cardiaque en général et du tabagisme; on a constaté une diminution des symptômes de dépression après six mois par rapport au groupe témoin. La fréquence des symptômes de dépression légers ou plus sévères après six mois était considérablement moindre dans le groupe d'intervention (6,3 % contre 24,6 %) et le risque était diminué (RR=0,26; IC à 95 % : 0,16-0,40)²¹⁸.

F. INTERVENTIONS RÉALISÉES À LA MAISON

- Un examen systématique et une méta-analyse d'un petit nombre d'essais randomisés contrôlés portant sur les effets d'interventions réalisées à la maison sur la réduction de l'anxiété chez les personnes ayant une coronaropathie ont révélé qu'en comparaison avec les soins habituels et avec la réadaptation cardiaque effectuée en établissement, les interventions à domicile avaient un effet petit mais significatif sur la réduction de l'anxiété (ampleur de l'effet : 0,13; IC à 95 % : 0,20-0,06)²¹⁹.
- Un essai randomisé contrôlé multisites examinant l'effet d'une réadaptation à domicile assistée par robot combinée à un programme d'exercices à la maison

(groupe témoin) sur la dépression et la qualité de vie des sujets après un AVC a montré des changements significatifs dans tous les domaines, sauf un, des outils Stroke Impact Scale et CES-Depression Scale, dans les deux groupes²²⁰.

- Dans un essai randomisé contrôlé comparant une formation en ligne destinée aux personnes ayant subi un IM avec des soins standard, le groupe d'intervention présentait une réduction significative des symptômes de dépression et d'anxiété. Ce programme portait sur sept caractéristiques, donc la structure du cœur, l'infarctus du myocarde, les facteurs de risque et différents éléments liés à la vie quotidienne, comme la nutrition et l'activité physique²²¹.

G. INTERVENTIONS DESTINÉES À DES SOUS-POPULATIONS

Interventions propres à chaque genre

Les résultats d'un essai clinique ont montré que les programmes de réadaptation cardiaque adaptés au genre étaient plus efficaces pour réduire les symptômes de dépression chez les femmes que les programmes traditionnels⁵⁷⁷.

- Des travaux qualitatifs sur les facteurs psychosociaux réduisant la capacité des personnes sous-desservies à gérer leur MCV comparaient des données textuelles en fonction du genre, avec les conclusions suivantes²²² :
 - Les interventions destinées aux femmes devraient inclure des groupes de soutien dirigés par des pairs plutôt que de mettre l'accent sur l'inclusion de la famille dans les plans d'autogestion et les formations d'autogestion axées sur l'auto-efficacité et l'autonomisation, étant donné que les femmes montrent une plus grande vulnérabilité à la maladie (effets internes de la maladie) que les hommes.
 - Les interventions destinées aux hommes pourraient devoir incorporer des notions de gestion de la colère de même que des services sociaux afin de les aider à composer avec les effets externes de la MCV, comme les répercussions financières.

Personnes âgées

- Une méta-analyse de certains programmes de réadaptation cardiaque offerts à domicile aux personnes âgées (64 ans et plus) ayant souffert de coronaropathie ou d'insuffisance cardiaque congestive a montré un recul significatif de la dépression. Les auteurs ont conclu que les interventions ciblées combinées avec des interventions psychosociales étaient plus susceptibles de réduire la dépression chez les personnes âgées ayant une maladie cardiaque que les soins traditionnels²²³.

3.1.4 Démence

La démence renvoie à des pertes de mémoire, du langage, de la capacité de résolution des problèmes et d'autres capacités de réflexion qui sont assez graves pour perturber la vie quotidienne. La maladie d'Alzheimer est la cause de démence la plus fréquente²²⁴.

Prévalence et incidence de la démence en concomitance avec des maladies ou des problèmes liés à la santé mentale

Dépression et anxiété

- Les estimations de la prévalence de la dépression ainsi de la maladie d'Alzheimer/démence s'étendent de 12 à 42 %, selon les critères de diagnostic de la dépression et de l'anxiété établis par l'American Psychiatric Association²²⁵.
- Les estimations de la prévalence de la dépression et de la démence concomitantes sont plus élevées chez les femmes (57 %, IC à 95 % : 50-64 %) que chez les hommes (43 %, IC à 95 % : 37-50 %)²²⁶ et plus élevées chez les personnes recevant des soins à domicile (34 %) que chez les résidents des centres de soins de longue durée (18 %)²²⁷.
- Un examen systématique a révélé que la dépression chez les personnes âgées était associée à un risque significatif de démence toutes causes confondues (1,85; IC à 95 % : 1,67-2,04) et de maladie d'Alzheimer (1,65; IC à 95 % : 1,42-1,92)²²⁸.

Psychose et schizophrénie

- Les symptômes psychotiques, définis comme l'occurrence d'idées délirantes ou d'hallucinations, sont fréquents chez les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer; ils toucheraient entre 40 et 60 %²²⁹ de cette population.
- On a rapporté que la démence était deux fois plus fréquente chez les personnes souffrant de schizophrénie que chez celles n'ayant pas cette maladie; le type de démence le plus courant chez les personnes atteintes de schizophrénie présente des caractéristiques cliniques différentes de la démence associée à la maladie d'Alzheimer²³⁰.

TSPT

- Une étude longitudinale menée sur des dossiers médicaux a montré que le TSPT était associé à un risque accru de démence pendant une période de suivi de huit ans en moyenne (Femmes : RR=1,59; IC à 95 % : 1,30-1,95; Hommes : RR=1,96; IC à 95 % : 1,51-2,55)²³¹.
- Un risque deux fois plus élevé a été constaté chez les personnes souffrant à la fois de TSPT et de dépression (Femmes : RR=2,08; IC à 95 % : 1,66-2,59; Hommes : RR=2,06; IC à 95 % : 1,47-2,91) en comparaison avec celles qui n'en souffrent pas²³¹.

Dépistage en santé mentale

- Les critères à suivre pour diagnostiquer la dépression chez les personnes aux prises avec la maladie d'Alzheimer ne font pas l'objet d'un consensus fort, puisque les symptômes comme l'apathie et l'anxiété sont associés à ces deux maladies.

- Les outils de dépistage à utiliser pour les sous-types de dépression, comme la dysthymie, doivent être validés pour leur utilisation auprès des personnes ayant la maladie d'Alzheimer. Par exemple, la conscience accrue des déficits fonctionnels présente une association significative avec la dysthymie, mais pas avec la dépression majeure, ce qui laisse croire qu'il existe différents syndromes dépressifs²³².
- La plupart des échelles existantes d'autodéclaration de la dépression utilisées chez les personnes âgées (p. ex., l'Inventaire de dépression de Beck [BDI-II], l'échelle CES-D, l'échelle d'auto-évaluation de la dépression de Zung) ne tiennent pas compte du niveau de déficience cognitive et visuelle²³³.

Voies étiologiques communes

Démence et dépression

- Un événement commun peut être à l'origine de l'occurrence du trouble dépressif majeur (TDM) et de la maladie d'Alzheimer. Par exemple, après un diagnostic de TDM, le cerveau peut être plus vulnérable à un deuxième événement ou déclencheur pouvant précipiter la maladie d'Alzheimer (Figure 3.11).
- Le fait de souffrir d'un TDM pourrait accélérer le vieillissement du cerveau par des voies faisant intervenir l'ADN et une production accrue d'hormones de stress, comme le cortisol.
- Selon les études publiées à ce jour, il semble improbable que le TDM et la maladie d'Alzheimer soient attribuables à des prédispositions génétiques communes. Les gènes prédisposant à la maladie d'Alzheimer (p. ex., des variants du gène ApoE4) ne constituent pas des facteurs de risque pour le TDM. D'autres gènes participant à l'apparition du TDM (p. ex., des variants du gène SLC6A4) ne sont pas des facteurs de risque pour la maladie d'Alzheimer²³⁴.
- Rien n'indique avec certitude qu'un événement lié à l'environnement ou à la génétique survenant lors de certaines formes du TDM prédispose les personnes touchées à souffrir de la maladie d'Alzheimer ultérieurement, bien que les données probantes à ce sujet soient limitées²³⁴.
- Il a été démontré que les glucocorticoïdes étaient altérés dans certains cas de TDM et de maladie d'Alzheimer, ce qui pourrait entraîner une action dégénérative dans différentes régions du cerveau, dont l'hippocampe, perturber la formation cellulaire et compromettre la plasticité du cerveau.
- Les facteurs de risque rapportés en ce qui concerne l'apparition de la dépression chez les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer sont la positivité au gène ApoE4²³⁵ et la consommation de médicaments comme les bêtabloquants, les corticostéroïdes, les benzodiazépines, les agonistes de la dopamine, les stimulants, les anticonvulsivants, les médicaments agissant sur les hormones, les inhibiteurs de la pompe à protons et les antagonistes H2, les statines et les médicaments hypolipidémiques ainsi que les anticholinergiques²³⁶.

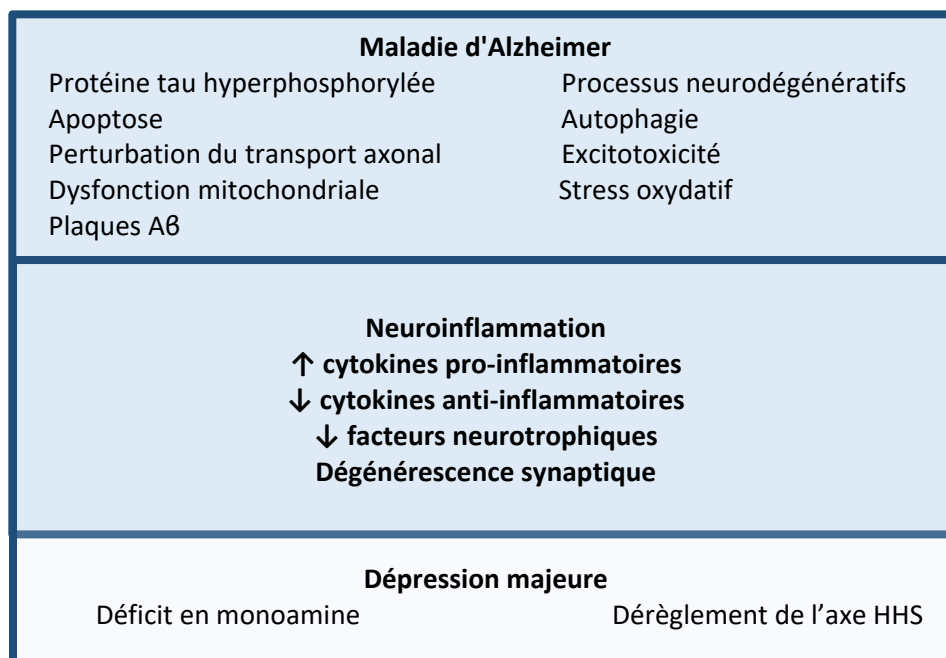
Démence et psychose

- La maladie d'Alzheimer et la psychose sont associées à un risque polygénique de toucher de nouveaux loci et inversement associées à un risque polygénique de schizophrénie. Les voies biologiques déterminées par les associations entre la schizophrénie, d'une part, et la maladie d'Alzheimer et la psychose, d'autre part, sont le trafic endosomal, l'autophagie et la signalisation dans le canal calcique²³⁷.

Démence, TDM et TSPT

- Divers liens communs entre le TDM, le TSPT et la démence ont été avancés²³⁸ :
 - i. L'activation accrue de l'axe HHS et la hausse du cortisol^{239,240} compromettent les capacités cognitives et mènent à une déficience cognitive plus tard dans la vie²⁴⁰. L'exposition prolongée à des niveaux élevés de cortisol entraîne la neurodégénérescence^{239,240}. Des taux accrus de cytokines inflammatoires pourraient également être sécrétés – autant dans le cas du TDM que du TSPT – et pourraient accroître le risque de démence^{241,242}.
 - ii. Accumulation des plaques bêta-amyloïdes (β A). Les plaques β A, une particularité diagnostique de la maladie d'Alzheimer, sont aussi présentes dans les cas de TDM. Les personnes souffrant à la fois de la maladie d'Alzheimer et du TDM présentent un taux accru de dépôts de plaques β A par rapport à celles qui ont seulement la maladie d'Alzheimer²⁴². Le TSPT pourrait aussi causer une altération des hormones participant à la production et au dépôt des plaques β A²⁴³.
 - iii. Réserve cognitive. Le TSPT et le TDM pourraient réduire la réserve cognitive, ce qui pourrait hausser le risque de souffrir de démence ou accélérer l'apparition de celle-ci^{239,244}. Des facteurs comme le statut socio-économique plus élevé pourraient avoir un effet protecteur contre ce trouble²⁴⁵.
 - iv. Neurodégénérescence cognitive : liée aux mécanismes ci-dessus (i à iii). L'exposition au stress, aigu ou prolongé, augmente l'inflammation et peut causer la neurodégénérescence²⁴⁶. La réaction inflammatoire entraîne une hausse des cytokines pro-inflammatoires, ce qui active la microglie²⁴⁶, causant une libération accrue d'inflammasomes, qui induisent l'inflammation et l'inhibition du facteur neurotrophique dérivé du cerveau (BDNF) et entraînent la neurodégénérescence²⁴⁶. La démence est caractérisée par des niveaux plus faibles de BDNF et des niveaux plus élevés de l'inflammasome NLRP3, stimulés par les taux accrus de plaques $A\beta$ ²⁴⁶. Des marqueurs inflammatoires pourraient moduler le TDM/TSPT et la démence²⁴⁶.
 - v. Réserve cérébrale réduite. Des mécanismes communs au TDM et au TSPT pourraient élever les taux de réduction de la réserve cérébrale et hausser le risque de démence²⁴⁷.

Figure 3.11 : Étiologie commune de la maladie d'Alzheimer et de la dépression



La maladie d'Alzheimer est caractérisée par la présence de plaques A β et d'enchevêtrement neurofibrillaire causant la neurodégénérescence par des mécanismes comme l'excitotoxicité et la dysfonction mitochondriale. La dépression est caractérisée par un déficit en monoamine et un dérèglement de l'axe HHS. L'inflammation et la réduction des facteurs neurotrophiques de soutien sont des facteurs communs.

Gestion de la démence et des maladies mentales

Exercice physique

- Un examen systématique a permis de constater que les programmes d'exercice physique pourraient améliorer de façon significative le fonctionnement cognitif et renforcer la capacité des personnes souffrant de démence à réaliser leurs activités quotidiennes²⁴⁸.
- Un examen systématique de 13 essais randomisés contrôlés analysant l'effet des interventions axées sur l'activité physique chez les personnes souffrant de démence a révélé certaines preuves que les interventions prônant l'exercice physique permettaient d'améliorer la fonction physique chez les personnes âgées souffrant de démence; toutefois, les données probantes entourant leur effet dans les cas de dépression sont rares²⁴⁹.

Démarches axées sur le soutien par les pairs

- Dans une évaluation de la Mental Health Foundation du R.-U. effectuée auprès de groupes de soutien par les pairs destinés aux personnes atteintes de démence vivant dans un logement offrant des soins supplémentaires, les personnes aux

premiers stades de la démence qui participaient aux rencontres de groupe montraient des améliorations sur le plan du bien-être, du soutien social et des habiletés d'adaptation pratiques²⁵⁰.

Interventions pharmacologiques

- Selon un examen systématique sur l'antidépresseur sertraline, la combinaison de sertraline et de mirtazapine, l'imipramine, la fluoxétine et la clomipramine, sept études répondaient aux critères d'inclusion et ne rapportaient aucune différence statistiquement significative entre la prise de ces médicaments et la prise d'un placebo²⁵¹.
- Peu d'essais randomisés contrôlés ont analysé l'efficacité des antidépresseurs dans le traitement de la dépression chez les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer, de sorte que les conclusions claires sur leur effet potentiel sont limitées.
- Les lignes directrices actuelles du National Institute for Health and Care Excellence (NICE) en matière de démence indiquent que les antidépresseurs ne devraient pas être prescrits pour gérer les symptômes légers à moyens de dépression chez les personnes souffrant de démence légère à moyenne, à moins d'être indiqués pour un problème de santé mentale grave préexistant²⁵².

Traitements psychologiques

- Les thérapies axées sur les émotions visent à traiter les besoins émotionnels des personnes ayant la maladie d'Alzheimer au moyen de techniques comme la validation, la réminiscence, l'orientation vers la réalité et la thérapie de présence simulée. Les recherches fournissant des données sur les effets de celles-ci sur la dépression sont insuffisantes²³⁶.
- Il a été démontré que les interventions psychothérapeutiques brèves sont particulièrement efficaces dans cette population²⁵³. Les thérapies comportementales sont plus couramment offertes aux stades les plus avancés de la démence, alors que les stratégies cognitivo-comportementales semblent connaître plus de succès chez les personnes aux premiers stades du déclin cognitif²⁵⁴.

Les lignes directrices du NICE conseillent de prodiguer des traitements psychologiques aux personnes atteintes de démence légère à moyenne qui souffrent aussi de dépression légère à moyenne⁵⁶⁸.

- La plupart des programmes cognitivo-comportementaux destinés aux personnes atteintes de démence nécessitent l'intervention de leurs proches aidants, autant comme accompagnateurs du bénéficiaire de la TCC que comme partenaires de traitement. Les données probantes les plus solides soutiennent la TCC de courte durée et la thérapie de résolution des problèmes²⁵⁵.
- Selon des recherches mettant en relation la mobilisation sociale, l'usage de médicaments et les symptômes dépressifs chez les personnes âgées, incluant les Afro-Américains, souffrant de démence concomitante, la taille du réseau social et le

faible isolement social perçu étaient associés à des symptômes de dépression moindres. Cela laisse croire que la gestion de la dépression au moment du diagnostic de démence devrait comporter des interventions visant à renforcer la participation sociale²⁵⁶.

Thérapies sensorielles

- Un essai randomisé contrôlé comparant les effets de l'exposition à la lumière intense avec l'exposition à la lumière de faible intensité sur la dépression et l'agitation chez les personnes souffrant de démence qui demeurent dans des centres de soins de longue durée a montré des améliorations significatives de la dépression (3 mesures) et de l'agitation (4 mesures) chez les personnes suivant une thérapie par lumière vive²⁵⁷.
- Les traitements par stimulation sensorielle, comme la musicothérapie, l'art-thérapie, la zoothérapie, l'aromathérapie, les thérapies par l'activité et les techniques multisensorielles (p. ex., le snoezelen), pourraient bénéficier aux patients dépressifs présentant un trouble cognitif. Toutefois, peu d'études rigoureuses ont été réalisées, et les résultats en matière d'efficacité sont inégaux.

3.1.5 Diabète sucré (DS)

Le DS est une maladie métabolique résultant d'un déficit d'insuline. On croit que le DS de type 2 (DST2), qui représente 90 à 95 % des cas de DS, est causé par l'insulinorésistance. Inversement, le DST1 est causé par un déficit absolu en insuline. Hormis la disposition génétique, les facteurs associés au risque de DST2 semblent être la mauvaise alimentation, la sédentarité et la surcharge pondérale. Le DST2 n'est pas souvent diagnostiqué aux premiers stades de la maladie en raison de l'absence de symptômes. S'il n'est pas détecté ou adéquatement contrôlé, le DS peut conduire à des problèmes de santé comme la neuropathie diabétique, la rétinopathie, des maladies vasculaires périphériques, l'insuffisance rénale, des cardiopathies et des AVC²⁵⁸.

Prévalence et incidence du DS en concomitance avec des maladies ou des problèmes liés à la santé mentale

A. ANXIÉTÉ ET DÉPRESSION

- Un examen systématique de 248 études a révélé que 28 % (IC à 95 % : 27-29 %) des personnes ayant le DST2 présentaient des troubles dépressifs à différents degrés de gravité²⁵⁹.
- Les estimations de la prévalence sont plus élevées chez les femmes (34 %, IC à 95 % : 31-38 %) que chez les hommes (23 %, IC à 95 % : 20-26 %), chez les personnes de moins de 65 ans que chez les personnes âgées (31 % contre 21 %) et chez les personnes prédiabétiques et n'ayant pas de diagnostic que chez celles ayant reçu un diagnostic de DS²⁵⁹.

- Les estimations sont trois fois plus élevées chez les personnes atteintes de DST2 que chez celles ayant le DST1; les estimations sont deux fois plus élevées chez les personnes atteintes de DST2 que dans la population générale mondiale²⁵⁹.
- Une méta-analyse de données longitudinales a conclu que les personnes prédiabétiques ou celles atteintes de diabète depuis peu ne présentaient pas de risque accru de souffrir de symptômes dépressifs, alors que les personnes ayant un diagnostic clinique de DS courent un risque plus élevé²⁶⁰.
- Selon les constats d'une étude de cohorte menée auprès de personnes de 30 à 75 ans, les personnes atteintes de dépression avec anxiété concomitante pourraient constituer un sous-groupe à risque de souffrir de DST2²⁶¹.

B. TROUBLES DE L'ALIMENTATION ET TROUBLES DU CONTRÔLE DES IMPULSIONS

- Un examen systématique des troubles de l'alimentation et du DS a montré que tant l'hyperphagie boulimique (RC=3,69; IC à 95 % : 1,12-12,12) que la boulimie nerveuse (RC=3,45; IC à 95 % : 1,92-6,1) étaient associées au DST2, alors que l'anorexie mentale ne l'était pas. Des études de cohortes ont révélé un risque accru de DST2 chez les personnes souffrant de boulimie nerveuse (RR=1,7; IC à 95 % : 1,2-2,5) et un risque réduit chez les personnes souffrant d'anorexie mentale (RR=0,71; IC à 95 % : 0,52-0,98). Les troubles d'hyperphagie boulimique ne présentaient pas d'association significative²⁶².
- Une série d'enquêtes-ménages transversales menées en personne auprès d'adultes demeurant dans la communauté (n=52 095) dans 19 pays a étudié les associations entre 16 troubles mentaux du DSM-IV et le DST2. À la lumière d'une analyse multidimensionnelle, des associations ont été constatées entre le trouble explosif intermittent (RC=1,6; IC à 95 % : 1,1; 2,1), l'hyperphagie boulimique (RC=2,6; IC à 95 % : 1,7; 4,0) et la boulimie nerveuse (RC=2,1; IC à 95 % : 1,3; 3,4)²⁶³.

C. TSPT

- On a rapporté que la prévalence du TSPT chez les Autochtones des États-Unis ayant le DST2 s'élève à 22 %²⁶⁴.

D. CONSOMMATION DE SUBSTANCES

- Une analyse des données issues des dossiers médicaux électroniques de 170 853 adultes uniques de 18 ans ou plus a montré que les diagnostics prévalents chez les adultes atteints de DST2 étaient les troubles liés à l'usage de substances (17,02 %; tabagisme : 13,25 %; alcool : 4,00 %; drogues : 4,22 %). La présence d'un trouble de consommation de substances montrait une association positive avec les diagnostics de troubles liés à l'humeur, l'anxiété, la personnalité, la somatisation et la schizophrénie.

E. ESTIMATIONS DES COMORBIDITÉS AVEC LES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE, PAR SOUS-POPULATION

- On estime que la prévalence de la dépression chez les personnes ayant le DS et vivant dans une région rurale est de 17 %. Les facteurs associés sont le manque de sommeil et la sédentarité fréquente²⁶⁵.
- Dans une analyse secondaire d'une base de données électroniques nationale qui portait sur les demandeurs d'asile ayant un TSPT concomitant au DS, on a observé des taux de prévalence ajustés en fonction de l'âge de 1,40 (IC à 95 % : 1,12-1,76) chez les hommes et de 1,22 (IC à 95 % : 0,95-1,56) chez les femmes, en comparaison avec les personnes n'ayant pas de TSPT. Les personnes souffrant d'un TSPT présentaient une prévalence plus élevée de DST2 que celles qui n'avaient pas de TSPT (taux de prévalence ajusté en fonction de l'âge=1,47; IC à 95 % : 1,15-1,87 chez les hommes; 1,27 avec IC à 95 % : 0,97-1,66 chez les femmes). Chez des personnes atteintes de dépression, par contre, on n'a trouvé aucune association entre le TSPT et le DST2 (taux de prévalence ajusté en fonction de l'âge=0,87; IC à 95 % : 0,43-1,76 chez les hommes; 1,00 avec IC à 95 % : 0,54-1,83 chez les femmes)²⁶⁶.
- Une étude canadienne examinant une cohorte de nouveaux utilisateurs de médicaments antidiabétiques à partir de données administratives sur les demandes de remboursement a permis de recenser 114 366 nouveaux utilisateurs de médicaments antidiabétiques oraux (18 ans et plus) ainsi qu'une incidence globale de la dépression de 10,72/1000 personnes-années chez les femmes et de 8,27/1000 personnes-années chez les hommes. Ces résultats laissent croire que les nouveaux utilisateurs de médicaments antidiabétiques, les femmes, les personnes jeunes, celles ayant un statut socio-économique faible et celles ayant des antécédents d'anxiété ou de dépression pourraient devoir faire l'objet d'un suivi étroit de leur santé physique et mentale²⁶⁷.

Dépistage en santé mentale

- Les échelles de mesure BDI et CES-D sont des outils de dépistage populaires (employés dans quelque 45 % des études).
- L'applicabilité culturelle des outils de dépistage n'a toutefois pas été rigoureusement évaluée. La plupart des études décrivaient seulement le processus de traduction linguistique, quelques-unes contenaient des données sur la fiabilité et la plupart affichaient une sensibilité et une spécificité moyennes à bonnes, mais un taux élevé de faux positifs.
- Dans certaines études longitudinales, les personnes atteintes à la fois de diabète et de dépression présentaient un risque accru de souffrir de complications microvasculaires et macrovasculaires du diabète et de présenter un taux de mortalité plus élevé, en comparaison avec les personnes ne vivant pas avec la dépression²⁶⁸; le dépistage pourrait aider à réduire ou à retarder ces risques.
- Le dépistage des personnes recevant des services de santé à la maison pour un problème de santé mentale concomitant au moyen du QSP-2 (et du QSP-9, le cas échéant) est exigé par l'instrument d'évaluation OASIS (Outcome and Assessment Information Set) des Centers for Medicare and Medicaid Services, qui est utilisé

pour recueillir des données de référence à l'amorce des soins ainsi qu'aux différents points temporels²⁶⁹.

Voies étiologiques communes

- Diverses voies établissent un lien entre le DS et la maladie mentale, dont l'immunité innée, l'inflammation, l'axe HHS, l'insulinorésistance et le rythme circadien. On néglige souvent la voie des expériences vécues in utero et durant la petite enfance, qui peuvent être particulièrement pertinentes dans le cas du DST2 et de la santé mentale²⁷⁰.
- La relation entre le DS et la maladie mentale semble être bidirectionnelle (Figure 3.12)²⁷¹.
- Trois voies physiopathologiques majeures interreliées sont souvent considérées comme des mécanismes communs de l'apparition de la dépression chez les personnes atteintes de DST2 :

1. Hyperglycémie et DST2

- Le cerveau est vulnérable à la fluctuation de la glycémie parce que les neurones ne sont pas dotés d'un transporteur actif du glucose.
- Une forte concentration intracellulaire de glucose peut induire un stress oxydatif et provoquer la formation de produits terminaux avancés de glycation. Ces deux processus peuvent mener à des lésions neuronales et à la dépression^{272,273}.
- En outre, l'hyperglycémie entraîne également une hausse du niveau de cortisol, une voie connue qui participe aussi à l'apparition de la dépression²⁷⁴.

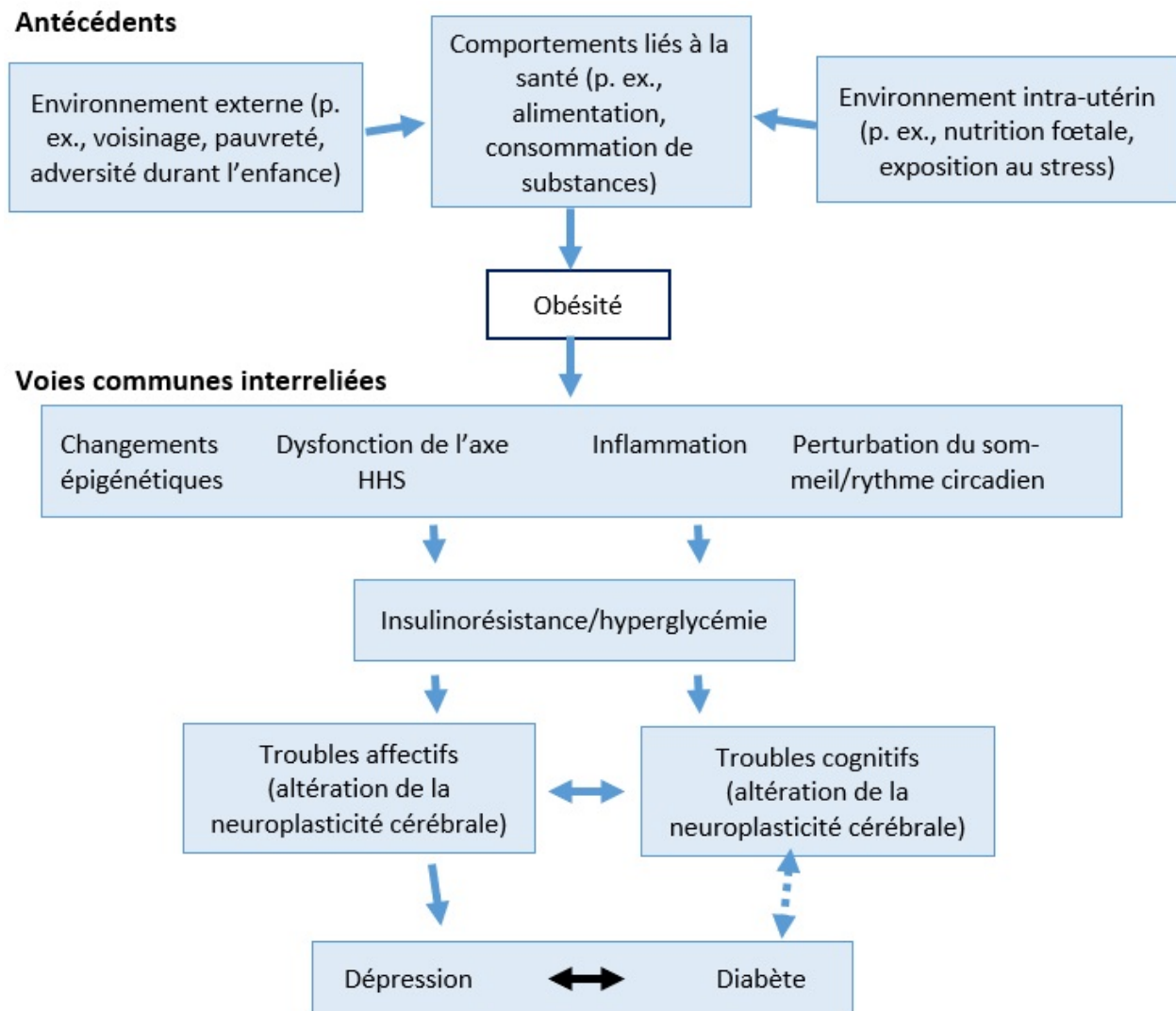
2. Dysfonctionnement des petits vaisseaux sanguins (microvasculaire)

- Chez les personnes vivant avec le DS, les lésions vasculaires dans certaines régions du cerveau pourraient avoir une incidence sur la régulation de l'humeur²⁷⁵.
- Une méta-analyse d'études longitudinales a révélé que les scintigraphies du cerveau montrant la présence de la maladie des petits vaisseaux sont associées à un risque plus élevé de symptômes de dépression^{276,277}.
- Les études portant sur les voies causales liées au dysfonctionnement des petits vaisseaux sanguins et à la rigidification des artères, qui participent à l'apparition de lésions cérébrovasculaires, établissent un lien étroit avec le diabète^{278,279,280}.

3. Inflammation de faible intensité, diabète et dépression

- Le DST2 est accompagné d'une inflammation systémique légère²⁸¹, un mécanisme participant à la fois à l'apparition de complications cardiovasculaires et de la dépression^{282,283}.
- Une méta-analyse a révélé que la résistance au traitement par antidépresseurs est associée à une plus grande inflammation de faible intensité²⁸⁴, ce qui laisse croire que la dépression résistante au traitement diffère des autres types de dépression.

Figure 3.12 : Voies étiologiques communes du DS et des maladies mentales²⁷¹



- Les facteurs de risque de dépression chez les personnes atteintes de DS sont le fait de vivre seules, le faible soutien social, le faible statut socio-économique, un mauvais contrôle glycémique persistant, l'insulinothérapie contre le DST2, le faible niveau de littératie, le fait de demeurer en région rurale, le mariage et l'apparition du DS durant les deux années précédentes ainsi que la présence de complications liées au DS²⁸⁵.
- Un mode de vie sédentaire ne comportant pas suffisamment d'activités physiques et d'autosoins constitue souvent un facteur précipitant la dépression chez les patients atteints de DST2, et inversement.
- La schizophrénie est associée à un allèle situé sur le gène TCF7L2 qui est aussi associé au risque de DST2, ce qui donne à penser que le DS et la schizophrénie pourraient avoir des facteurs de risque familiaux ou des prédispositions génétiques en commun²⁸⁶.

Gestion du diabète et de la santé mentale

A. APPLICATIONS DE SANTÉ NUMÉRIQUE

- Plusieurs applications de santé numérique sont offertes pour compléter les soins, mais les données démontrant leur utilité demeurent préliminaires. La mise à l'essai de solutions de cybersanté et d'interventions basées sur la technologie mobile a montré que celles-ci sont moins efficaces que la psychothérapie en personne²⁸⁷.

B. INTERVENTIONS PHARMACOLOGIQUES

- Un examen de Cochrane a montré que la prise d'antidépresseurs avait un effet moyen sur la gravité de la dépression et améliorait le contrôle glycémique, avec une différence moyenne de 0,4 % (IC à 95 % : -0,6 à -0,1) pour l'hémoglobine glycosylée (HbA1c)²⁸⁸.

C. INTERVENTIONS PSYCHOLOGIQUES

- Un essai randomisé contrôlé effectué auprès d'adultes atteints de DST2 qui comparait l'offre en télésanté de soins traditionnels contre la dépression combinés à la psychothérapie (un moniteur installé à domicile permettait de recueillir des mesures cliniques) avec la prestation de soins traditionnels seuls a montré des réductions significatives de l'HbA1c et des coûts des soins de santé (3781 \$ en moyenne contre 4662 \$; $P < 0,001$) dans le groupe d'intervention, comparé au groupe recevant seulement les soins habituels. Les résultats relatifs à la dépression en particulier n'étaient pas évalués²⁸⁹.

D. MODÈLES DE SOINS

- Il est recommandé d'offrir des services holistiques et préventifs mettant l'accent sur une alimentation saine, sur l'activité physique et sur la saine gestion du poids afin de favoriser la santé mentale et physique.
- Un examen de l'organisme Cochrane sur les programmes d'autogestion destinés aux personnes ayant des problèmes de santé mentale graves a révélé que les données probantes disponibles étaient insuffisantes pour démontrer l'efficacité de ces initiatives pour améliorer les résultats de santé physique et mentale²⁹⁰.
- Bien que leur effet sur le contrôle de la glycémie soit variable, les interventions incluant de l'éducation sur l'autogestion du diabète ont montré un effet bénéfique pour le contrôle de la glycémie²⁹¹.
- Les taux de dépression chez les personnes ayant le DST2 varient selon le groupe ethnique, ce qui donne à penser qu'il faut s'attaquer aux agents stressants propres aux minorités raciales et ethniques pour améliorer les résultats liés au diabète²⁹².
- Dans un essai randomisé contrôlé comparant des rendez-vous médicaux de groupe dirigés par des pharmaciens avec les soins traditionnels, on a constaté que l'intervention favorisait une régulation glycémique plus efficace chez les personnes

atteintes de DST2 et de dépression concomitantes, sans modifier les symptômes de dépression²⁹³.

Les soins collaboratifs offrent de bons résultats en ce qui concerne le traitement de la dépression et de l'anxiété chez les personnes diabétiques. La prestation de soins collaboratifs, où le modèle de soins par paliers permettait d'entreprendre les traitements avec la psychothérapie ou la pharmacothérapie, à une clientèle de soins primaires a produit une ampleur de l'effet de -0,29 (IC à 95 % : -0,43 à -0,16)⁵⁶⁹.

- Un projet pilote d'une intervention intégrée axée sur les techniques d'activation comportementale et d'entrevue motivationnelle, élaboré en collaboration avec les utilisateurs finaux (des immigrants hispaniques), les membres de leur famille et des fournisseurs de soins, a entraîné des retombées positives autant pour le diabète que pour la dépression²⁹⁴.
- Un essai pilote comparant une intervention intégrée de base à une intervention intégrée faisant appel à la planification axée sur le patient (prise en considération des besoins financiers, sociaux et émotionnels des patients dans les soins primaires contre le DST2 et la dépression) a montré l'efficacité de cette dernière à améliorer les taux d'HbA1c et à soulager les symptômes de dépression (sur l'échelle CES-D)²⁹⁵.
- Les modèles de soins collaboratifs devraient être élargis afin d'inclure également les troubles liés à l'usage de substances et la comorbidité psychiatrique connexe chez les personnes atteintes de diabète²⁹⁶.

3.1.6 Épilepsie

L'épilepsie est une maladie cérébrale caractérisée par une activité électrique anormale pouvant provoquer des convulsions ou des comportements, des sensations et parfois des pertes de conscience inhabituels. Elle est l'une des maladies nerveuses les plus courantes. Les problèmes de santé mentale comme la dépression et l'anxiété aggravent les convulsions et réduisent la qualité de vie²⁹⁷.

Prévalence et incidence de l'épilepsie en concomitance avec des maladies ou des problèmes liés à la santé mentale

A. ANXIÉTÉ

- La prévalence des troubles de l'anxiété a été estimée à 17 % dans une petite étude menée sur des personnes atteintes d'épilepsie (n=96)²⁹⁸; les symptômes d'anxiété ont été estimés à 46 %²⁹⁹.

B. DÉPRESSION

- Les taux de dépression semblent augmenter à mesure que les patients progressent des soins primaires vers les soins secondaires, puis tertiaires³⁰⁰.

- Selon un examen systématique, la prévalence globale de la dépression active (actuelle ou dans la dernière année) chez les personnes épileptiques serait de 23 % (IC à 95 % : 21-28 %).³⁰⁰ Un sous-ensemble d'études (5 des 14 études examinées) a révélé que le risque global de dépression activée était de 2,77 (IC à 95 % : 2,09-3,67). En ce qui concerne la dépression sur l'ensemble de la vie, quatre études ont rapporté une prévalence globale de 13 % (IC à 95 % : 5-33 %) et trois études ont rapporté un risque global de 2,20 (IC à 95 % : 1,07-4,51).³⁰⁰

C. TSPT

- Dans une vaste étude longitudinale nationale, on a constaté que les personnes ayant un TSPT couraient un risque accru de souffrir d'épilepsie (RR=3,72; IC à 95 % : 2,27-6,11) après ajustement des facteurs démographiques et des comorbidités entre les problèmes physiques et psychiatriques³⁰¹.
- Dans une étude examinant 120 personnes ayant une épilepsie difficile à traiter qui ont rempli le questionnaire de la Posttraumatic Stress Diagnostic Scale dans le cadre d'un entretien, 50 participants avaient vécu un épisode de convulsions qui correspondait aux critères d'un événement traumatisant et six remplissaient tous les critères d'un TSPT causé par une convulsion traumatisante (trois souffraient d'un TSPT)³⁰².

D. PENSÉES SUICIDAIRES

- Une méta-analyse a fait état de la prévalence groupée des pensées suicidaires chez les personnes épileptiques (24 études) et des tentatives de suicide (18 études), qui s'élèvent respectivement à 23,2 % (IC à 95 % : 18-30 %) et 7 % (IC à 95 % : 3-17 %). Le taux groupé de décès par suicide (10 études) était de 0,5 % (IC à 95 % : 0,2-2 %)³⁰³.

E. ESTIMATIONS DES COMORBIDITÉS AVEC LES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE, PAR SOUS-POPULATION

- Une étude menée auprès de 38 immigrants hispanophones atteints d'épilepsie et de 47 personnes nées aux États-Unis atteints d'épilepsie a révélé que la dépression était considérablement plus présente dans la population immigrante (21,65±14,6 contre 14,50±10,2; P=0,025)³⁰⁴.

Dépistage en santé mentale

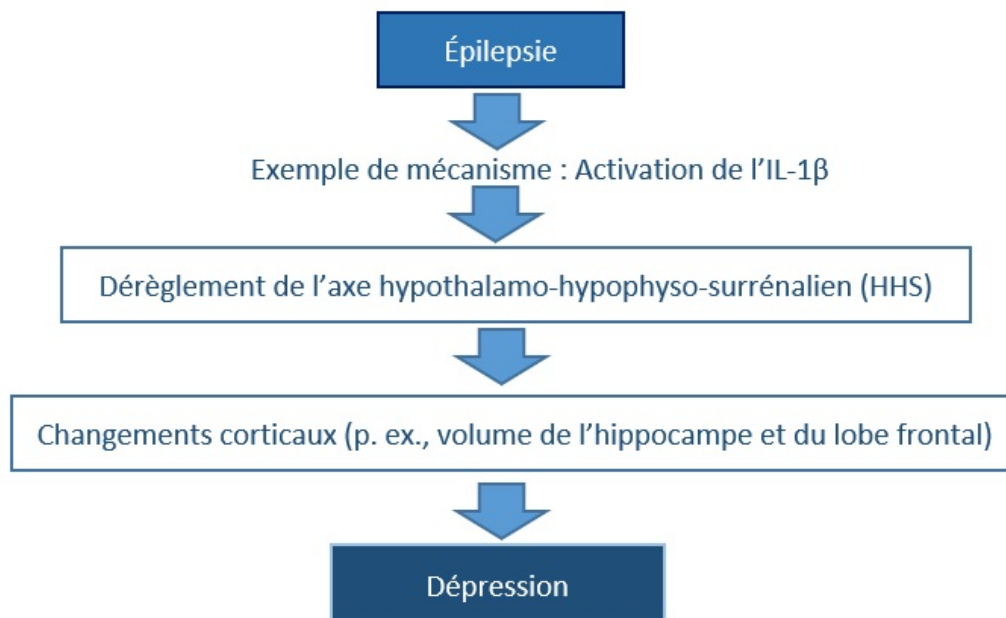
- Les Inventaires de dépression de Beck (IDB) I et II ont été dûment validés comme outils de dépistage de la dépression chez les personnes épileptiques³⁰⁵.
- La dépression chez les personnes souffrant d'épilepsie se divise en quatre catégories, ce qui laisse croire que les outils de dépistage et la gestion de la maladie pourraient devoir être adaptés à chacune³⁰⁶ :
 - i. Péri-ictale : symptômes dysphoriques et dépressifs ou anxiété précédant la convulsion et s'atténuant durant l'ictus.
 - ii. Ictale : relève de l'épilepsie du lobe temporal; présente une incidence d'environ 10 %.

- iii. Post-ictale : deuxième forme en incidence; on l'observe concentré exclusivement dans les lobes frontal et temporal, et croit qu'il est causé par des mécanismes inhibiteurs entraînant l'interruption de l'activité convulsive.
- iv. Inter-ictale : forme la plus courante; inclut des épisodes de dépression majeure, de dysthymie et de troubles affectifs ou de l'humeur.

Voies étiologiques communes

- On croit que la relation entre l'épilepsie et la dépression est bidirectionnelle³⁰⁷.
- La dépression pourrait apparaître sous l'effet d'une exposition à un stress chronique et d'une vulnérabilité inhérente³⁰⁸. L'imprévisibilité des convulsions pourrait induire une impuissance acquise³⁰⁹.
- La dépression pourrait favoriser l'activité épileptique sous l'effet de l'hyperactivité de l'axe HHS et de la perturbation des neurotransmetteurs glutamate et GABA (acide gamma-aminobutyrique)³⁰⁷ de même que de changements corticaux (Figure 3.13).
- Un examen systématique sur les facteurs de risque de la dépression chez les personnes épileptiques vivant dans la communauté a montré que des facteurs sociodémographiques, liés aux maladies, psychologiques, liés aux traitements et génétiques sont clairement associés à la dépression³⁰⁰.

Figure 3.13 : Exemples de voies étiologiques communes de l'épilepsie et de la dépression³¹⁰



L'épilepsie chronique entraîne un dérèglement de l'axe HHS³¹¹ sous l'effet de plusieurs mécanismes, notamment la signalisation activée par l'IL-1 β dans l'hippocampe,³¹² ce qui compromet la transmission sérotonergique dans l'hippocampe et provoque des symptômes comportementaux de la dépression^{312, 312}.

Gestion de l'épilepsie et des maladies mentales

- Un examen systématique des traitements prodigués aux personnes souffrant d'épilepsie et de dépression concomitantes n'a produit aucune preuve solide. L'oxcarbazépine, la venlafaxine et la lamotrigine pourraient améliorer l'humeur, la TCC améliore les résultats liés à la dépression et à l'épilepsie, et le traitement de la dépression hausse la qualité de vie chez les personnes épileptiques³¹³.
- Un examen systématique des interventions d'autogestion de l'épilepsie a produit des données probantes limitées en ce qui concerne l'efficacité des interventions visant à améliorer la qualité de vie des personnes atteintes d'épilepsie. Certains éléments de preuve soutiennent deux types d'interventions, l'une offerte par une infirmière spécialisée en épilepsie et l'autre axée sur l'enseignement de l'autogestion. Il est actuellement impossible de recommander un modèle de prestation de services en particulier pour l'autogestion de l'épilepsie³¹⁴.

3.1.7 Fragilisation

La fragilisation peut se définir de plusieurs façons. Elle désigne l'état médical d'une personne âgée dont la santé et les fonctions sont diminuées. La fragilisation comporte souvent plusieurs dimensions ou caractéristiques, comme la sédentarité, la mauvaise alimentation, l'isolement social ou la solitude et la prise de médicaments multiples³¹⁵.

Prévalence et incidence de la fragilisation en concomitance avec des maladies ou des problèmes liés à la santé mentale

- Les rapports sur la prévalence de la fragilisation et de la dépression varient considérablement; on rapporte une symptomatologie de fragilisation et de dépression s'étendant de 2,5 à 21,1 % (études transversales) et de 6,5 à 25,3 % (études longitudinales au point de référence)³¹⁶.
- Cette forte variabilité s'explique par les différences dans la classification et dans la nature de la symptomatologie dépressive de même que par des critères d'inclusion inégaux (p. ex., inclusion de la démence, des AVC).

Dépistage en santé mentale

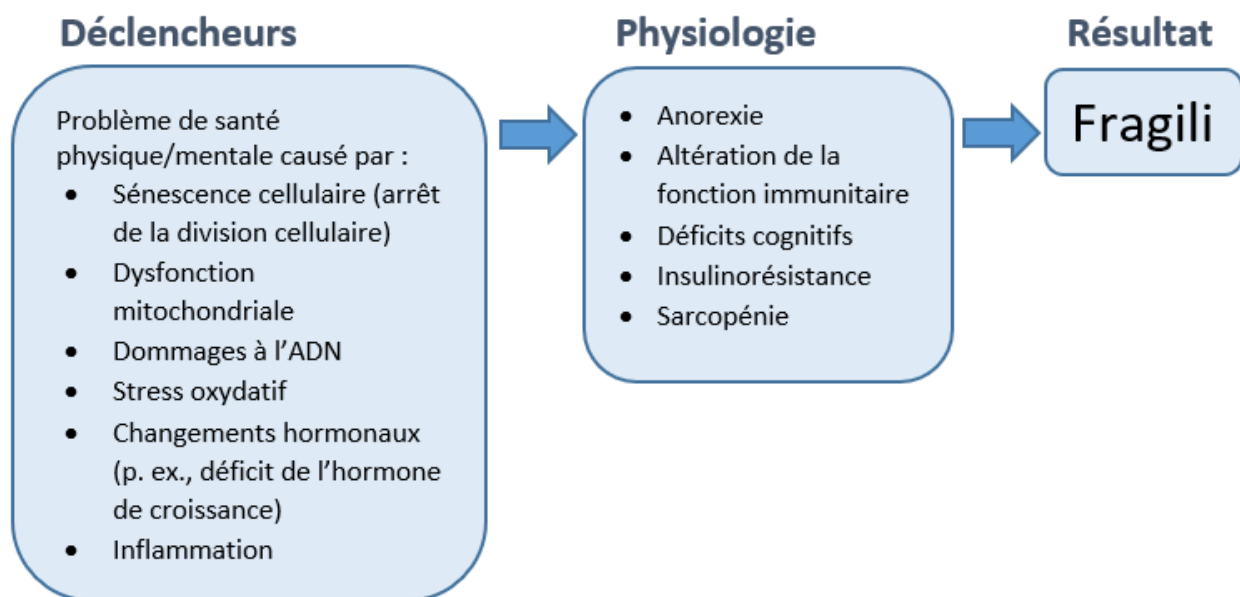
- Le phénotype de la fragilisation fait l'objet de débats. Les experts s'accordent à dire que la fragilisation devrait entraîner l'évaluation de la santé mentale³¹⁷. Dans le présent rapport, la fragilisation est considérée comme un syndrome gériatrique distinct de la multimorbidité, qui est caractérisée par une vulnérabilité accrue et par une réserve physique réduite en raison de l'accumulation de déficiences multisystémiques³¹⁸.
- Le dépistage en santé mentale chez les personnes fragilisées est compliqué, puisque la maladie mentale pourrait être considérée comme un élément de la définition même de l'état de fragilisation.

- Les outils de dépistage les plus couramment utilisés pour évaluer la dépression chez les personnes fragilisées sont l'Échelle de dépression gériatrique, l'outil HADS, l'échelle de dépression de Yesavage et l'échelle CES-D. Aucun d'entre eux n'a été évalué pour sa fiabilité et sa validité dans ces populations.

Voies étiologiques communes

- Bien que des mécanismes biologiques similaires, comme les MCV subcliniques et l'inflammation, fassent partie des manifestations de santé physique et mentale³¹⁹, il est improbable qu'un seul mécanisme soit à l'origine de l'un ou de l'autre des syndromes (ou des deux) chez l'ensemble des sujets.
- La Figure 3.14 illustre les différentes voies biologiques de la fragilisation; plusieurs d'entre elles mènent aussi à la dépression.
- La fragilisation et la dépression ont été associées à des taux plus élevés de SRP et d'IL-6 en circulation. Des taux sériques accrus de lipocaline associée à la gélatinase des neutrophiles (NGAL), une protéine de phase aiguë, pourraient aussi avoir une incidence³²⁰.

Figure 3.14 : Exemple de voies étiologiques communes de la fragilisation et de la dépression^{321,322,323,324}



Gestion de la fragilisation et des maladies mentales

- Pour cibler la fragilisation dans les initiatives de prévention des incapacités ou d'intervention face à celles-ci, l'identification des sous-groupes où elles sont susceptibles d'avoir les plus grandes retombées pourrait être la démarche la plus pragmatique à suivre dans un contexte réel où les ressources sont limitées.
- Des séances individuelles et collectives avec un gériatre pourraient avoir une incidence sur le risque de dépression concomitante à la fragilisation^{325,326}.

- Le groupe de travail de l'International Conference of Frailty and Sarcopenia Research (ICFSR) prône les lignes directrices suivantes dans la gestion de la fragilisation³²⁷ :
 - i. S'attaquer à la polypharmacie, à la gestion de la sarcopénie, aux causes traitables de la perte de poids et aux causes de l'épuisement (dépression, anémie, hypotension, hypothyroïdie, carence en vitamine B₁₂).
 - ii. Assurer que toutes les personnes fragilisées reçoivent du soutien social pour combler leurs besoins non satisfaits et favoriser l'adhésion à un plan de soins complet.
 - iii. Prévoir un programme d'activité physique diversifié incluant un entraînement en résistance.
 - iv. Fournir une supplémentation en protéines ou en calories en cas de perte de poids ou de dénutrition.
- À l'heure actuelle, les données probantes disponibles ne permettent pas de valider des interventions comme la thérapie cognitive, la thérapie de résolution des problèmes, la supplémentation en vitamine D et les traitements hormonaux³²⁷.

3.1.8 Maladie de Huntington (MH)

La MH est un trouble cérébral progressif causant des mouvements incontrôlés, des problèmes émotionnels et une perte des fonctions cognitives. La MH déclarée à l'âge adulte se manifeste généralement entre 30 et 49 ans. Ses premiers signes et symptômes sont l'irritabilité, la dépression, de petits mouvements involontaires, une mauvaise coordination et la difficulté à acquérir de l'information nouvelle ou à prendre des décisions. Les personnes touchées pourraient avoir du mal à marcher, à parler ou à avaler. Les personnes aux prises avec la MH constatent aussi une modification de leur personnalité et un déclin de leurs capacités de réflexion et de raisonnement. Les individus atteints de la MH de type adulte vivent en général environ 15 à 20 ans après l'apparition des signes et symptômes³²⁸.

Prévalence et incidence de la MH en concomitance avec des maladies ou des problèmes liés à la santé mentale

- Les estimations de la prévalence des problèmes de santé mentale chez les personnes souffrant de la MH varient de 15 et 69 % pour la dépression, sans écart significatif entre les hommes et les femmes³²⁹, et de 28 à 62 % pour l'apathie^{330,331}, s'établissent à 13 % pour l'irritabilité et l'agressivité³³¹ et à 1 % pour les symptômes psychotiques, et vont de 2 à 20 % pour les pensées suicidaires et les tentatives de suicide³³².
- Les cas de dépression de stade 2 rapportés sont les plus prévalents (~ 45%); à ce stade, les personnes touchées demeurent fonctionnelles au travail, mais à moindre capacité³³³.

- Les symptômes comportementaux sont courants durant la période de la maladie précédant la manifestation des symptômes moteurs (prodrome) et peuvent conduire à des perturbations dans la vie familiale, à l'isolement social et au retrait³³⁴.
- On estime que la prévalence des comportements obsessifs et compulsifs s'élève à 13 %³³¹. La persévération, c'est-à-dire la reproduction d'une pensée, d'un comportement ou d'une émotion en dehors du contexte psychologique, est le plus courant³³⁵.

Dépistage en santé mentale

- Les comorbidités liées à la santé mentale constatées chez les personnes atteintes de la MH sont la dépression, l'irritabilité, l'anxiété, l'apathie, les hallucinations et la persévération³³⁶.
- Une évaluation de la qualité des échelles d'évaluation du comportement commandée par la Movement Disorder Society a conclu que parmi les 27 échelles d'évaluation du comportement examinées, l'Irritability Scale est recommandée pour mesurer l'irritabilité; et l'Inventaire de dépression de Beck II et l'outil Hospital Anxiety Depression Scale sont recommandés pour mesurer la dépression³³⁶.
- Les difficultés rencontrées lors du dépistage des maladies mentales sont la cooccurrence de multiples symptômes comportementaux, les caractéristiques des symptômes comportementaux chez les personnes ayant la MH et la nécessité de tenir compte de caractéristiques propres à un stade ou à une maladie en particulier, notamment la déficience et l'intuition cognitives³³⁶.

Voies étiologiques communes

- Les données actuelles pointent vers un modèle où les facteurs de risque biologiques interagissent avec les agents et événements stressants de la vie pour donner lieu à des problèmes de santé mentale (Figure 3.15)³³⁷.
- L'irritabilité et l'impulsivité du patient sont des symptômes pouvant être occasionnés par sa frustration de perdre ses capacités, la difficulté de s'exprimer et la fatigue neurologique et psychologique associée.
- L'anxiété est en corrélation avec la perte des fonctions vitales, les problèmes familiaux, sociaux et financiers, la dépression, le suicide, l'irritabilité, la perte de qualité de vie, la douleur, les croyances liées à la maladie et la capacité d'adaptation à celle-ci³³⁴.

Figure 3.15 : Voies étiologiques communes de la MH et de la maladie mentale³³⁷



Gestion de la MH et de la santé mentale

- La gestion de la santé mentale devrait être basée sur la reconnaissance des déclencheurs environnementaux ou somatiques sous-jacents (p. ex., la douleur, les effets secondaires des médicaments) provoquant des changements dans l'humeur ou le comportement.
- Les Lignes directrices internationales pour le traitement de la maladie de Huntington conseillent la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience et la thérapie d'acceptation et d'engagement, de même que la stimulation cognitive personnalisée, le recours à des routines, à un programme structuré d'activités ainsi qu'à la psychoéducation familiale à propos des stratégies de diversion permettant de réduire les confrontations³³⁴.
- Peu d'études se sont penchées sur l'efficacité et le rapport risques-avantages des médicaments psychotropes. Actuellement, on recommande les inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine (ISRS) ou les inhibiteurs du recaptage de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSN), ou encore la miansérine ou la mirtazapine, en cas de troubles du sommeil. Les antipsychotiques ont été prescrits pour traiter des symptômes comme l'agitation³³⁴.
- Dans le cas de la dépression résistante à la médication, la thérapie électroconvulsive (ECT) pourrait être indiquée³³⁴.
- Le risque de suicide devrait être évalué régulièrement, notamment lors du diagnostic et lorsque la maladie commence à gêner les activités quotidiennes. Les personnes ayant des pensées suicidaires actives et un plan pour mettre fin à leurs jours nécessitent une évaluation psychiatrique immédiate³³⁴.
- Au fil de l'évolution de la MH, les symptômes de pensées répétitives pourraient remplacer le trouble obsessionnel-compulsif. La distinction entre le trouble obsessionnel-compulsif et la persévération donnera lieu à des approches différenciées³³⁴.

3.1.9 Maladies intestinales inflammatoires (MII)

Les MII regroupent deux affections (la maladie de Crohn et la colite ulcéreuse) qui sont caractérisées par l'inflammation chronique du tractus gastro-intestinal. La maladie de Crohn peut toucher toutes les parties du tractus gastro-intestinal (de la bouche à l'anus). La plupart du temps, elle s'attaque à la partie de l'intestin grêle précédant le gros intestin et le côlon. La colite ulcéreuse se produit dans le gros intestin (côlon) et dans le rectum³³⁸.

Prévalence et incidence des MII en concomitance avec des maladies ou des problèmes liés à la santé mentale

- Les estimations de la prévalence de la dépression et de l'anxiété dans la littérature sur les MII sont la plupart du temps basées sur des questionnaires évaluant l'anxiété ou la dépression en particulier, comme l'outil HADS et le QSP-9; on rapporte des taux de 26 à 42 % pour la dépression, de 20 à 28 % pour la présence d'au moins un trouble lié à l'anxiété et de 11 % pour le trouble dépressif^{339, 340,341,342}.
- Dans une analyse des données sur la santé mentale issues de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2012, on a étudié la présence du trouble d'anxiété généralisée à partir des critères d'inclusion pour l'ensemble de la vie tirés de l'Entretien diagnostique international global (CIDI) de l'OMS et de l'autodéclaration des MII par les répondants. La probabilité que les personnes ayant une MII souffrent d'anxiété était environ deux fois plus élevée que chez celles n'ayant aucune MII (RC=2,18; IC à 95 % : 1,50-3,16); les chiffres étaient similaires pour la maladie de Crohn et la colite ulcéreuse. Les facteurs les plus étroitement liés à l'anxiété étaient l'abus sexuel durant l'enfance, le genre féminin et la douleur chronique³⁴³.
- Une enquête a montré que 21 % des répondants cherchaient à obtenir de l'aide pour un problème de santé mentale alors que 12 % disaient souffrir d'au moins un problème psychologique sans toutefois chercher à obtenir un traitement³⁴⁰.
- La prévalence des problèmes de santé mentale pourrait grimper à 80 % lors des poussées actives³⁴⁴.
- Une analyse des données de la National Health Insurance Research Database (3 590 personnes ayant une MII et 14 360 personnes n'ayant pas de MII, appariées selon leur pointage de propension), a révélé une faible prévalence du trouble bipolaire (0,72 %). Les résultats de la modélisation de régression ont montré des probabilités accrues de trouble bipolaire chez les personnes ayant une MII (RC=2,10; IC à 95 % : 1,30-3,38) en comparaison avec le groupe témoin. La probabilité était légèrement supérieure chez les personnes souffrant de colite ulcéreuse (RC=2,23; IC à 95 % : 1,31-3,82) en comparaison avec le groupe témoin³⁴⁵.

Dépistage en santé mentale

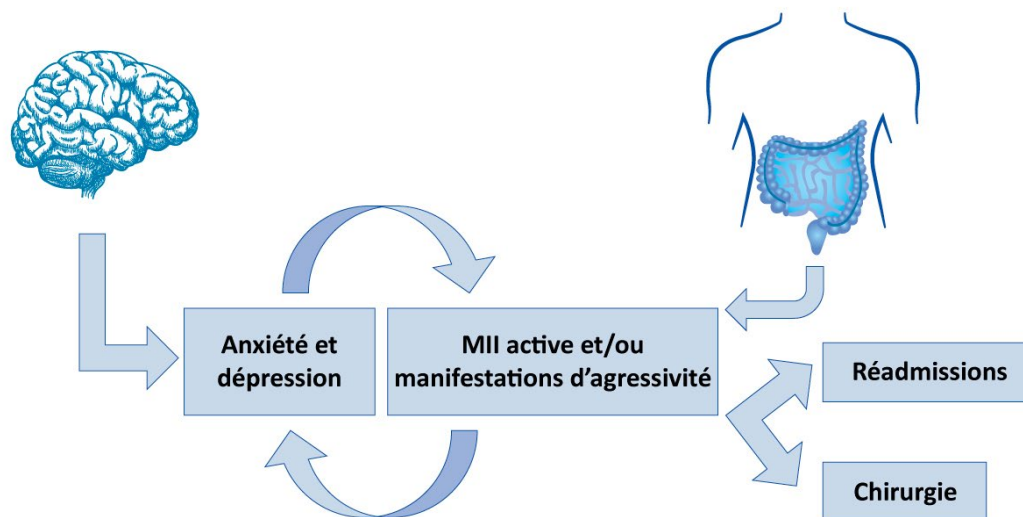
- Les symptômes d'anxiété et de dépression sont couramment associés à une hausse de l'activité des MII et à une qualité de vie amoindrie³⁴⁶.

- La détresse psychologique continue peut exacerber l'activité de la maladie et faire augmenter le risque de poussée active en même temps que les coûts pour le système de santé³³⁹.

Voies étiologiques communes

- L'anxiété, la dépression et les rechutes semblent concomitantes à l'intérieur d'un cycle autoperpétué ayant des effets dévastateurs sur les patients souffrant de MII.³⁴⁷
- Les interactions entre, d'une part, le tractus gastro-intestinal et son microbiome et, d'autre part, le système nerveux central (SNC) sont bidirectionnelles et forment l'axe intestin-cerveau-microbiote^{348,349}, qui peut influencer sur la neurochimie du SNC et sur le comportement³⁵⁰.
- L'intensification des symptômes gastro-intestinaux peut être attribuée à l'aggravation des troubles psychologiques concomitants^{33,351}.
- La Figure 3.16 illustre comment l'utilisation d'antidépresseurs peut contribuer à atténuer les symptômes mentaux et physiques.

Figure 3.16 : Liens entre la maladie mentale et les MII³⁵²



Gestion des MII et de la santé mentale

- La littérature scientifique donne à penser que la gestion des MII peut être améliorée en réduisant le stress au moyen d'interventions psychologiques, ce qui améliore la qualité de vie sur le plan de la santé³⁵³.

Les lignes directrices consensuelles de la British Society of Gastroenterology sur la gestion des MII chez les adultes indiquent que les interventions psychologiques (psychothérapie, éducation des patients et techniques de relaxation) visant à réduire l'anxiété, la douleur et le niveau de stress ont un effet positif sur l'humeur⁵⁷⁰.

- Les patients atteints d'une maladie gastro-intestinale ont un accès limité à la psychothérapie en raison des ressources psychologiques limitées disponibles pour ces populations³⁵⁴. On a proposé des méthodes virtuelles; toutefois, un examen systématique des interventions psychologiques offertes en ligne a rapporté un nombre limité d'études et trop peu de preuves pour démontrer l'efficacité des TCC virtuelles dans la gestion des résultats physiques et mentaux des patients atteints de maladies gastro-intestinales³⁵⁵.
- Une étude menée par l'organisme Cochrane a révélé que les interventions psychologiques n'avaient aucun bénéfice pour les adultes souffrant d'une MII³⁵⁶.
- Les données probantes sont partagées en ce qui concerne les avantages de la TCC^{357,358,359}.
- La pleine conscience comme complément à la thérapie pharmacologique pourrait atténuer les symptômes psychologiques chez les personnes atteintes d'une MII et faciliter la gestion des symptômes lors de poussées actives de la maladie^{360,361,362}.
- Une solide base de données probantes soutient l'hypnothérapie dirigée vers l'intestin pour le soulagement des symptômes de MII; toutefois, des recherches plus poussées seront requises pour déterminer si cette intervention a une incidence sur les problèmes de santé mentale chez les personnes ayant une MII^{363,364}.

3.1.10 Insuffisance rénale (chronique) ou IRC

L'IRC est la détérioration progressive et irréversible de la fonction rénale. Aux premiers stades de la maladie, la gestion a pour but de surveiller la pression sanguine et d'autres facteurs de risque. À mesure que la maladie progresse, le traitement pharmacologique et les autres interventions sont amplifiés en prévision de la thérapie de suppléance rénale (p. ex., chirurgie, transplantation). Ces changements ont été associés à une détresse psychologique accrue³⁶⁵.

Prévalence et incidence de l'IRC en concomitance avec des maladies ou des problèmes liés à la santé mentale

- Il est difficile de diagnostiquer la dépression majeure chez les personnes atteintes d'IRC puisque les symptômes de l'urémie (taux élevés d'urée dans le sang) peuvent rappeler ceux de la dépression clinique³⁶⁶.
- On signale une prévalence globale estimative de la dépression de 27 %; les estimations varient en fonction du stade de la maladie, s'étendant de 27 % chez les personnes ayant subi une greffe du rein à 39 % chez les patients aux stades finaux de la maladie^{367,368}.
- L'incidence des symptômes dépressifs autodéclarés serait plus élevée chez les personnes souffrant de rejet chronique de la greffe que chez celles où la transplantation a réussi et chez les patients en dialyse attendant une greffe.
- Les résultats d'une étude démographique nationale menée sur des personnes ayant reçu un diagnostic de schizophrénie (n=27 516), appariées en fonction de l'âge et du

sexe, ont révélé que les probabilités de souffrir d'IRC étaient plus grandes chez les personnes schizophrènes (RC ajusté=1,62; IC à 95 % : 1,45-1,82)³⁶⁹.

- Parmi les patients en hémodialyse, les personnes jeunes et d'origine chinoise présentaient un risque de dépression plus élevé³⁷⁰.

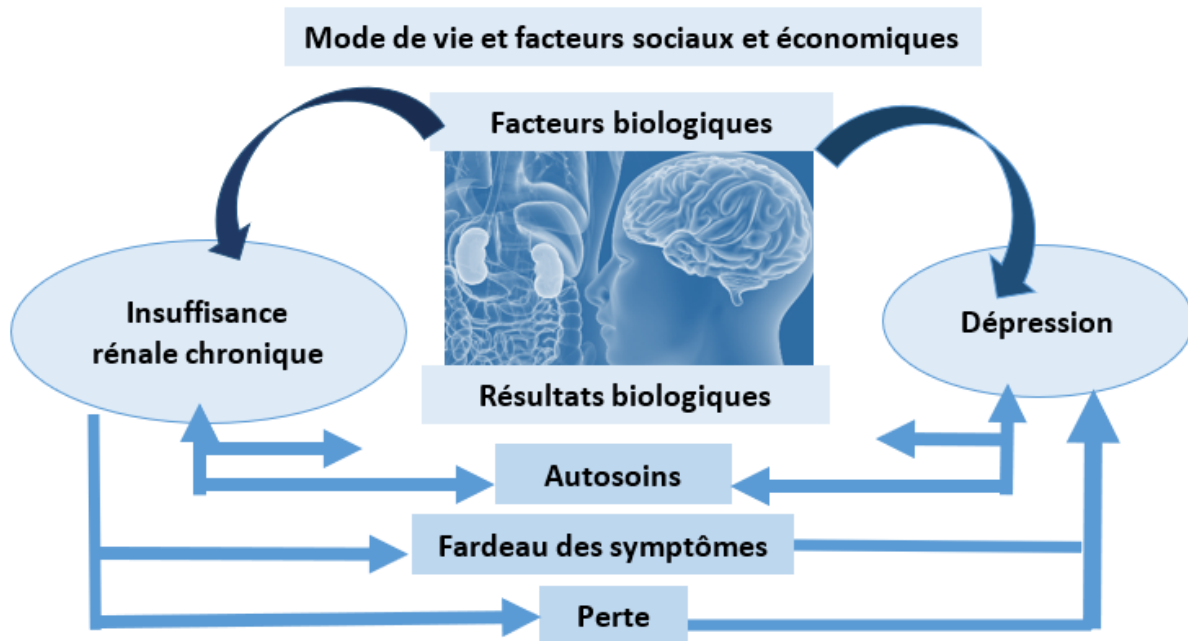
Dépistage en santé mentale

- Certaines recherches ont constaté que les données de haute qualité sont trop rares pour prouver que le dépistage et le traitement de la dépression chez les personnes atteintes d'IRC permettaient d'atténuer leurs symptômes cliniques et d'améliorer leur qualité de vie³⁶⁶.
- D'autres auteurs ont plaidé en faveur de programmes de dépistage et soutiennent que le dépistage de la dépression devrait être effectué aux principaux points de transition, comme l'évaluation initiale et le début de la dialyse, puis à intervalles réguliers par la suite³⁶⁶.

Voies étiologiques communes

- Certains facteurs sanitaires, socioéconomiques et biologiques contribuent à l'IRC et aux maladies mentales concomitantes (Figure 3.17)^{337,371}.
- Les relations entre les évaluations de la fonction rénale, les facteurs d'autosoins et la santé mentale sont bidirectionnelles; on a toutefois rapporté des voies unidirectionnelles entre le fardeau des symptômes et la perte fonctionnelle, d'une part, et la dépression chez les personnes souffrant d'IRC, d'autre part^{337,371}.
- On croit que les cytokines inflammatoires, le dérèglement de l'axe HHS, la perturbation de l'homéostasie du glucose et de l'action de l'insuline ainsi que le stress oxydatif jouent un rôle dans l'étiologie de la dépression et de l'IRC concomitante³⁷¹.
- La douleur chronique, un symptôme fréquent de l'IRC, peut induire la dépression clinique par l'activation chronique de l'axe HHS sous l'effet du stress.
- Des facteurs psychosociaux, comme le changement d'identité, le fardeau des symptômes, la peur de la dialyse, l'incertitude face à l'évolution de la maladie, les expériences négatives dans le système de santé, la perturbation du mode de vie, les difficultés financières, les changements dans la conception et l'estime de soi, le sentiment de culpabilité pour le fardeau perçu imposé aux membres de la famille ainsi que les effets secondaires des médicaments, pourraient contribuer à la dépression³⁷¹.
- Le receveur d'une greffe pourrait porter le deuil du donneur inconnu décédé et pourrait se sentir coupable que sa vie ait été sauvée au prix d'une autre vie humaine. Dans les cas où l'organe transplanté provient d'un donneur vivant, le receveur pourrait avoir de la difficulté à composer avec le sentiment d'être endetté envers le donneur, ressentir de la culpabilité ou de la peur à la perspective d'un rejet de greffe³⁷¹.

Figure 3.17 : Voies étiologiques communes entre l'IRC et la maladie mentale^{337,371}



Facteurs biologiques	Facteurs psychosociaux
<ul style="list-style-type: none"> • Toxines urémiques • Inflammation chronique • Perturbation de l'homéostasie du glucose et de l'action de l'insuline • Dérèglement de l'axe HHS • Douleur chronique menant à l'activation de l'axe HHS sous l'effet du stress • Effets secondaires des médicaments 	<ul style="list-style-type: none"> • Changements dans le mode de vie, le rôle social, la conception et l'estime de soi • Perte d'autonomie et de contrôle • Capacité limitée pour l'expression de soi, la productivité et la participation sociale • Préoccupations liées à l'image corporelle • Faible estime de soi • Fardeau des symptômes; peur de la dialyse, peur face à un avenir incertain, à une mauvaise santé, à la mort et à la fin de la vie; questions existentielles, sens de la vie • Expériences négatives dans le système de santé • Sentiment de culpabilité face au fardeau perçu imposé aux membres de la famille • Faible soutien social perçu • Chômage
<p style="text-align: center;">↓</p> <p>Changements dans l'activité neurohormonale</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Symptômes somatiques</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perturbation du sommeil, douleur, fatigue • Perte d'appétit • Perte de désir sexuel 	

Gestion de l'IRC et de la santé mentale

A. INTERVENTIONS PHARMACOLOGIQUES

- Les bénéfices des antidépresseurs doivent être soupesés au regard des préjudices qu'ils peuvent causer. Les médicaments sont décomposés par le foie, et les reins ou la dialyse pourraient être incapables de retirer les produits finaux en quantité suffisante. On s'inquiète également du risque accru d'interactions entre les médicaments et les métabolites toxiques accumulés. Les données probantes concernant l'efficacité des antidépresseurs par rapport au placebo chez les patients souffrant d'IRC de stade 3 à 5 et de dépression sont insuffisantes; des essais randomisés contrôlés bien conçus sont requis³⁶⁶.

B. INTERVENTIONS PSYCHOLOGIQUES

- La TCC pourrait être bénéfique lors de changements dans le régime de dialyse³⁶⁶.

La gestion de la maladie pourrait mettre l'accent sur la perception de celle-ci³⁶⁶, c'est-à-dire l'évaluation cognitive et la compréhension de la maladie par le patient⁵⁷⁸. Cette perception peut comporter des croyances positives et négatives au sujet de la maladie susceptibles d'influencer la capacité de la personne à composer avec sa maladie et à la considérer comme étant gérable, plutôt que menaçante⁵⁷⁹.

- La perception positive de la maladie est associée à de meilleurs niveaux d'autonomie et d'estime de soi pouvant favoriser la bonne santé mentale³⁶⁶.

C. INTERVENTIONS D'AUTOGESTION

- Un programme d'entraînement portant sur la respiration donné par une infirmière dans un établissement de soins à des personnes sous hémodialyse d'entretien a produit des améliorations significativement plus grandes de la dépression (pointages à l'Inventaire de dépression de Beck II), en comparaison avec le groupe témoin³⁷².
- Les programmes d'autogestion de la maladie chronique qui incluent des activités comme la thérapie par l'exercice pourraient favoriser la santé mentale³⁶⁶.

3.1.11 Syndrome métabolique (SMet)

Le SMet est un problème de santé qui non traité augmente le risque de nombreuses maladies chroniques, dont le diabète de type 2 et les maladies cardiovasculaires. Le SMet est diagnostiqué quand le patient présente trois des caractéristiques suivantes : tension artérielle élevée, taux de glucose sanguin élevé, taux de triglycérides élevé, faible taux de cholestérol HDL et tour de taille élevé⁶.

Prévalence et incidence du SMet en concomitance avec des maladies ou des problèmes liés à la santé mentale

- Environ 40 % des personnes aux prises avec une maladie mentale grave répondent aux critères du SMet établis par le National Cholesterol Education Panel-Adult Treatment Panel III (NCEP-ATP-III)^{373,374}.
- Une méta-analyse a rapporté que la prévalence du SMet était 58 % plus élevée chez les personnes ayant un problème de santé mentale que dans la population générale³⁷⁵; le risque était similaire pour les personnes souffrant de schizophrénie, du trouble bipolaire (TB) et du trouble dépressif majeur (TDM).
- Une méta-analyse a permis de constater que chez les personnes souffrant d'un TB, l'utilisation de médicaments antipsychotiques entraînait un risque 1,72 fois plus élevé de souffrir du SMet que chez les personnes ne prenant pas d'antipsychotiques³⁷⁶.
- Une méta-analyse a montré que les personnes schizophrènes couraient un risque significativement plus élevé de SMet (RC=2,35)³⁷⁶; l'ampleur des perturbations métaboliques augmentait avec la durée de la maladie³⁷⁸ et l'âge du patient³⁷⁹. Les personnes ayant un trouble schizoaffectif présentaient un taux légèrement supérieur de SMet que les personnes schizophrènes³⁸⁰.
- Dans une étude transversale menée sur des personnes ayant des diagnostics avérés de TDM et de SMet, on a constaté une modification de l'effet en fonction du sexe et de l'âge : les femmes plus jeunes (20 à 49 ans) ayant un TDM étaient plus souvent touchées par le SMet que les femmes plus jeunes ne souffrant pas du TDD (RC=2,21; IC à 95 % : 1,39-3,50). Cette association ne s'est pas manifestée chez les participants plus âgés (50 à 82 ans)³⁸¹.
- Chez les personnes atteintes du syndrome de dépendance alcoolique, la prévalence du SMet était de 21 % et de 10 %, selon les critères du National Cholesterol Education Programme Adult Treatment Panel (NCEP ATP-III) et ceux de la Fédération internationale du diabète (FID), respectivement.
- Chez les personnes souffrant d'une dépendance aux opioïdes, la prévalence du SMet atteignait 20 % et 5 % selon les critères du NCEP ATP-III et de la FID, respectivement³⁸².

Dépistage en santé mentale

- Le dépistage du SMet chez les personnes ayant des problèmes de santé mentale, particulièrement celles prenant des médicaments antipsychotiques, fait partie des soins usuels.
- Selon une étude de validation, l'instrument HADS est considéré comme un outil de dépistage fiable pour les épisodes dépressifs majeurs en cours et les troubles d'anxiété généralisée chez les adultes d'âge moyen et les personnes âgées, qu'ils soient atteints ou non du SMet. Le seuil optimal de dépistage des TDM actifs sur la sous-échelle HADS-Dépression est ≥ 9 pour les personnes souffrant du SMet. Le seuil optimal de dépistage des troubles d'anxiété généralisée actifs sur la sous-échelle HADS-Anxiété est de ≥ 9 pour les personnes souffrant du SMet³⁸³.

Voies étiologiques communes

- Les médicaments antidépresseurs, particulièrement les antidépresseurs tricyclique (ATC) et les inhibiteurs du recaptage de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSN), modifient la régulation du rythme cardiaque^{384,385}, ce qui contribue à l'hypertension chez les utilisateurs³⁸⁶.
- Une méta-analyse d'essais de traitement qui évaluait l'évolution pondérale à court terme après un traitement aux antidépresseurs a révélé que l'amitriptyline, la mirtazapine et la paroxétine étaient associées à un risque accru de gain de poids, qui peut conduire au SMet³⁸⁷.
- De récentes études ont mis en relief des anomalies dans les caractéristiques du SMet chez les personnes atteintes de dépression, qui présentent de nombreux symptômes atypiques et neurovégétatifs, incluant l'hyperphagie, l'hypermnie, le manque d'énergie et la paralysie de plomb^{384,388,389}.

Les problèmes de santé mentale et le SMet ont plusieurs voies étiologiques communes (Figure 3.18), résumées ci-après :

A. MODE DE VIE ET SOINS MÉDICAUX

- Les comportements liés à la santé comme la mauvaise alimentation, le tabagisme et le manque d'activité physique pourraient faire partie de l'étiologie commune du SMet et des maladies mentales graves^{390,391}.
- Les traitements de longue durée au moyen d'antipsychotiques de première et de deuxième génération peuvent accroître le risque de diabète, d'hypertension et d'hyperlipidémie³⁹².
- La probabilité moindre que les personnes souffrant de problèmes de santé mentale reçoivent des niveaux standard (optimaux) de soins médicaux contribue probablement à un profil métabolique moins sain³⁹³.

B. DÉRÈGLEMENTS IMMUNITAIRES, MÉTABOLIQUES ET ENDOCRINIENS CENTRAUX ET PÉRIPHÉRIQUES

- Des groupes de personnes atteintes de différentes maladies mentales partagent des caractéristiques de dérèglement de l'homéostasie, notamment dans l'axe HHS et dans les réponses inflammatoires liées à l'apparition du SMet.
- La perturbation de la sensibilité aux glucocorticoïdes³⁹⁴ accompagnée d'hypercortisolémie entraîne la lipolyse, c'est-à-dire la libération d'acides gras et la synthèse de lipoprotéines de très basse densité (VLDL, en anglais), avec pour conséquence l'hypertriglycéridémie³⁹⁵.
- Le tissu adipeux blanc produit des cytokines inflammatoires et des hormones (p. ex., la leptine) et contribue aux réponses immunitaires et métaboliques pathogènes dans les systèmes nerveux central et périphérique.
- Les cytokines inflammatoires peuvent pénétrer dans le cerveau et provoquer le ralentissement du développement cellulaire (neurogénèse) dans les structures cérébrales responsables de la régulation des émotions³⁹⁶. Elles freinent également la synthèse de sérotonine et stimulent la synthèse de produits de décomposition du

tryptophane (catabolites), ce qui altère la neurotransmission et cause des lésions neuronales³⁹⁷.

- La réponse pro-inflammatoire stimule la libération de lipides dans le sang, ce qui conduit à une baisse de cholestérol LHD et une augmentation des triglycérides. L'activation soutenue de l'axe HHS et de l'inflammation pourrait modifier la sensibilité à l'insuline³⁹⁷.
- Des niveaux élevés de stress oxydatif et nitrosatif (surproduction d'oxyde nitrique) pourraient jouer un rôle autant dans l'apparition de maladies et de problèmes liés à la santé mentale que dans les dérèglements métaboliques³⁹⁸.

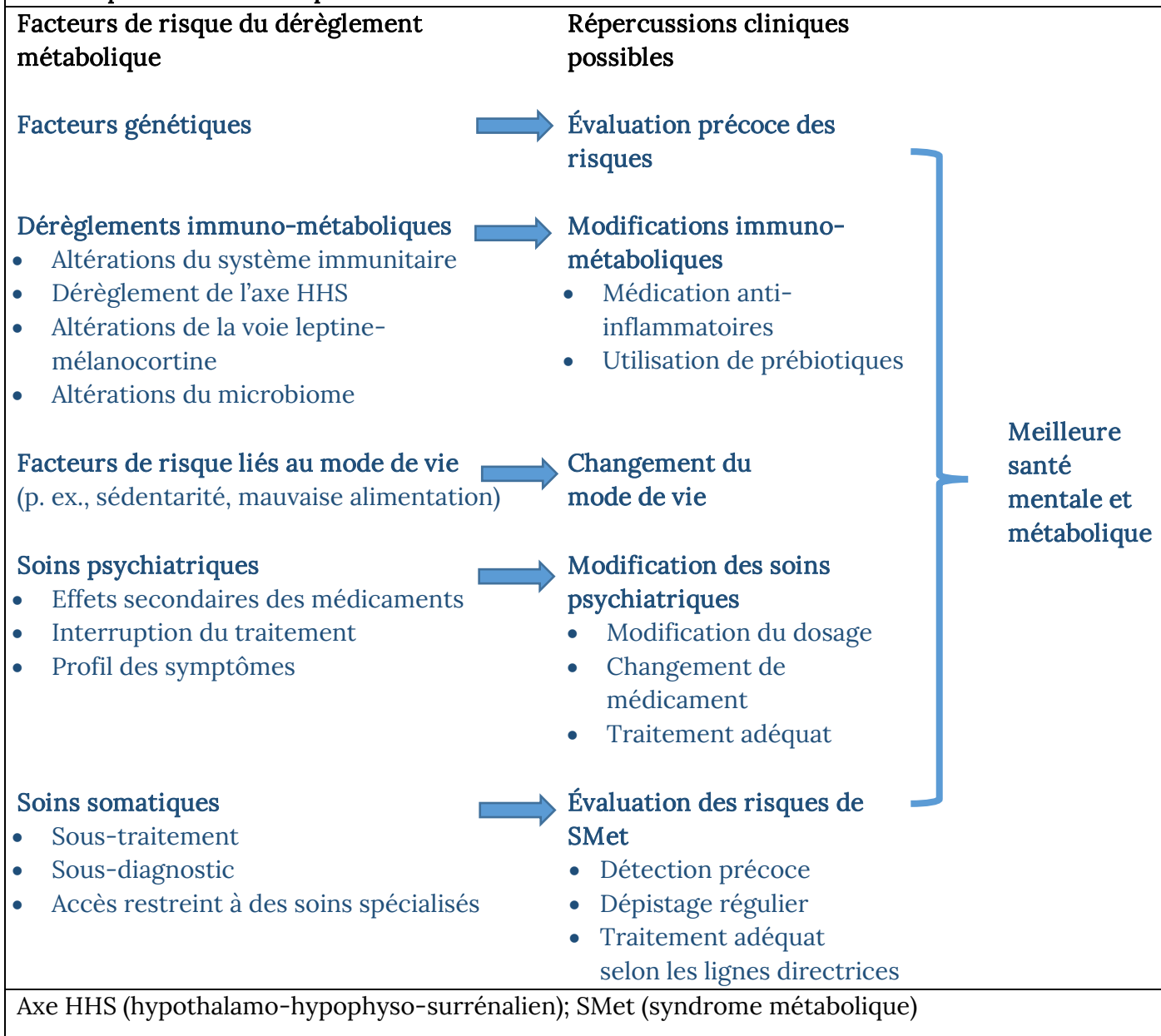
C. VULNÉRABILITÉ GÉNÉTIQUE COMMUNE

- Il semble exister un risque pharmacogénétique liant le syndrome métabolique et la maladie mentale^{374,399}.
- Certains gènes semblent communs aux troubles de l'humeur et aux maladies cardiométaboliques⁴⁰⁰, notamment les gènes CACNA1D (codant pour la sous-unité $\alpha 1$ D des canaux calciques dépendants du voltage), FTO (codant pour la masse adipeuse et la protéine associée à l'obésité), BDNF (codant pour un facteur neurotrophique dérivé du cerveau), POMC (codant pour la pro-opiomélanocortine) et IGF1 (codant pour le facteur de croissance 1 analogue à l'insuline).
- Les voies génétiques communes sont l'hormone libérant la corticotrophine, le guidage axonal, les récepteurs de sérotonine et de dopamine, le rythme circadien et la transmission du signal de la leptine.
- Le gène de la leptine, le gène MTHFR (codant pour la méthylène-tétrahydrofolate réductase) et les gènes codant pour les récepteurs 2C de sérotonine pourraient participer à la pathogénèse du SMet et de la schizophrénie⁴⁰¹.

D. ALTÉRATIONS DU MICROBIOME INTESTINAL

- Les bactéries commensales, qui agissent sur le système immunitaire de leur hôte pour induire des réponses protectrices prévenant la colonisation et l'invasion par des pathogènes, sont un facteur associé à la fois au SMet et à la maladie mentale. La pénétration de bactéries dans l'épithélium intestinal pourrait moduler une gamme de protéines participant à la plasticité et au développement du cerveau, menant à une inflammation de faible intensité chronique, qui déclenche le SMet⁴⁰².

Figure 3.18 : Facteurs sous-jacents à l'étiologie commune du SMet et de la maladie mentale et leurs répercussions cliniques³⁹⁵



Gestion du SMet et de la santé mentale

A. MÉDICAMENTS ANTIPSYCHOTIQUES ET CONTRÔLE MÉTABOLIQUE

- Le dépistage métabolique initial devrait faire partie des soins courants prodigués à toutes les personnes détentrices d'une prescription ordinaire de médicament antipsychotique⁴⁰³.
- Les pratiques de dépistage métabolique systématique rapportées dans les pays à revenu élevé (É.-U., R.-U., Australie, Canada et Espagne) ont révélé que les tests métaboliques n'étaient pas uniformes, malgré la diffusion à grande échelle des lignes directrices à cet effet^{404,405}.

- Un examen systématique a mis au jour une indication d'un possible effet protecteur des antipsychotiques contre le diabète et les taux élevés de cholestérol dans le sang (p. ex., l'hyperlipidémie) Des études prospectives de longue durée seront requises pour effectuer une évaluation fiable des risques de diabète, d'hypertension et d'hyperlipidémie chez les personnes exposées à une polypharmacie antipsychotique⁴⁰⁶.
- Dans une étude sur les soins primaires basés sur la santé mentale fournis aux clients d'un centre communautaire de soins de santé mentale, des chercheurs ont évalué les indicateurs de qualité associés aux visites médicales en consultation externe, au contrôle de la HbA1c⁸ chez les personnes diabétiques et au contrôle métabolique du traitement antipsychotique; ils ont constaté que le programme permettait d'améliorer le contrôle métabolique chez les personnes prenant des antipsychotiques, mais qu'il n'avait pas d'incidence sur les autres indicateurs de qualité⁴⁰⁷.

B. INTERVENTIONS PHARMACOLOGIQUES

- Une méta-analyse de 22 études a révélé que les antidépresseurs, les ISRS au premier chef, réduisaient les taux de cytokines durant le traitement⁴⁰⁸ et qu'ils pourraient constituer un facteur de protection contre le SMet.

3.1.12 Obésité

L'obésité (IMC>30) est caractérisée par une masse adipeuse excessive ou anormale pouvant compromettre la santé de la personne. De nombreuses organisations, dont Obésité Canada, l'Association médicale canadienne, l'American Medical Association et l'Organisation mondiale de la Santé, considèrent l'obésité comme une maladie chronique parce que sa gestion est un processus qui dure toute la vie⁴⁰⁹.

Prévalence et incidence de l'obésité en concomitance avec des maladies ou des problèmes liés à la santé mentale

A. ANXIÉTÉ ET DÉPRESSION

- Les problèmes de santé mentale, particulièrement la dépression, sont courants chez les personnes obèses (>50 % de résultats positifs au dépistage).
- Les études menées sur des patients souhaitant subir une chirurgie bariatrique montrent des taux de prévalence de 21 à 56 % chez les personnes souffrant d'un trouble de l'Axe I, de 22 à 32 % chez celles ayant un trouble de l'humeur et de 15 à 24 % chez celles ayant un trouble anxieux⁴¹⁰.

⁸L'hémoglobine glyquée renvoie à la fixation de molécules de glucose (un type de sucre) à des molécules d'hémoglobine dans le sang. Le test d'hémoglobine A1c, ou HbA1c, peut être effectué pour détecter le taux de glucose qui s'est attaché à l'hémoglobine durant une période donnée; cette valeur est un indicateur du contrôle glycémique.

B. TROUBLE BIPOLAIRE

- Une méta-analyse de neuf études épidémiologiques transversales a découvert une association entre l'obésité et la prévalence accrue du trouble bipolaire (TB) (RC=1,77; IC à 95 % : 1,40-2,23)⁴¹¹. Le taux d'obésité chez les femmes atteintes d'un TB était supérieur à celui des hommes atteints d'un TB⁴¹².

C. TROUBLES DE L'ALIMENTATION

- Des études menées sur des patients souhaitant subir une chirurgie bariatrique montrent des taux de prévalence de 3 à 23 % d'hyperphagie boulimique⁴¹⁰.

D. CONSOMMATION DE SUBSTANCES

- Chez les candidats à la chirurgie bariatrique, la prévalence de la consommation passée ou récente de tabac est de 55 %, et 13 % d'entre eux ont des antécédents de troubles liés à la consommation de substances⁴¹³.

E. ESTIMATIONS DES COMORBIDITÉS AVEC LES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE, PAR SOUS-POPULATION

- Dans deux études longitudinales menées auprès d'Afro-Américains (17 à 29 ans), de 23 à 27 % des sujets présentaient une consommation de substances croissante au fil du temps, de 18 à 27 % affichaient une obésité croissante au fil du temps et de 9 à 11 % montraient une augmentation dans ces deux aspects¹²⁶.
- La dépression chez les personnes obèses variait en fonction de la race et du revenu. Chez les femmes blanches, l'obésité présentait une association positive avec les symptômes dépressifs dans toutes les catégories de revenu, alors que l'obésité n'était pas associée à la dépression chez les femmes afro-américaines, peu importe leur revenu. L'obésité était seulement associée aux symptômes dépressifs chez les hommes blancs de revenu moyen (RC=1,44; IC à 95 % : 1,02-2,03) et chez les hommes afro-américains de revenu élevé (RC=4,65; IC à 95 % : 1,48-14,59)⁴¹⁴.

Dépistage en santé mentale

- Le Questionnaire sur la santé du patient 9 (QSP-9) est souvent utilisé comme outil de dépistage en santé mentale.
- Le dépistage est particulièrement recommandé dans les cas d'obésité sarcopénique, qui se définit par une perte de masse musculaire, et d'obésité liée au vieillissement.

Voies étiologiques communes

A. DÉPRESSION

- Les voies biologiques communes à la dépression et à l'obésité sont la génétique, les altérations dans les systèmes participant aux ajustements homéostatiques (axe HHS, activation immuno-inflammatoire, microbiome, régulateurs neuroendocriniens du métabolisme énergétique, dont la leptine et l'insuline) et les circuits cérébraux

intégrant les réponses liées à l'homéostasie et à la régulation de l'humeur (Figure 3.19)^{415,416,417}.

- Les facteurs pouvant causer de l'inflammation et des symptômes dépressifs sont le stress psychologique et l'obésité⁴⁴. L'adiposité centrale chez les personnes obèses est une source de cytokines inflammatoires pouvant conduire à la neuro-inflammation. Les perturbations métaboliques chez les personnes obèses peuvent entraîner une hausse des taux de cortisol, de leptine et d'insuline, provoquant le dérèglement de l'axe HHS et l'insulinorésistance, ce qui peut donner lieu à une inflammation et à une dépression aggravée⁴¹⁸.
- L'obésité et les maladies chroniques concomitantes qui y sont associées sont étroitement associées à plusieurs problèmes de santé mentale⁴¹⁹. Des facteurs comme les préjugés, la stigmatisation et la discrimination en matière d'emploi pourraient contribuer à la fois à l'obésité et à la mauvaise santé mentale⁴²⁰.
- Un examen systématique visant à déterminer si la relation entre l'obésité et la dépression est bidirectionnelle a montré que l'association entre la surcharge pondérale et la dépression n'était pas significative dans les deux directions. L'effet de la dépression sur l'obésité est toutefois plus grand que l'inverse, et plus prononcé chez les femmes jeunes et d'âge moyen⁴²¹.

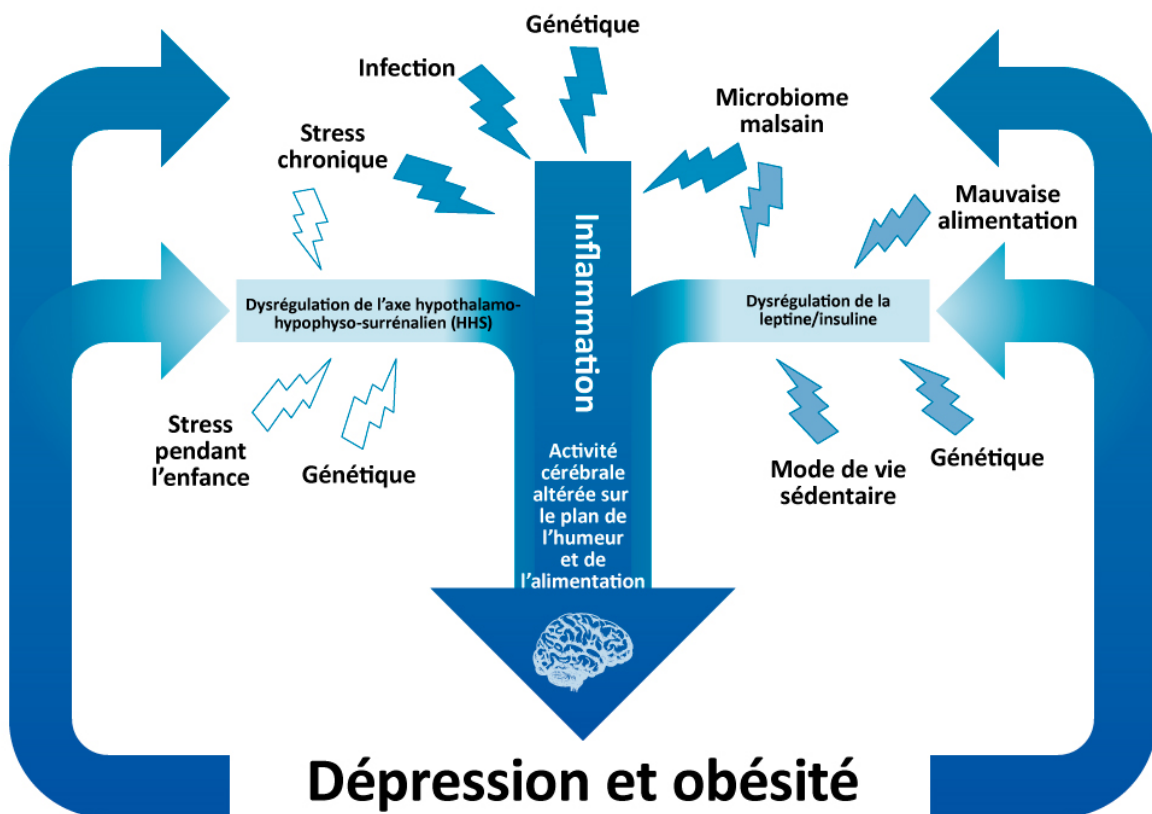
B. TROUBLE BIPOLAIRE (TB)

- Le TB et l'obésité ont aussi des voies pathogènes communes :
 - i. Une expression phénotypique similaire du système de récompense du cerveau s'observe dans les comportements d'hyperphagie et dans l'hypomanie, qui est liée aux comportements d'autostimulation comme la recherche de nourriture et aux symptômes hypomaniaques⁴²².
 - ii. Les voies de régulation, particulièrement celles qui sont relayées par la sérotonine et la dopamine, participent à l'équilibre énergétique et à la régulation de l'humeur⁴²³.
 - iii. L'obésité et le TB sont associés au dysfonctionnement cognitif et à l'indice de masse corporelle (IMC), et les épisodes dépressifs et maniques montrent une corrélation négative avec la mémoire et la fonction exécutive⁴²⁴.
 - iv. L'axe HHS pourrait être perturbé par une hausse de la production de leptine par les tissus adipeux, ce qui altère la régulation de l'humeur et entraîne des fluctuations rapides ou extrêmes de l'humeur, par exemple la dépression, la manie ou un cycle composé de ces deux phases.
 - v. Chez les personnes obèses, les tissus adipeux peuvent libérer des quantités accrues de cytokines inflammatoires, comme les IL-6 et TNF- α , qui suscitent des anomalies dans l'axe HHS et sont liées au TB⁴²⁵.
 - vi. Les médicaments stabilisant l'humeur, comme le lithium, le valproate et certains antipsychotiques (p. ex., l'olanzapine) sont en lien avec l'absorption de nourriture et la prise de poids. Le lien réciproque entre l'obésité et le TB pourrait accentuer autant l'obésité que le TB⁴¹¹.

C. SCHIZOPHRÉNIE

- La relation entre l'obésité et la schizophrénie est aussi tributaire de plusieurs facteurs, dont l'apport alimentaire, le traitement aux antipsychotiques de deuxième génération, particulièrement la clozapine et l'olanzapine, et de facteurs psychosociaux comme l'isolement social, la discrimination négative, la stigmatisation et le faible statut socio-économique⁴²⁶. Des facteurs comme le déficit de la fonction cognitive et de la mémoire, les symptômes psychotiques résiduels, les capacités d'autogestion et le mésusage de substances peuvent faire obstacle à la gestion de ces maladies⁴²⁷.

Figure 3.19 : Étiologie commune de l'obésité et de la dépression⁴¹⁵



Gestion de l'obésité et de la santé mentale

A. INTERVENTIONS AXÉES SUR LE COMPORTEMENT ET LE MODE DE VIE

- Une méta-analyse examinant les effets psychosociaux de l'exercice chez les personnes obèses n'a pas démontré que l'exercice offrait de meilleurs résultats en matière de qualité de vie et de dépression que le groupe témoin⁴²⁸.
- Les interventions comportementales incluant des traitements qui modifient les comportements, les émotions et la cognition peuvent améliorer le bien-être psychologique et physique⁴¹⁹.

- Des travaux sont en cours pour examiner les outils susceptibles de générer des changements dans le comportement et l'autorégulation en vue d'atteindre les cibles en matière d'amélioration de l'humeur et du poids, en tenant compte des voies liées à l'axe intestin-cerveau-microbiote et au système immunitaire dans le cadre de traitements comportementaux intégrés⁴²⁹.

B. APPLICATIONS DE SANTÉ NUMÉRIQUE

- La santé mobile, une pratique de soins de santé mise en œuvre au moyen d'appareils mobiles, comme les téléphones portables, les appareils de surveillance, les assistants numériques et autres appareils sans fil, pourrait contribuer à gérer l'obésité et la maladie mentale. Ces solutions, qui peuvent être employées dans la vie quotidienne (c.-à-d. en temps réel) et dans un environnement naturel (c.-à-d. dans la vie réelle), pourraient faciliter l'accès à des services de santé à distance.
- Les applications faisant la surveillance du poids, de l'activité physique, du bien-être psychologique, de la cognition et des émotions séparément offrent généralement des résultats favorables. On n'a trouvé aucune application mobile combinant toutes ces fonctionnalités pour effectuer une gestion simultanée du surpoids ou de l'obésité et de la dépression ou de l'anxiété⁴³⁰.

C. CONTRÔLE MÉTABOLIQUE

- Les lignes directrices actuelles sur la gestion du surpoids et de l'obésité chez les adultes font écho aux profils de risque de MCV⁴³¹ et incluent des directives sur le contrôle cardiométabolique chez les personnes affichant un gain de poids en lien avec l'utilisation d'antipsychotiques (Figure 3.20).

D. INTERVENTIONS PHARMACOLOGIQUES ET CHIRURGICALES

- Lorsque des interventions pharmacologiques et chirurgicales sont combinées à un traitement psychologique sous forme d'interventions comportementales, l'adhésion au traitement et son maintien à long terme sont accrus⁴¹⁹.
- Les antipsychotiques sont actuellement le seul médicament permettant de traiter efficacement la psychose⁴³² et de réduire le risque de mortalité⁴³³. D'autres médicaments psychotropes, notamment les stabilisateurs de l'humeur et les antidépresseurs, peuvent également provoquer une prise de poids et ainsi perturber les métabolismes des lipides et du glucose⁴³⁴. Les fournisseurs de soins de santé doivent tenir compte de ces facteurs dans le choix du traitement⁴³⁵ et offrir des services d'information et d'évaluation ainsi que des soins intégrés aux patients qui sont atteints de problèmes de santé mentale et à risque de prendre du poids.

E. INTERVENTIONS DESTINÉES À DES SOUS-POPULATIONS

- Dans les recherches limitées portant sur l'expérience des femmes lesbiennes, le surpoids et l'obésité étaient associés au fait de s'identifier davantage comme lesbienne en public, à des symptômes dépressifs accrus, à une hausse de la

consommation abusive d'alcool et à une durée plus longue de la relation avec la conjointe. Ces constats donnent à penser que les programmes de promotion de la santé et de perte de poids destinés aux personnes lesbiennes devraient comporter des volets axés sur la santé psychologique, les relations saines et la consommation d'alcool de manière à réduire le surpoids et l'obésité⁴³⁶.

Figure 3.20 : Contrôle cardiométabolique pour les personnes prenant des antipsychotiques comme traitement d'une maladie mentale

a) Algorithme suggéré pour le contrôle cardiométabolique des patients prenant des antipsychotiques.

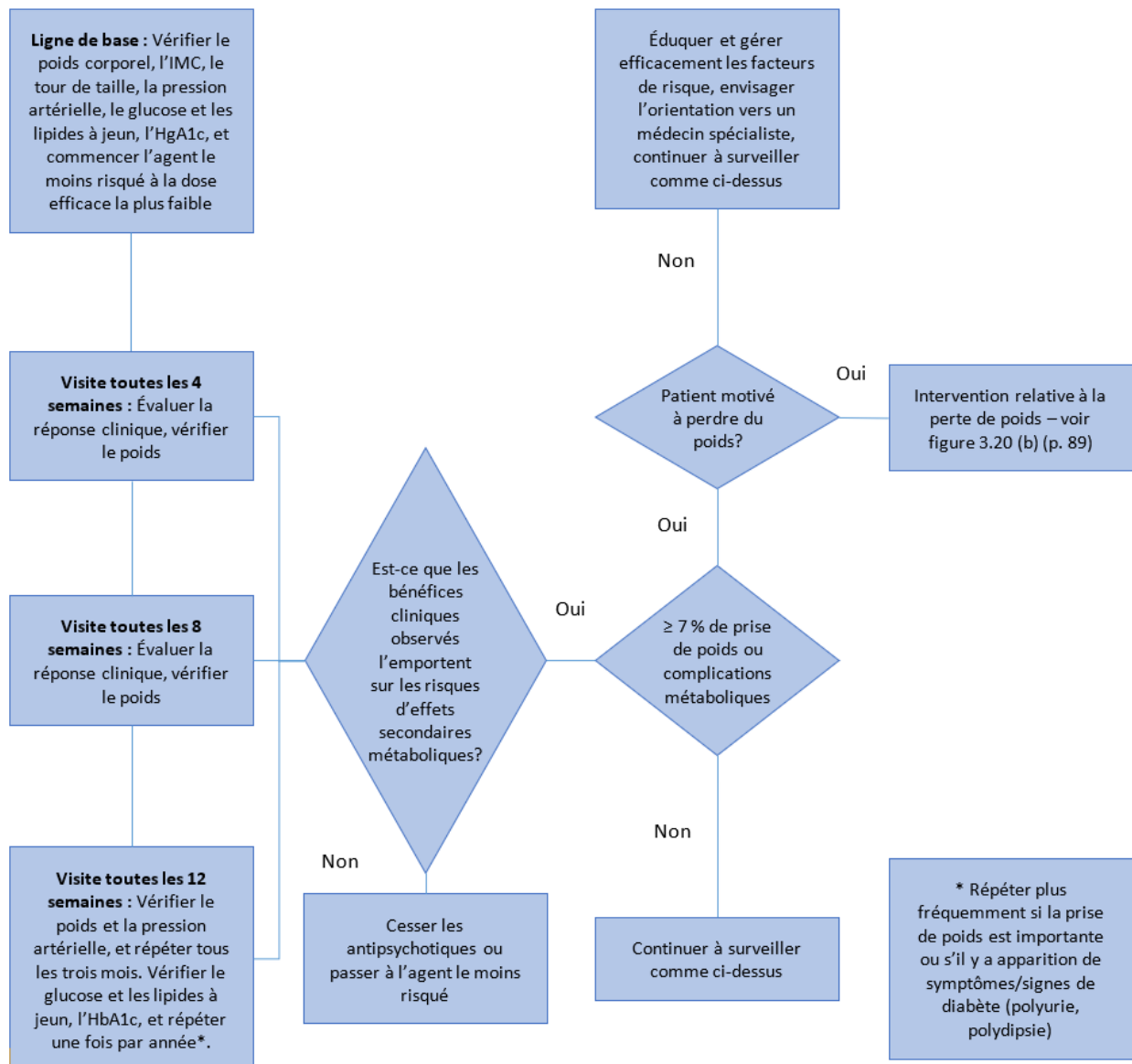
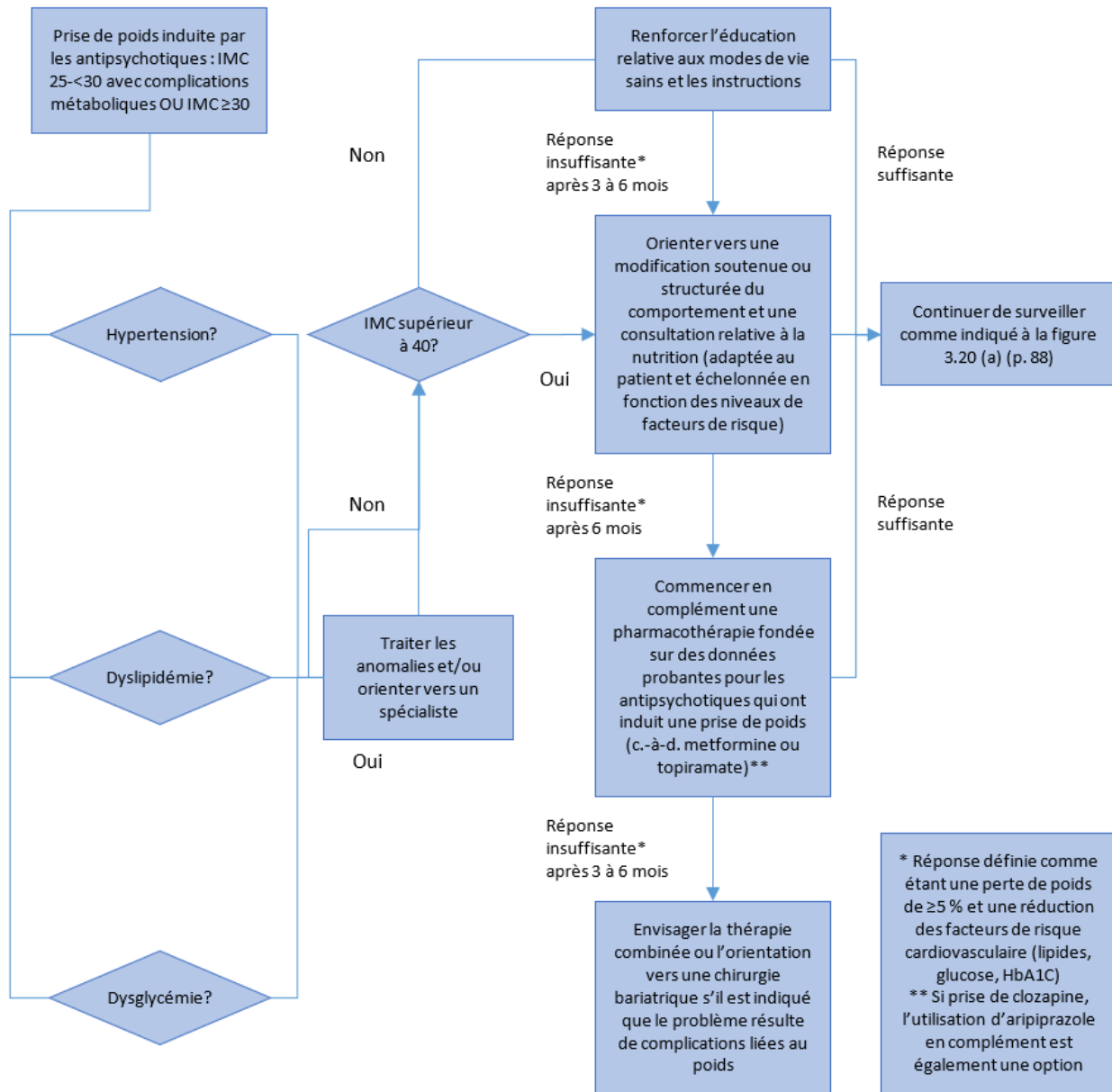


Figure 3.20 : Contrôle cardiométabolique pour les personnes prenant des antipsychotiques comme traitement d'une maladie mentale

b) Algorithme suggéré pour la gestion de la prise de poids liée à la consommation d'antipsychotiques.



3.1.13 Maladie de Parkinson (MP)

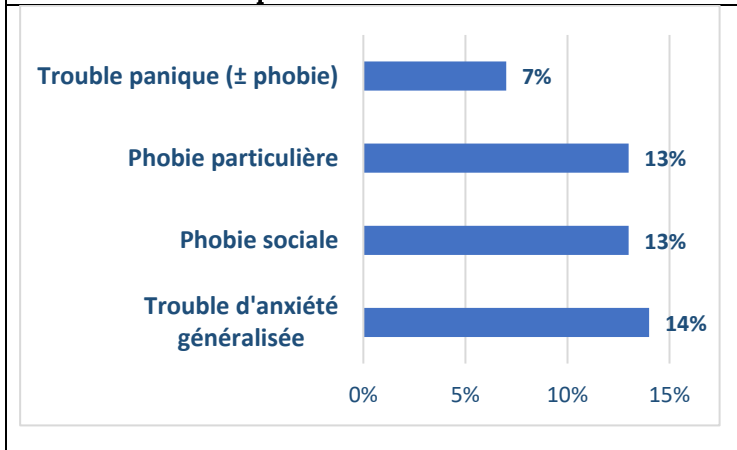
La MP est une maladie neurodégénérative touchant principalement les neurones produisant la dopamine (dopaminergiques) dans une région précise du cerveau appelée substance noire. Les symptômes peuvent comprendre les tremblements, les mouvements ralentis, la rigidité des membres et les problèmes de démarche et d'équilibre. Généralement, les symptômes se développent graduellement au fil des ans⁴³⁷.

Prévalence et incidence de la MP en concomitance avec des maladies ou des problèmes liés à la santé mentale

A. ANXIÉTÉ

- Une méta-analyse de 45 études a révélé une prévalence moyenne des troubles anxieux de 31 % chez les personnes atteintes de la MP; les formes non épisodiques d'anxiété étaient plus prévalentes que les formes épisodiques⁴³⁸.
- La prévalence estimée des sous-types de problèmes liés à l'anxiété s'échelonnait entre 6,8 et 14 %. Dans les échantillons examinés, 31 % des sujets répondaient aux critères de plusieurs troubles anxieux actifs. Selon des scores seuils obtenus sur les échelles d'évaluation de l'anxiété, une moyenne pondérée de 25,7 % des participants présentait des symptômes significatifs sur le plan clinique (Figure 3.21)⁴³⁸.

Figure 3.21 : Prévalence moyenne des troubles anxieux chez les personnes souffrant de la MP



B. DÉPRESSION

- La dépression touche entre 44 et 51,7 % des personnes souffrant de la MP⁴³⁸.
- La dépression et la MP ont des symptômes communs, comme l'expression faciale réduite, les problèmes de sommeil, la fatigue, le retard psychomoteur et le manque d'appétit. Ces symptômes chevauchants pourraient contribuer au sous-diagnostic de la dépression chez les patients ayant la MP⁴³⁹.
- Les facteurs de risque de dépression chez les personnes ayant la MP sont le genre féminin, les problèmes familiaux, les premiers signes de la maladie, le parkinsonisme « atypique », les troubles affectifs concomitants comme l'anxiété, l'apathie, l'insomnie et les psychoses⁴⁴⁰, les antécédents de dépression et le déficit cognitif léger concomitant et une dose quotidienne plus élevée de lévodopa⁴⁴¹.

C. TROUBLE DU CONTRÔLE DES IMPULSIONS

- On estime que la prévalence des troubles du contrôle des impulsions chez les personnes ayant le MP est de 6 %. Dans ce groupe, la plupart des gens étaient des hommes (81 %), étaient âgés en moyenne de 48 ans au moment de l'apparition de la MP et avaient la maladie depuis huit ans. Le « punding » était le problème comportemental le plus fréquent (57 %); 42 % des sujets affichaient une hypersexualisation agressive, 27 % une suralimentation compulsive, 24 % des achats pathologiques et 21 % une médication compulsive⁴⁴².

D. TSPT

- Une étude longitudinale réalisée à Taïwan a révélé un risque accru d'apparition de la MP chez les personnes ayant un TSPT (RC=3,46; IC à 95 % : 1,72-6,96) en comparaison avec les personnes n'ayant pas de TSPT⁴⁴³.

Dépistage en santé mentale

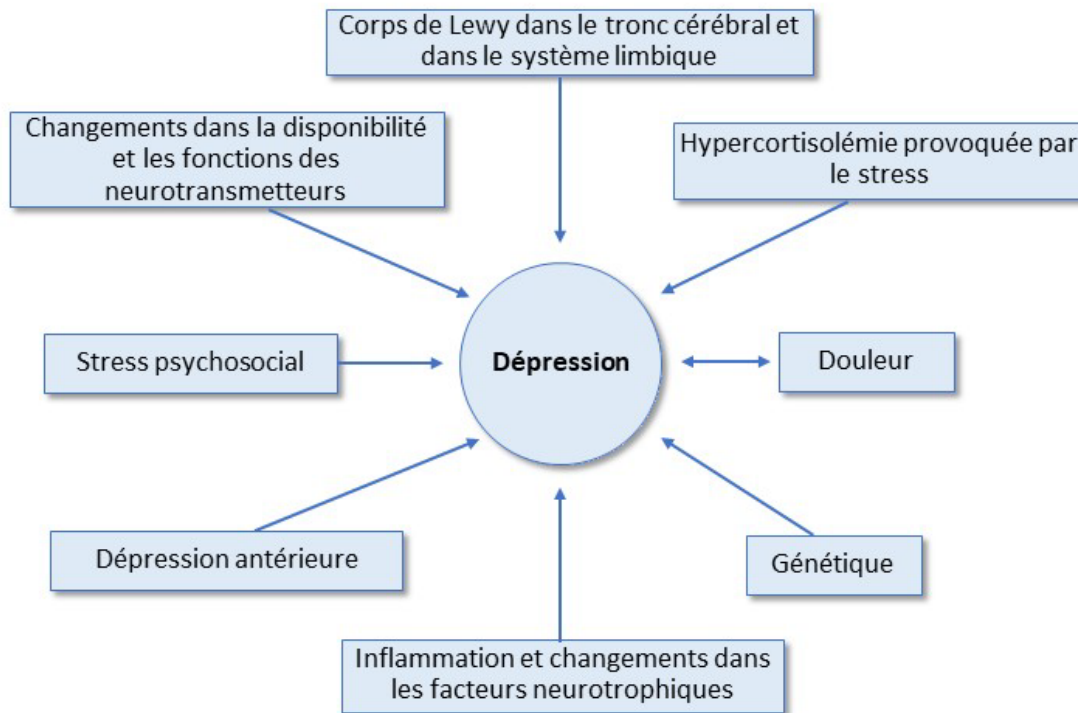
- La Movement Disorder Society recommande que la sélection d'outils de dépistage se fasse en fonction de cibles d'essai. La plupart des instruments appropriés pour le dépistage des troubles dépressifs sont les outils Ham-D et BDI, l'Échelle de dépression gériatrique, l'échelle HADS et l'échelle d'évaluation de la dépression de Montgomery-Asberg^{441,444}.
- L'utilisation des outils Ham-D et BDI, de l'échelle d'évaluation Montgomery-Asberg et de l'outil d'autoévaluation Zung est considérée comme plus utile pour déterminer la gravité des symptômes de dépression⁴⁴¹.
- Jusqu'à 68 % des personnes ayant la MP souffriraient de dépression⁴⁴⁵; la prévalence semble être plus élevée chez les hommes (65 %) que chez les femmes (35 %)²²⁶.
- Certaines recherches laissent entendre que le genre a une incidence sur la dépression chez les personnes atteintes de la MP. Par exemple, la segmentation des items de l'échelle BDI a montré son utilité pour reconnaître les traits mélancoliques principalement chez les femmes, alors que les facteurs traditionnellement associés à la dépression chez les personnes ayant la MP (apathie et perte de libido) se manifestent de façon plus notable chez les hommes⁴⁴⁶.

Voies étiologiques communes

- La littérature propose une série de facteurs liés à la MP pouvant contribuer à la dépression (Figure 3.22)⁴⁴⁷.
- Un examen systématique d'études d'imagerie diagnostique a montré une activité neuronale accrue dans les régions préfrontales et une connectivité fonctionnelle amoindrie entre les réseaux préfrontal et limbique chez les personnes dépressives. Les voies des systèmes nigrostrié et extra-nigrostrié (particulièrement dans la région frontale et les zones adjacentes) sont dérégulées chez les personnes ayant un trouble de l'humeur concomitant à la MP⁴⁴⁸.

- Les changements neurochimiques qui s'opèrent chez les personnes ayant la MP touchent la dopamine, la noradrénaline et la sérotonine et montrent également un lien avec la pathophysiologie de la dépression et de l'anxiété⁴⁴⁸.
- Les facteurs de susceptibilité familiale pourraient jouer un rôle dans la pathophysiologie commune, puisque les parents de premier degré des personnes ayant la MP présentent un risque accru de souffrir d'anxiété et d'un trouble dépressif⁴⁴⁸.
- Certains marqueurs génétiques – des séquences d'ADN possédant un emplacement physique connu sur un chromosome – ont établi un lien entre la MP et certains problèmes de santé mentale comme la dépression. Il s'agit des variants rs76763715, rs421016, rs387906315 et rs80356773 de la glucocérebrosidase⁴⁴⁹.
- On pense que la relation entre l'anxiété et la MP serait causée par une dégradation de la synthèse de noradrénaline, de sérotonine, de dopamine et de GABA⁴¹⁵.

Figure 3.22 : Facteurs contribuant à la dépression chez les personnes ayant la MP⁴⁴⁷



Gestion de la MP et de la santé mentale

A. STIMULATION CÉRÉBRALE PROFONDE

- Une enquête sur la stimulation cérébrale profonde en cas de symptômes non moteurs chez les personnes ayant une forme modérée à grave de la MP a montré une amélioration de la dépression six mois après l'intervention. Les améliorations de la dépression se maintenaient au fil du temps et étaient en corrélation avec l'amélioration de la qualité du sommeil et de la qualité de vie⁴⁵⁰.

B. EXERCICE

- L'activité physique peut améliorer l'état clinique pour des aspects comme la fonction, la fatigue, les symptômes dépressifs, les troubles du sommeil et la qualité de vie⁴⁵¹. Les lignes directrices sur l'activité physique de l'American College of Sport Medicine peuvent être appliquées aux patients atteints de la MP; elles recommandent des séances d'au moins 30 minutes d'exercices aérobiques, de renforcement et d'entraînement de flexion en équilibre, trois fois par semaine.⁴⁵²
- Les exercices du corps et de l'esprit pourraient améliorer la fonction motrice, les symptômes dépressifs et la qualité de vie; toutefois, il faudra enquêter davantage sur des facteurs précis comme le genre, la gravité de la maladie, l'utilisation de certains médicaments et le cycle d'intervention⁴⁵³.

C. INTERVENTIONS PHARMACOLOGIQUES

- Les médicaments antiparkinsoniens pourraient soulager les troubles de l'humeur en atténuant les manifestations motrices et l'invalidité, en favorisant le sentiment de contrôle sur la maladie et en rétablissant la signalisation dopaminergique⁴⁵⁴.

D. INTERVENTIONS PSYCHOLOGIQUES

- La TCC et d'autres thérapies ont montré la promesse de bons résultats dans la prise en charge active de la dépression et de l'anxiété; les effets à plus long terme du traitement étaient variables⁴⁵⁵.
- La prise en charge des patients atteints de la MP qui présentent des signes d'anxiété doit avoir pour principal but d'optimiser la thérapie antiparkinsonienne, dont l'efficacité diminue lors de périodes « off ».

3.1.14 Maladies respiratoires (chroniques)

Les maladies respiratoires chroniques sont des maladies chroniques des voies respiratoires et d'autres parties des poumons. L'asthme et la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) font partie des maladies respiratoires chroniques les plus courantes. La plupart de ces maladies ont des répercussions majeures non seulement sur la personne touchée, mais aussi sur la famille de celle-ci⁴⁵⁶.

Prévalence et incidence des maladies respiratoires chroniques en concomitance avec des maladies ou des problèmes liés à la santé mentale

A. ANXIÉTÉ

- L'anxiété est plus fréquente (21-28 %) chez les personnes atteintes de la MPOC que dans la population générale et que les personnes ayant d'autres maladies chroniques^{457,458}.

- Les personnes souffrant d'anxiété vivent souvent une première hospitalisation plus tôt dans la progression naturelle de la MPOC⁴⁵⁹. On rapporte qu'elles ont tendance à ressentir une irritation plus intense face à leur essoufflement et qu'elles affichent des taux plus élevés de mortalité et de réadmission après une exacerbation⁴⁶⁰.
- On rapporte que l'insuffisance respiratoire, le nombre d'exacerbations aiguës vécues au cours de l'année précédente et le pointage obtenu au test d'évaluation de la MPOC (CAT, en anglais), qui reflète les symptômes et la qualité de vie des personnes souffrant de MPOC, sont étroitement liés à l'anxiété chez les personnes souffrant de la MPOC^{461,460,462}.
- Un examen systématique et une méta-analyse ont révélé que l'anxiété augmentait le risque d'hospitalisation⁴⁶³.
- Les femmes tendent à présenter le risque le plus élevé de décès en lien avec la MPOC et l'anxiété concomitantes⁴⁶⁴.

B. DÉPRESSION

- La dépression, courante chez les personnes ayant la MPOC, aurait une prévalence de 9 à 27 %^{465,466,467,457,468}.
- Un examen systématique a montré un rapport de cotes groupé de 3,74 (IC à 95 % : 2,4-5,9) pour la dépression chez les personnes ayant la MPOC, en comparaison avec celles n'ayant pas cette maladie⁴⁶⁸.
- On rapporte que l'insuffisance respiratoire, le nombre d'exacerbations aiguës vécues au cours de l'année précédente et le pointage obtenu au test d'évaluation de la MPOC (CAT, en anglais), qui reflète les symptômes et la qualité de vie des personnes souffrant de MPOC, sont étroitement liés à la dépression chez les personnes souffrant de la MPOC^{461,460,462}.
- Un examen systématique et une méta-analyse ont montré que la dépression augmentait le risque d'hospitalisation⁴⁶³.

C. TSPT

- Dans une étude longitudinale menée auprès de personnes ayant un TSPT, un risque accru d'asthme (RR=2,30; IC à 95 % : 1,60-3,30) a été constaté chez les personnes de 20 à 64 ans⁴⁶⁹.

D. PSYCHOSE

- Dans une analyse de régression sur les expériences psychotiques rapportées, menée auprès de 28 002 adultes dans 16 pays dans le cadre des enquêtes de l'OMS sur la santé mentale, on a constaté, après la prise en compte de plusieurs maladies mentales concomitantes, une association significative entre l'asthme et les expériences psychotiques subséquentes (RC=1,6; IC à 95 % : 1,2-2,1)⁴⁷⁰.

E. PENSÉES ET COMPORTEMENTS SUICIDAIRES

- Un examen systématique sur les pensées suicidaires et la maladie mentale chez les personnes âgées a montré que les comportements suicidaires étaient associés à la MPOC¹³³.

F. ESTIMATIONS DES COMORBIDITÉS AVEC LES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE, PAR SOUS-POPULATION

- Les femmes sont plus susceptibles de souffrir de dépression ou d'anxiété lors d'exacerbations aiguës de la MPOC⁴⁷¹.
- On a signalé que l'âge, l'indice de masse corporelle et la durée de la maladie seraient associées à la MPOC, en conjonction avec la dépression et l'anxiété dans certaines études, mais non dans d'autres. Cette variabilité peut être due aux différences entre les pays et les contextes culturels dans ces pays⁴⁷².

Dépistage en santé mentale

- La littérature fait état de l'utilisation des outils Ham-A et Ham-D, mais n'établit aucun consensus entourant les outils d'évaluation et les critères diagnostiques de la MPOC concomitante à la dépression et à l'anxiété.
- L'augmentation du volume expiratoire maximal en une seconde (VEMS) est en corrélation avec une élévation des pointages d'anxiété (échelle Ham-A) et de dépression (échelle Ham-D)⁴⁷³.

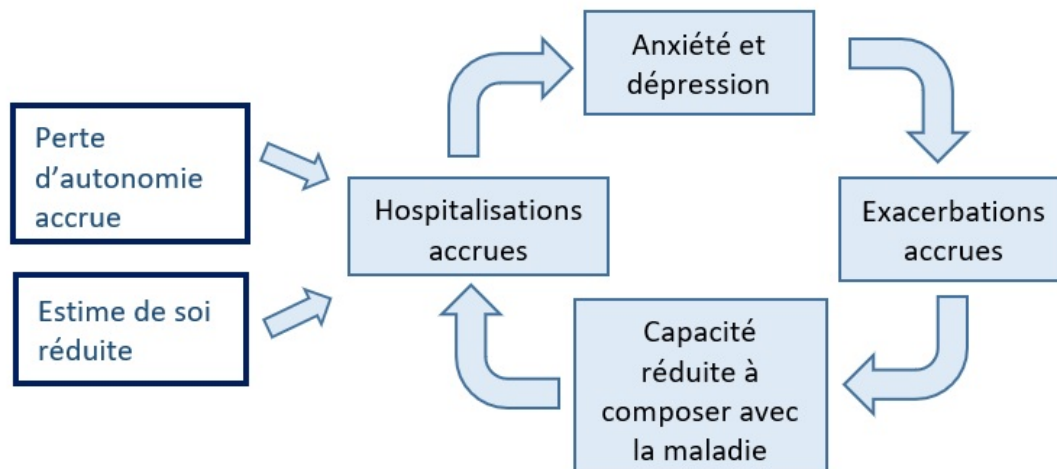
Voies étiologiques communes

- La pathophysiologie de la dépression et de l'anxiété chez les personnes ayant une maladie respiratoire chronique pourrait s'expliquer par l'effet de multiples facteurs de risque, par une inflammation systémique et par la réaction aux symptômes de MPOC (Figure 3.23).
- Le tabagisme, la MPOC et la dépression se renforcent mutuellement. La dépression a un effet sur le fait de commencer à fumer et sur le maintien du tabagisme, le tabagisme mène à l'apparition de la MPOC, et la MPOC contribue à l'apparition de la dépression⁴⁷⁴.
- La MPOC est associée à l'hypoxémie chronique; un effet secondaire connu de l'hypoxémie nocturne récurrente est l'humeur dépressive⁴⁷⁵.
- Autant la dépression que la MPOC ont été associées à des processus modifiant la microvasculature cérébrale. Il existe des données probantes montrant que l'inflammation systémique et la hausse des biomarqueurs du stress oxydatif⁴⁷⁶ (p. ex., le récepteur 1 du facteur de nécrose tumorale soluble [sTNFR-1] présente une forte association avec la dépression chez les personnes ayant la MPOC)⁴⁷⁷.
- Un examen systématique étudiant les expériences de stigmatisation chez les personnes ayant une maladie respiratoire non transmissible a révélé que ces expériences présentaient une corrélation significative avec les voies psychosociales, comportementales et physiques ainsi que celles liées au traitement et au travail⁴⁷⁸.
- Chez les femmes, la sécrétion d'hormones sexuelles féminines et la réaction au stress social pourraient avoir des liens avec la dépression; les difficultés

respiratoires graves et le sentiment subjectif de faible fonctionnement social sont plus prononcés chez les femmes que chez les hommes⁴⁷⁹.

- Des maladies courantes concomitantes à la MPOC, comme les maladies cardiaques, le reflux gastro-œsophagien pathologique et le cancer du poumon, peuvent détériorer la santé mentale. Plus le nombre de comorbidités augmente, plus le risque de dépression et d'anxiété augmente (RC=2,14; IC à 95 % : 1,28-3,60)⁴⁷².
- Les glucocorticoïdes inhalés sont peu susceptibles de s'accumuler dans le corps et d'occasionner des problèmes de santé mentale. On ignore toutefois si cela s'applique aussi aux glucocorticoïdes oraux et intraveineux. Les récepteurs de glucocorticoïdes situés dans l'hippocampe sont activés par des glucocorticoïdes en excès dans le corps, causant la dégénérescence et la nécrose des neurones de l'hippocampe, ce qui peut mener à la dépression⁴⁷².
- La pathogenèse de la panique et de l'anxiété chez les personnes souffrant de la MPOC pourrait être liée aux effets anxiogènes de l'hyperventilation, à la fausse interprétation des symptômes respiratoires, à la sensibilité neurobiologique au CO₂, au lactate ou à d'autres signaux de suffocation ainsi qu'au stress de devoir composer avec une maladie chronique^{480,474}.

Figure 3.23 : Étiologie commune simplifiée de la MPOC et de la maladie mentale (anxiété)⁴⁶⁵



Gestion des maladies respiratoires chroniques et de la santé mentale

Interventions pharmacologiques

- Une revue des interventions pharmacologiques contre la dépression chez les personnes souffrant de la MPOC réalisée par l'organisme Cochrane a rapporté trop peu de données démontrant l'efficacité et l'innocuité de l'usage d'antidépresseurs³²¹.
- Le choix de l'antidépresseur dépend de l'évolution de la dépression. La dépression à début tardif ou la dépression vasculaire gériatrique apparaît après le diagnostic de MPOC et est plus réfractaire au traitement par antidépresseurs. La dépression à

début précoce apparaît avant le diagnostic de MPOC et reflète souvent une vulnérabilité génétique à la dépression⁴⁷⁴.

- Les médicaments affichant le plus faible risque d'interférer avec le système du cytochrome P450 devraient être privilégiés; la régulation à la hausse de ce système peut rendre les poumons plus sujets au stress oxydatif⁴⁸¹.
- Une étude de l'organisme Cochrane sur les interventions pharmacologiques contre l'anxiété chez les personnes souffrant de la MPOC réalisée a mis au jour trop peu de données démontrant l'efficacité des différents médicaments examinés⁴⁸².

Interventions psychologiques/comportementales

- Les interventions comportementales qui comprennent l'Intervention personnalisée pour les patients dépressifs ayant la MPOC (PID-C, en anglais), un traitement encourageant les gens à participer à leurs soins, sont plus efficaces que les soins traditionnels. L'intervention d'adhérence avec résolution de problèmes, qui intègre la résolution de problèmes aux procédures d'amélioration de la fidélité, a produit des résultats comparables à l'intervention PID-C⁴⁸³.
- Dans un essai randomisé contrôlé réalisé auprès de personnes âgées (67 à 85 ans) hospitalisées en raison de la MPOC et suivant une intervention basée sur les techniques de respiration contrôlée, la dyspnée, l'anxiété et la mobilité étaient grandement améliorées dans le groupe d'intervention⁴⁸⁴.
- Une étude de Cochrane sur les traitements psychologiques prodigués aux personnes atteintes de la MPOC a révélé trop peu de données démontrant que les thérapies psychologiques (basées sur la TCC) pourraient permettre de traiter efficacement la dépression associée à la MPOC. Les symptômes dépressifs étaient davantage améliorés dans les groupes d'intervention, en comparaison avec les groupes suivant les interventions suivantes : 1) aucune intervention (placebo ou soins habituels), 2) interventions éducatives et 3) intervention combinée (réadaptation pulmonaire)⁴⁸⁵.

Modèles de soins

- L'interconnexion des expériences liées à la stigmatisation entourant des maladies (p. ex., la stigmatisation associée au tabagisme, une cause fréquente de maladie respiratoire et au fait de souffrir d'une maladie mentale) met en lumière la nécessité de mettre en place des approches intégrées⁴⁷⁸.
- Bien que la mesure et la gestion des symptômes soient souvent la principale préoccupation des cliniciens, les personnes souffrant d'asthme ou de la MPOC sont généralement plus inquiètes des répercussions globales de leur maladie sur leur qualité de vie⁴⁸⁶.
- La gestion des maladies respiratoires chroniques devrait cibler les soins individuels. Par exemple, les personnes ayant la MPOC préfèrent généralement les traitements qui soulagent leurs symptômes (p. ex., la dyspnée), favorisent la relation positive avec le médecin et améliorent la qualité de vie. Les personnes souffrant d'asthme préfèrent les traitements qui augmentent le nombre de jours sans symptômes et

pourraient être prêtes à échanger des journées sans symptômes contre une réduction des événements indésirables et une plus grande commodité⁴⁸⁷.

- La réadaptation pulmonaire est profitable pour les personnes présentant des comorbidités; il a été démontré qu'elle réduisait la gravité des facteurs de risque de dépression et de maladie cardiovasculaire, incluant l'hypertension^{488,473}.
- La thérapie cognitive basée sur la pleine conscience pourrait altérer les perceptions affectives et sensorielles liées à la difficulté respiratoire (dyspnée), mais davantage de recherches sur le sujet sont requises⁴⁸⁹.

Le National Institute for Health and Care Excellence (NICE) possède des lignes directrices sur l'utilisation de démarches par paliers pour le traitement psychologique et pharmacologique de la dépression chez les personnes ayant des maladies de longue durée, incluant les maladies respiratoires⁵⁷².

3.2 Répercussions sur la sensibilisation, les services et les politiques en matière de santé

Dans cette section, nous présentons diverses comorbidités entre maladie physique et maladie mentale selon le dépistage; les estimations de la prévalence et de l'incidence; l'état actuel des connaissances à propos de leur étiologie commune; et leur gestion. Bien que les différentes comorbidités entre maladie physique et maladie mentale possèdent toutes des caractéristiques uniques, dont il a été question plus haut, elles montrent aussi de nombreuses similitudes. Celles-ci sont présentées ci-dessous dans une volonté de suggérer différentes pratiques et politiques en lien avec les comorbidités entre maladie physique et maladie mentale.

3.2.1 Sensibilisation en matière de santé

La stigmatisation peut toucher d'importants problèmes de santé publique tant sur le plan de la santé physique (p. ex., l'obésité, le cancer du poumon, l'arthrite) que de la santé mentale⁴⁹⁰, et entraîner des effets néfastes comme l'anxiété⁴⁹¹, le stress⁴⁹², la dépression⁴⁹³, la baisse de l'estime de soi et de l'auto-efficacité⁴⁹⁴, la recherche de soins réduite ou retardée⁴⁹⁵ et l'adhérence réduite au traitement.⁴⁹⁶ Des études ont également montré qu'à mesure que l'état de santé physique d'une personne se détériore, le risque qu'elle subisse de la discrimination augmente⁴⁹⁷. Les campagnes de santé publique axées sur la réduction de la stigmatisation entourant l'état de santé peuvent sensibiliser le public et ainsi alléger le fardeau porté par les personnes ayant reçu un diagnostic de maladie physique ou mentale. Les efforts concertés, interdisciplinaires et bien conceptualisés tout au long du continuum des soins de santé permettraient de réduire l'obstacle que représente la stigmatisation et favoriseraient l'amélioration des soins et de la qualité de vie¹³⁸.

La lutte contre la stigmatisation, au moyen d'efforts ciblés aux niveaux intrapersonnel, interpersonnel (p. ex., au niveau du clinicien ou de la famille) et de la société (p. ex., les attitudes sociales, les politiques), est importante pour réduire le fardeau associé aux maladies physiques et mentales.

3.2.2 Services de santé

Le modèle de soins collaboratifs est reconnu comme un mécanisme de pratiques exemplaires favorisant la gestion optimale des comorbidités entre maladie physique et maladie mentale^{2,3,4}.

La nécessité de fournir des services de santé mieux intégrés est systématiquement ressortie pour toutes les comorbidités entre maladie physique et maladie mentale énumérées. Les soins de santé et services sociaux mieux intégrés présentent les avantages suivants⁴⁹⁸ :

- meilleurs dépistage et gestion des comorbidités entre maladie physique et maladie mentale, ce qui réduit la dépendance à des soins aigus plus coûteux;
- réduction de la morbidité et prévention des décès prématurés;
- transitions facilitées tout au long du continuum;
- amélioration de l'accessibilité, de la durabilité et de la stabilité des soins de santé; et
- amélioration de la santé communautaire, incluant les services sociaux et la sensibilisation.

Actuellement, le modèle de soins collaboratifs, défini au sens large comme une série de méthodes multiprofessionnelles basées sur une gestion structurée, un suivi programmé et une communication interprofessionnelle, est reconnu comme un mécanisme de pratiques exemplaires conduisant à une gestion optimale des comorbidités entre maladie physique et maladie mentale^{2,3,4}. L'évaluation de ces méthodes, qui s'appliquent particulièrement au traitement des maladies mentales, des dépendances et des comorbidités physiques, a présenté certains défis. Le Groupe de travail conjoint sur les soins de santé mentale partagés, le Modèle de gestion des maladies chroniques et le Modèle par paliers (*Tiered Model*) sont des exemples de modèles fondés sur des données probantes et de démarches de collaboration dans les domaines de la santé mentale, du traitement des dépendances et de la santé physique. Ces modèles partagent certaines caractéristiques, notamment l'accent mis sur le large continuum de gravité, la mobilisation multisectorielle, les multiples niveaux de collaboration correspondant aux différents types de besoins et niveaux de gravité ainsi que la distinction entre les initiatives au niveau des services et celles au niveau du système⁴⁹⁹.

Le modèles de soins collaboratifs pourraient également inclure des méthodes de soins par paliers mises de l'avant dans plusieurs lignes directrices cliniques internationales fondées sur des données probantes, comme celles du National Institute for Health and Clinical Excellence. Il a été démontré que les modèles de soins par paliers, qui offrent aux utilisateurs finaux des interventions de faible intensité au premier chef (p. ex., la résolution

des problèmes, la psychoéducation) et qui, au besoin, progressent vers des traitements plus intensifs, favorisent le bien-être et réduisent les coûts des soins de santé^{500,501}. Comme l'ont indiqué des intervenants du système et des chercheurs, des efforts accrus doivent être investis dans l'intégration des soins par paliers contre la dépression aux soins primaires. Il faut notamment faire tomber les obstacles liés aux programmes d'éducation destinés aux praticiens et aux gestionnaires des soins, au remboursement et aux systèmes de communication et de surveillance^{502,503}. Pour renforcer les capacités des services de santé collaboratifs, il faut augmenter les ressources humaines et développer les technologies facilitant le partage sécuritaire de l'information au-delà des frontières fonctionnelles⁴⁹⁹. En particulier, les applications mobiles intégrées surveillant les symptômes physiques et mentaux pourraient avoir le potentiel d'accroître l'efficacité des soins prodigués.

3.2.3 Pratiques

Modèles de soins

Les modèles de soins primaires collaboratifs qui intègrent les services de professionnels paramédicaux, comme les diététistes, ergothérapeutes, travailleurs sociaux et spécialistes des troubles de consommation de substances, à des modèles bien établis de services de santé mentale, comme le soutien par les pairs, qui incluent les services spécialisés de santé physique (p. ex., contre le diabète, les MCV, les maladies respiratoires) et qui comportent des mécanismes de rechange pour la prestation des services, comme la télésanté, contribueront à répondre aux besoins complexes des personnes ayant des comorbidités entre maladie physique et maladie mentale.

Le traitement des personnes ayant des comorbidités entre maladie physique et maladie mentale est offert dans les établissements de soins primaires, les hôpitaux, les services de santé mentale, les services paramédicaux et les services sociaux. Les soins primaires constituent la fondation, où des services comme la promotion de la santé mentale, le dépistage et le traitement⁵⁰⁴ doivent être intégrés afin de favoriser le bien-être physique et mental de la population.⁵³ Les services offerts, par exemple ceux visant la promotion de la santé mentale et le dépistage des maladies mentales, doivent être alignés sur les directives politiques afin de donner lieu à des soins de santé primaires équitables, accessibles et dotés des ressources appropriées⁵⁰⁵. Par exemple, il faut trouver réponse à des questions comme l'accès aux travailleurs sociaux, aux psychiatres, aux psychologues et aux experts en troubles de consommation de substances, particulièrement pour les personnes faisant face à des obstacles additionnels qui les empêchent de recevoir des services de santé spécialisés en raison de facteurs comme le goût, le fait de vivre dans une région rurale ou éloignée et d'être nouvellement arrivé au Canada⁵⁰⁶.

La Commission de la santé mentale du Canada soutient que le système de soins primaires doit améliorer la disponibilité et la coordination des services de santé mentale communautaires et assurer un accès approprié à des services et des traitements intensifs, aigus et hautement spécialisés.⁵⁰⁷ En conformité avec ces priorités, les modèles de soins primaires collaboratifs qui intègrent les services de professionnels paramédicaux, comme

les diététistes, ergothérapeutes, travailleurs sociaux et spécialistes des troubles de consommation de substances, à des modèles bien établis de services de santé mentale, comme le soutien par les pairs, qui incluent les services spécialisés de santé physique (p. ex., contre le diabète, les MCV, les maladies respiratoires) et qui comportent des mécanismes de rechange pour la prestation des services, comme la télésanté, contribueront à répondre aux besoins complexes des personnes ayant des comorbidités entre maladie physique et maladie mentale. En outre, le problème de longue date entourant la rémunération des fournisseurs de soins primaires prodiguant des soins de santé mentale⁵⁰⁸ doit être résolu afin de favoriser l'accès équitable aux services pour les personnes souffrant de maladies et de problèmes liés à la santé mentale⁵⁰⁹. Les soins qui sont collaboratifs, intégrés, personnalisés et flexibles (p. ex., les visites à domicile, les heures prolongées, la prestation de services en ligne, les visites de groupe virtuelles) permettront également de mieux répondre aux besoins des personnes ayant des comorbidités entre maladie physique et maladie mentale. À mesure que la prévalence des comorbidités dans la population vieillissante du Canada augmente, il apparaît clairement que les modèles de soins collaboratifs prendront une importance grandissante. Les stratégies reconnues pour favoriser les soins intégrés sont les suivantes^{510,511,512} :

- tenir des registres des personnes ayant des besoins complexes afin de faire le suivi des soins préventifs, de la gestion de la maladie et des renvois vers des soins secondaires et tertiaires
- aider les utilisateurs à s'y retrouver dans le système de soins de santé
- adopter des approches axées sur la prise de décisions partagée
- attribuer des ressources adéquates aux services de santé mentale secondaires et tertiaires
- soutenir le perfectionnement des compétences chez les praticiens afin qu'ils soient en mesure de prodiguer des soins de santé de haute qualité aux personnes ayant des maladies et des problèmes liés à la santé mentale
- offrir aux praticiens des formations sur le modèle de rétablissement ainsi que sur la stigmatisation et la discrimination, la perception de la maladie, les soins tenant compte des traumatismes, la communication positive et les interventions de soutien social
- établir des lignes directrices en matière de dépistage, des cheminements de gestion et une intégration aux services sociaux qui soient clairs et fondés sur des données probantes

Il apparaît aussi clairement que l'obtention de soins collaboratifs, en comparaison avec les soins traditionnels, profiterait aux personnes ayant des maladies ou des problèmes liés à la santé mentale puisqu'elle améliore la fidélité au traitement et l'état fonctionnel du bénéficiaire⁵¹³. Des projets de démonstration sur l'offre de soins coordonnés aux utilisateurs coûteux ayant des besoins élevés ont également prouvé leur rentabilité. En particulier, le modèle de santé familiale de Hamilton pour les soins collaboratifs (le modèle HFHT), où divers professionnels de la santé sont incorporés à des structures d'omnipraticiens pour former l'Équipe de santé familiale, qui peut alors prodiguer des soins coordonnés de santé mentale et somatiques, a montré les effets positifs attendus⁵¹⁴.

Enfin, au niveau organisationnel, des efforts pour nouer des relations entre les organisations représentant les soins de santé mentale et les soins de santé physique devront être déployés. Par exemple, un travail de promotion visant à faire participer les personnes ayant des problèmes de santé physique et mentale à l'examen des lignes directrices d'intervention et des directives cliniques pertinentes conduirait à la conception d'interventions plus appropriées en matière de soins de santé physique et mentale.

Interventions pharmaceutiques

Pour bien des comorbidités entre maladie physique et maladie mentale examinées dans ce rapport, il existe trop peu de données de haute qualité sur l'efficacité et la sécurité de l'utilisation de médicaments psychiatriques, comme les antidépresseurs, par une personne ayant un problème de santé physique en particulier; des essais randomisés contrôlés rigoureux sont requis pour clarifier l'équilibre entre les bienfaits de ces médicaments et les préjudices qu'ils entraînent. Par exemple, on peut se demander si la prise d'antidépresseurs serait bénéfique pour les personnes souffrant à la fois de maladie rénale chronique et de dépression, puisqu'une bonne fonction rénale est nécessaire pour éliminer les produits finaux du métabolisme des médicaments. Des études échelonnées sur une longue période de suivi devront être réalisées pour démontrer les bienfaits durables des traitements pharmacologiques et pour évaluer s'ils modifient les mesures d'efficacité, comme les hospitalisations et la mortalité, sans causer trop d'effets secondaires. En plus de données de meilleure qualité, des outils de prise de décisions sont requis pour aider les praticiens à déterminer les trajectoires de traitement pharmacologique appropriées pour les différentes comorbidités entre maladie physique et maladie mentale.

Dépistage et évaluation

Le dépistage approprié des maladies mentales chez les personnes ayant des problèmes de santé physique chroniques doit constituer une priorité. Les professionnels de la santé devront étendre leur utilisation des outils de dépistage standardisés qui tiennent compte de multiples facteurs psychosociaux dans les populations desservies.

L'hétérogénéité des paramètres de mesure de la santé mentale utilisés est un problème récurrent dans l'évaluation des comorbidités entre maladie physique et maladie mentale qui a contribué à la variabilité des estimations de la prévalence et de l'incidence. Les problèmes liés au dépistage des maladies mentales chez les personnes ayant des problèmes de santé physique sont l'absence de lignes directrices et d'une mise en œuvre uniformes, les profils symptomatiques variables et l'absence de directives claires quant au suivi des personnes ayant obtenu un résultat positif au test de dépistage. Le dépistage approprié des maladies mentales chez les personnes ayant des problèmes de santé physique chroniques doit constituer une priorité. Les professionnels de la santé devront étendre leur utilisation des outils de dépistage standardisés qui tiennent compte de multiples facteurs psychosociaux dans les populations desservies. Les outils utilisés pour évaluer les comorbidités entre maladie physique et maladie mentale devraient se pencher sur les symptômes, le stress, la qualité de vie, les facteurs de risque et les facteurs de protection. Des instruments de dépistage rapide, comme le QSP à deux items, peuvent facilement être offerts dans les cliniques achalandées dans le cadre des questionnaires utilisés pour

enregistrer les clients. Si une évaluation plus approfondie est requise, il est possible de programmer un rendez-vous avec la personne afin d'effectuer une évaluation au moyen d'instruments standardisés validés pour sa situation en particulier (p. ex., le diagnostic, le genre). Enfin, davantage de recherches sont requises pour repérer des outils de dépistage complets dotés de paramètres psychométriques solides.

Soins tenant compte des traumatismes

Bien que les antécédents de traumatisme soient clairement associés à de nombreux problèmes de santé, très peu d'études faisant état de modèles de soins pour les comorbidités entre maladie physique et maladie mentale s'intéressaient aux soins tenant compte des traumatismes. De surcroît, il est reconnu que l'exposition à de multiples expériences négatives durant l'enfance (ENE) constitue un important facteur de risque pour l'apparition de nombreuses affections physiques et mentales. Pour maintenir l'amélioration du système de santé, un changement de priorité doit être opéré afin d'inclure la prestation de services tenant compte des ENE. Les Objectifs de développement durable constituent une plateforme pouvant faciliter la mise en œuvre de stratégies pour réduire les effets des ENE sur la santé physique et mentale tout au long de la vie⁵¹⁵.

Difficultés liées aux multimorbidités

Bien que les comorbidités étaient au cœur de ce rapport, de nombreuses études repérées lors des recherches portaient sur les multimorbidités. Contrairement à la comorbidité, un concept axé sur la maladie, la multimorbidité sous-entend un modèle de soins centrés sur le patient qui ne place pas une maladie particulière en priorité et qui suppose une évaluation plus globale de la complexité de chaque individu. Cette approche pourrait être transposée aux soins des personnes ayant des comorbidités. La prévalence plus élevée des multimorbidités peut conduire à une utilisation accrue des soins médicaux et à des coûts plus élevés, ce qui a une incidence sur les réformes des soins de santé mettant l'accent sur la gestion des soins. Par exemple, le modèle DIAMOND (*Depression Improvement Across Minnesota Offering a New Direction*) prévoit à la fois des composantes de soins intégrés et des paiements regroupés versés aux fournisseurs de soins primaires contre la dépression. Ce modèle, qui a prouvé son efficacité à favoriser la rémission de la dépression, est basé sur l'intervention IMPACT (*Improving Mood–Promoting Access to Collaborative Treatment*), qui fait appel à une démarche collaborative pour l'offre de traitements.⁵¹⁶ En résumé, la prévalence et l'incidence croissantes des comorbidités et des multimorbidités font ressortir la nécessité de concevoir des modèles de soins intégrés encore meilleurs.

Démarches axées sur les soins psychologiques, le mode de vie et le soutien par les pairs

L'absence d'un consensus clair sur l'importance des interventions psychologiques fondées sur des données probantes pour les différentes comorbidités entre maladie physique et maladie mentale est une lacune additionnelle du système de santé. Bien que la TCC soit considérée comme une pierre angulaire des soins de santé mentale, la littérature ne démontre pas suffisamment son efficacité pour tous les types de comorbidités, notamment dans les cas de MCV. Cela porte à croire que des études plus poussées devront être réalisées afin de déterminer son efficacité pour tous les problèmes de santé physique. De même, la littérature contient peu de mentions des interventions axées sur le mode de vie, par exemple l'activité physique et la saine alimentation en complément aux soins reçus

pour traiter les problèmes de santé physique et mentale concomitants. Enfin, alors que le soutien par les pairs est un modèle recommandé de soins de santé, particulièrement pour les personnes ayant des problèmes liés à la santé mentale, nous avons trouvé très peu d'analyses de son potentiel pour le traitement des comorbidités entre maladie physique et maladie mentale. Comme mentionné dans la section sur l'obésité, la plupart des interventions ne font pas appel aux professionnels de la santé mentale. Des études futures devraient se pencher sur les professions interventionnistes en plus des résultats des soins primaires et secondaires chez les adultes ayant différentes affections liées au mode de vie, y compris l'obésité⁴²⁰.

Facteurs contextuels : Genre et populations en quête d'équité et de priorité

Les soins multidisciplinaires prodigués aux populations en quête d'équité et de priorité ayant des comorbidités entre maladie physique et maladie mentale devraient être axés sur les théories de personne-environnement et sur les instances de services. Par exemple, le sentiment de désespoir ressenti par les personnes aux prises avec une MCV pourrait s'entremêler avec des facteurs comme l'injustice perçue, la discrimination, les mauvaises relations familiales et les traumatismes antérieurs. Pour les personnes orientées vers leur communauté ou leur famille élargie, les interventions axées sur les relations humaines pourraient être plus efficaces que celles ayant pour but d'améliorer la perception de contrôle individuel¹⁷⁸. Il importe de reconnaître les facteurs contextuels, comme la vie dans une famille non traditionnelle ou avec un partenaire du même sexe et la chimiodépendance. Il est également essentiel de cerner tout problème pouvant masquer des symptômes, comme la peur des préjugés ou des ramifications juridiques.

La littérature sur les comorbidités entre maladie physique et maladie mentale ne contient que peu de recherches sur les effets de la race et de l'ethnicité. Ces deux facteurs pourraient influencer la capacité des personnes à composer avec les agents stressants⁵¹⁷ et compromettre leur accès aux ressources et à des soins de qualité. Les services axés sur le traitement des comorbidités entre maladie physique et maladie mentale chez les personnes de divers horizons doivent miser sur des pratiques adaptées sur le plan culturel. Par exemple, les minorités et les immigrants ayant des MCV ne sont pas nécessairement familiers avec les programmes d'exercices intensifs occidentaux. Les solutions de rechange, comme la thérapie intégrative (p. ex., le taï-chi, le yoga) et les méthodes faisant appel à la communauté (p. ex., les cérémonies et rituels autochtones), pourraient être privilégiées par ces groupes.

Bien que les études sur les comorbidités entre maladie physique et maladie mentale dans la population LGBTQ sont rares, les recherches comparant les personnes âgées transgenres et non transgenres ont révélé que les personnes âgées transgenres présentaient un état de santé considérablement plus faible, selon l'échelle Health-Related Quality of Life et la symptomatologie dépressive⁵¹⁸. Il est recommandé que les interventions efficaces pour ces populations et d'autres tiennent compte de facteurs comme la victimisation durant la vie, la stigmatisation et les réseaux de soutien social distincts⁵¹⁹.

Les manifestations et les résultats sur le plan de la santé physique et mentale peuvent différer chez les hommes et les femmes tant en raison du sexe (mécanismes moléculaires, cellulaires, épigénétiques) que du genre (normes sociales adoptées et imposées,

comportements, identités, attentes).⁵²⁰ Dans la littérature sur les comorbidités entre maladie physique et maladie mentale, les distinctions entre sexe et genre sont rarement mentionnées. Comme d'autres auteurs l'ont souligné, cela soulève des questions à propos de l'élaboration de lignes directrices et de pratiques en matière de soins ainsi que de la prise en considération de l'influence du sexe et du genre⁵²¹. Par exemple, on constate d'importantes lacunes dans les connaissances entourant les différents effets de la ménopause et de l'andropause sur les comorbidités entre maladie physique et maladie mentale.

3.2.4 Politiques sur la santé

Les objectifs stratégiques visant à favoriser les environnements alimentaires positifs, les saines habitudes alimentaires, la sécurité alimentaire, l'activité physique, les services de garde et le logement abordables, l'aide sociale ainsi que l'équité en matière de santé et de revenu⁵⁸⁰ ont le potentiel d'aider à prévenir et à gérer les comorbidités entre maladie physique et maladie mentale.

Les politiques de santé mentale ont le potentiel de mieux structurer la prévention et la gestion des comorbidités entre maladie physique et maladie mentale. Toutefois, les services de santé mentale ne disposent pas de ressources suffisantes, et on rapporte que les interventions destinées aux personnes ayant des problèmes de santé mentale seraient inadéquates. La pharmacothérapie, particulièrement la médication antipsychotique, est le pilier des programmes thérapeutiques, mais entraîne d'importants facteurs de risque cardiométaboliques. Alors que la mise en œuvre de pratiques de dépistage et de surveillance systématiques s'est améliorée, les observations rapportées dans la littérature laissent entendre qu'il serait possible de faire beaucoup plus pour mettre ces pratiques de l'avant.

Il y a beaucoup à gagner à adopter des méthodes axées sur la santé mentale positive afin de prévenir et de gérer les comorbidités entre maladie physique et maladie mentale. Tout d'abord, ces méthodes admettent que 70 % des problèmes de santé mentale chez les adultes canadiens sont apparus durant l'enfance ou l'adolescence⁵²² et sont liés aux expériences vécues durant la petite enfance.

De nombreuses maladies non transmissibles sont aussi associées aux expériences antérieures et se forment lors de périodes de développement déterminantes, comme à l'émergence de l'âge adulte.

3.2.5 Recherche sur la santé

Des connaissances plus poussées sont requises sur le dépistage, la prévention, la caractérisation et la gestion de différentes comorbidités entre maladie physique et maladie mentale. La recherche visant à combler ces lacunes dans les connaissances entourant les outils appropriés pour le dépistage de différentes maladies physiques dans des populations prioritaires et en quête d'équité peut aider à déterminer les avantages de ces outils par rapport aux améliorations attendues de l'état de santé global. Des mesures permettant d'estimer les tendances dans les comorbidités entre maladie physique et maladie mentale

sont également requises. En particulier, les évaluations pouvant réduire la variabilité entre les outils de dépistage et de diagnostic aideront à consigner avec précision les tendances et à mettre au point des interventions appropriées.

Il reste beaucoup à faire pour mieux comprendre l'étiologie commune des comorbidités entre maladie physique et maladie mentale. Par exemple, une meilleure compréhension des fondements génétiques et du rôle du microbiome humain pourrait donner lieu à des interventions ciblées et à des démarches de soins plus personnalisées. Une meilleure connaissance de la mise en œuvre et des résultats des soins intégrés est nécessaire, et des innovations comme celles introduites dans les domaines de la nanomédecine, de la santé mobile et de l'imagerie médicale doivent recevoir une attention scrupuleuse.

Même si des données probantes montrent que le modèle de soins collaboratifs génère de meilleurs résultats en santé mentale, y compris pour les problèmes liés à la consommation de substances⁵²³, les composantes du modèle nécessaires à son succès ne sont pas encore définies. Des travaux futurs pourraient avoir pour but d'étudier les combinaisons de composantes se révélant les plus efficaces à l'intérieur de ce modèle. De plus, les enquêtes visant à créer des systèmes de données générant des données fiables et valides sur les services de santé mentale et physique et pouvant être analysées selon une approche intégrée et stratégique permettront de mieux étayer la prestation des soins, les politiques et les recherches futures.

Enfin, les travaux à venir sur les comorbidités entre maladie physique et maladie mentale devront être réalisés conjointement avec des personnes ayant un savoir expérientiel, leur famille et leurs aidants. Récemment, les Instituts de recherche en santé du Canada ont présenté des initiatives prônant les soins orientés vers le patient afin de refléter les priorités de ce dernier, qui pourraient générer de meilleurs résultats cliniques.

4. Quelles interventions fonctionnent? Pour qui? Comment? Dans quels contextes?

La synthèse réaliste commence par une théorie de programme testable sur la façon dont un programme devrait fonctionner dans le monde réel. Les données probantes, issues de données secondaires et de documents, sont utilisées pour peaufiner et façonner la théorie du programme. Pour le présent rapport, un cadre socioécologique adapté (figure 4.1) comportant des théories de programme pour expliquer la promotion de la santé mentale à différents niveaux des systèmes, en commençant par le niveau politique, est utilisé comme cadre de référence pour la synthèse réaliste rapide. Il est important de noter que les frontières sont perméables entre les différents niveaux des systèmes. Cette section du rapport est divisée en catégories qui correspondent aux niveaux de systèmes du cadre.

4.1 Niveau 1 : Une politique publique favorisant la santé mentale : Promotion de la santé mentale et stratégie de santé mentale dans toutes les politiques (SSMP)

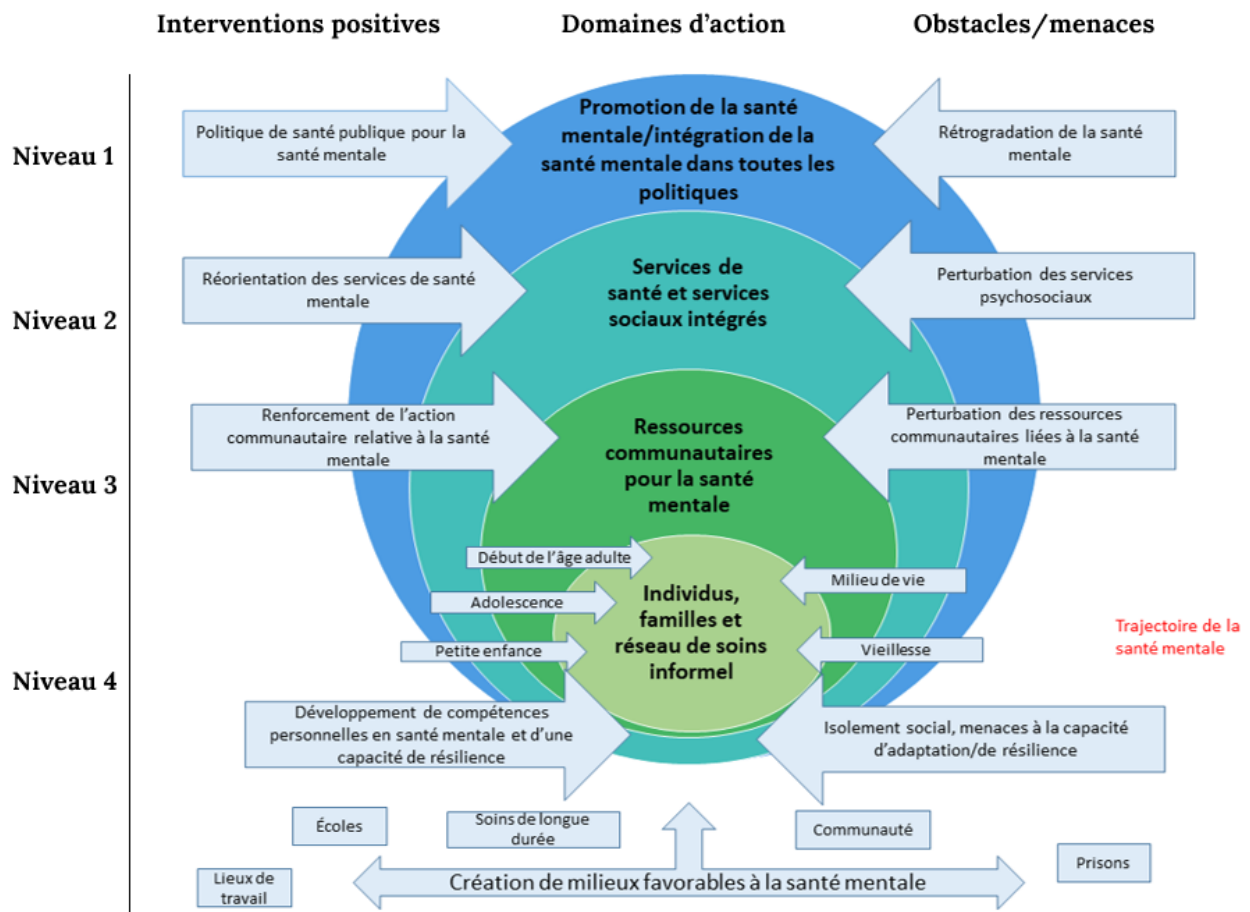
Dans la première couche écologique externe du modèle, nous discuterons d'une stratégie d'orientation globale visant à promouvoir la santé mentale, tant pour les personnes ayant des maladies chroniques et qui vivent avec une maladie ou un problème lié à la santé mentale ou qui risquent d'y être exposées que celles vivant avec des maladies mentales graves et qui vivent avec des maladies physiques chroniques ou qui risquent d'y être exposées. Cependant, conformément à l'importance que nous accordons à la promotion de la santé et à l'adoption du modèle de double continuum de la santé mentale, nous incluons ces deux dernières populations dans le cadre d'une stratégie de promotion de la santé mentale chez la population générale qui ne vise pas seulement les personnes malades ou à risque de l'être (mentalement ou physiquement), mais aussi la promotion du développement général de la santé mentale chez la population dans son ensemble. Cette approche reconnaît que même les personnes vivant avec des maladies mentales et physiques peuvent vivre une vie épanouie et heureuse, et que si nous devons essayer de prévenir et de gérer la maladie, nous devons aussi tenter de promouvoir et de renforcer les actifs de santé, notamment les environnements favorables sur le plan structurel (sociaux, économiques et culturels), la résilience de la communauté et les capacités d'adaptation. La théorie de notre programme sur la façon dont la SSMP doit fonctionner est présentée ci-dessous.

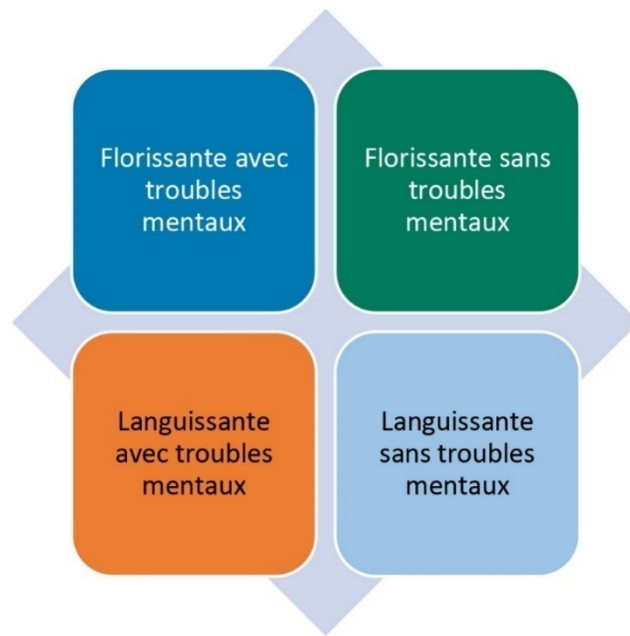
Théorie de programme pour la santé mentale dans toutes les politiques

Stratégie de santé mentale dans toutes les politiques → Gouvernance intersectorielle pour la santé mentale → Changements des politiques (habituellement annoncés dans un plan ou document stratégique quelconque) → Actions politiques (outils législatifs, réglementaires, budgétaires, d'investissement) pour promouvoir la santé mentale → Impact sur les déterminants sociaux de la santé mentale → Amélioration des résultats en matière de santé mentale (p. ex. amélioration du bien-être, du bonheur, des capacités d'adaptation et de la résilience, réduction du stress mental, de l'incidence de la maladie mentale, des méfaits découlant de la toxicomanie et de l'incidence du suicide).

Un aperçu de ce que nous savons sur la façon dont la SSMP est adoptée en tant que programme d'orientation, mise en œuvre en tant que stratégie de gouvernance intersectorielle, et soutenue comme processus institutionnalisé qui produit de meilleurs résultats, au chapitre des types de combinaisons de « contextes-mécanismes-résultats » menant d'une partie de la théorie à l'autre, est présenté ci-dessous.

Figure 4.1 : Modèle socioécologique des interventions de promotion de la santé mentale et modèle de double continuum de la santé mentale





Établissement des programmes d'une SSMP

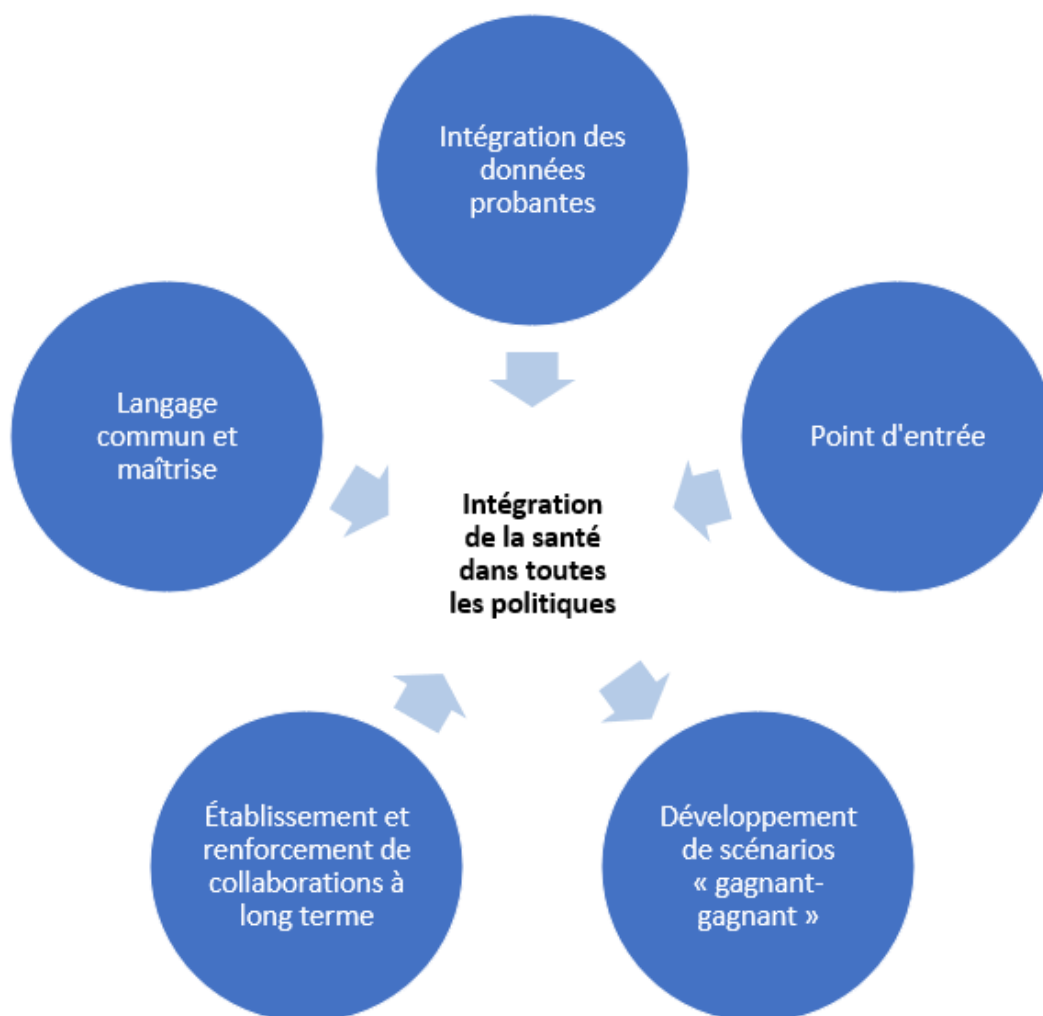
L'approche de collaboration intersectorielle relative à la « santé dans toutes les politiques » gagne du terrain dans le monde entier en tant que programme d'orientation visant à traiter des déterminants sociaux de la santé au sens large. Les défenseurs de la santé dans toutes les politiques soulignent l'importance de la promotion de la santé mentale comme élément central des approches réussies de santé mentale dans toutes les politiques et comme moyen de contribuer à la promotion de l'équité et à la lutte contre les inégalités en matière de santé^{9,10}. Inversement, les défenseurs de la promotion de la santé mentale considèrent la santé dans toutes les politiques comme un cadre d'orientation clé pour favoriser la santé mentale et physique^{11,12}. Les données probantes traitant de la mise en œuvre de la santé dans toutes les politiques sont présentement limitées puisque la plupart des initiatives d'orientation explicites n'ont été lancées que récemment. Cependant, il existe un champ de travail croissant qui s'inscrit bien dans une approche réaliste^{524,525} et peut contribuer à recenser les configurations de « contextes-mécanismes-résultats » qui guideront les conditions dans lesquelles les approches de la santé dans toutes les politiques apporteront des contributions positives substantielles au bien-être de la société^{526,10}. Il convient de noter l'importance de Shankardass et autres (2018)⁵²⁷, qui adoptent une approche réaliste et systémique de la santé dans toutes les politiques et définissent quatre sous-systèmes clés pertinents pour l'initiation, la mise en œuvre et la durabilité réussies de la santé dans toutes les politiques : administratif (leadership), intersectoriel (entre les secteurs), intrasectoriel (au sein des secteurs) et extra-gouvernemental. Au sein de ces sous-systèmes, les auteurs soutiennent que plusieurs composantes sont mécaniquement liées au succès ou à l'échec de l'adoption, de la mise en œuvre et de la durabilité de la santé dans toutes les politiques. Dans le contexte canadien, nous pouvons cerner, dans le sous-système administratif, dirigé par les élites des politiques, l'absence d'un programme d'orientation explicite pour l'intégration de la santé dans toutes les politiques, que ce soit à l'échelle fédérale ou dans la plupart des provinces (à l'exception du Québec et de Terre-Neuve-et-Labrador)^{528,529,10}. Cette réalité persistante a été reconnue il y a presque une décennie (Greaves et Bialystok, 2011). Certains défenseurs du principe de la santé dans toutes les politiques ont reconnu le

manque de compréhension théoriquement réfléchi, dans les domaines de la promotion de la santé et de la santé de la population, du processus d'élaboration de politiques par rapport au travail réalisé sur les déterminants sociaux de la santé⁵³⁰, et ont donc commencé à intégrer une compréhension plus approfondie de ce dernier dans leur travail d'intégration de la santé dans toutes les politiques^{531,526}. Après Exworthy (2008)⁵³⁰, d'autres ont adopté une approche du processus des « axes » d'orientation (politique, problème, politiques) fondée sur le travail de Kingdon (2011)⁵³², qui repose sur l'idée que des « fenêtres d'orientation » sont ouvertes lorsque ces trois axes sont coordonnés, ce qui peut se produire en partie par hasard et en partie par l'action stratégique des réseaux et des entrepreneurs au chapitre des politiques.

Des recherches récentes montrent qu'il y a un intérêt émergent dans les réseaux de politiques canadiens pour faire avancer le programme d'intégration de la santé dans toutes les politiques, le gouvernement du Québec et le Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé démontrant un fort leadership en la matière⁵³³. Bien que la santé mentale fasse partie du programme d'intégration de la santé dans toutes les politiques dans la plupart des documents de référence clés¹¹, elle souffre d'un manque de parité d'intérêt par rapport aux conditions de santé physique dans le domaine élargi de la promotion de la santé, comme c'est le cas par rapport à la priorisation de la santé physique dans le système de soins de santé. Cette situation pourrait entraîner un certain pessimisme quant aux perspectives d'un programme d'intégration de la santé mentale dans toutes les politiques puisqu'il faut se libérer du fardeau qui consiste à renverser la sensibilisation, l'attention et les ressources disproportionnées accordées aux soins de santé par rapport à la promotion de la santé, et à la promotion de la santé physique par rapport à la promotion de la santé mentale, ainsi que les autres enjeux associés à l'intégration de la santé dans toutes les politiques^{526,10}.

Sur la base d'un examen de la littérature concernant l'intégration de la santé dans toutes les politiques et son adoption, nous proposons cinq règles simples pour une intégration réussie de la santé dans toutes les politiques : 1) développer un langage commun et une aisance quant à une compréhension élargie de la « santé » pour inclure le mieux-être, le bonheur, et le bien-être général; 2) relier les données probantes sur la façon dont les initiatives d'intégration de la santé dans toutes les politiques peuvent contribuer à des économies durables et à des systèmes de santé durables (à la fois théoriques et empiriques); 3) avoir un « point d'entrée » pour lancer un programme d'intégration de la santé dans toutes les politiques; 4) établir des scénarios, des buts et des objectifs bénéfiques dans l'ensemble des secteurs¹³; et 5) établir et favoriser des partenariats de collaboration à long terme et un engagement auprès des parties prenantes intersectorielles. Voir figure 4.2.

Figure 4.2 : Cinq règles simples à l'échelle des politiques



La notion des règles simples provient de la science de la complexité et de l'étude des systèmes complexes, comme les systèmes de soins de santé^{534,534,535,536,17}. Compte tenu de l'imprévisibilité, de la diversité et de la variabilité des systèmes complexes, les règles normatives n'offrent pas la souplesse nécessaire pour s'adapter aux conditions changeantes. Des règles simples servent de lignes directrices pour une adaptabilité réussie des systèmes. Sur la base de notre examen réaliste des données probantes, nous proposons que ces cinq règles simples servent de liens entre les différents niveaux des systèmes. Elles sont particulièrement cruciales, à l'échelle des politiques, pour influencer le changement au chapitre du langage, des partenariats et de l'engagement à d'autres niveaux des systèmes pour préparer le terrain.

Bien que l'approche des règles simples soit parfois accusée d'éviter les solutions de type « big bang »⁵³⁷ et d'encourager l'incrémentalisme, ce serait une caractérisation inexacte de l'approche des systèmes complexes. En fait, la *Loi canadienne sur la santé* elle-même peut être interprétée en partie comme étant à la fois une solution de type « big bang » et un exemple d'utilisation des grands principes d'action pour guider ou diriger des processus

divergents de mise en œuvre de politiques dans les provinces. En dépit des perpétuelles préoccupations au Canada concernant la menace qui pèse sur les principes du régime d'assurance-maladie, il est remarquable de constater qu'il y a eu une stabilité et une cohérence relatives importantes concernant les principaux centraux, malgré les pouvoirs autonomes des provinces dans le développement du système de santé, ce qui se reflète clairement dans la profonde valorisation de ces principes chez les Canadiens, rendant politiquement impraticable tout renversement majeur d'orientation vers un système moins universel et moins public⁵³⁸. Selon les données probantes, plutôt que de renverser l'orientation, les Canadiens appuient massivement l'élargissement des principes du système de santé public universel du Canada pour couvrir des composantes comme les médicaments sur ordonnance pour tous⁵³⁹. Ce dernier exemple montre comment, en disposant de la bonne fenêtre de politiques, un réseau d'enjeux de politique à long terme, doté d'une stratégie de communication bien structurée, peut rapidement mobiliser l'opinion publique pour soutenir un changement de politique assez important. Comme le démontre le rapport final du Conseil consultatif sur la mise en œuvre d'un régime national d'assurance-médicaments, cette combinaison de cadres stratégiques généraux, accompagnée d'ensembles spécifiques de principes universels et d'un mode de mise en œuvre plus complexe, échelonnée dans le temps et variant selon les territoires de compétence, est un modèle de changement de politique qui fonctionne, même (ou surtout) dans des fédérations constitutionnelles hautement complexes comme le Canada⁵⁴⁰. Il est important, particulièrement à l'échelle fédérale, que les décideurs continuent de tirer parti du succès de la *Loi canadienne sur la santé* et forment des coalitions politiques sur l'élargissement de la couverture, à un plus grand nombre de services du XXI^e siècle, pour qu'elle soit universelle, complète, accessible, transférable et publique.

Dans le contexte canadien, la santé mentale est bien placée pour être incluse dans tout programme d'orientation sur la santé dans toutes les politiques, mais elle peut aussi en fait être le point d'entrée clé pour accroître la sensibilisation à une stratégie de la santé dans toutes les politiques à l'échelle fédérale et provinciale et l'urgence de la mettre en œuvre, d'abord avec l'aide d'élites clés des politiques, comme les sénateurs Kirby et Wilson, et grâce à la création de la CSMC, une grande partie du travail fondamental de sensibilisation est déjà fait. Dans le cadre de ce travail collectif, des chercheurs, des praticiens, des décideurs et des personnes ayant vécu la maladie mentale du Canada ont travaillé à l'établissement d'un langage plus inclusif et partagé sur la santé mentale, qui, de par sa nature, tend à être moins axé sur le déficit, plus positif et davantage axé sur les forces (qui se rapporte aux cinq règles simples ci-dessus).

Le modèle du double continuum, décrit au bas de la figure 4.1, est tiré des idées transformatrices du document de la CSMC intitulé *Changer les orientations, changer des vies : La Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada*⁵⁰⁷.⁵⁰⁷ Le modèle se fonde sur des conversations engagées avec des décideurs en santé mentale qui ont reconnu que de nouvelles orientations stratégiques pour la politique canadienne en matière de santé mentale ne seront possibles qu'en changeant les perceptions du public à l'égard de la santé mentale et de la maladie mentale. Ces décideurs ont également reconnu que le langage est un facteur déterminant dans la façon dont nous pensons à la santé mentale et à la maladie mentale et la décrivons. Le modèle du double continuum est une « feuille de route » pour la transformation de la santé mentale au Canada¹⁹. Le modèle propose que, dans une certaine

mesure, chaque personne se trouve quelque part sur un continuum de santé mentale et de maladie mentale. Cette approche holistique reconnaît que les besoins en matière de santé mentale peuvent changer à tout moment de la vie d'une personne, comme c'est le cas pour nos besoins physiques. Le but de ce modèle est de réduire la stigmatisation et de promouvoir la prise de conscience voulant qu'« à la base, nous sommes tous les mêmes » (p. 465). Même le langage de l'« épanouissement » indique un élargissement rhétorique de l'objectif et est susceptible de surmonter une partie de la tendance des défenseurs du secteur de la santé à revenir à un objectif exclusivement épidémiologique quant aux structures de maladies, qui ne tient pas compte de la santé comme ressource dans la vie de tous les jours. Aussi, la CSMC et d'autres organismes ont réalisé un travail très important en établissant la base factuelle des investissements dans la promotion de la santé mentale (voir la deuxième règle simple ci-dessus). Le travail intersectoriel pangouvernemental actuel en santé mentale au Canada (p. ex. l'entente tripartite sur l'amélioration des services de santé mentale et de bien-être entre le Conseil de la santé des Premières Nations, le gouvernement du Canada et la province de la Colombie-Britannique, et le Fonds d'innovation pour la promotion de la santé mentale de l'Agence de la santé publique du Canada) peut servir de plateforme pour démontrer comment des scénarios « gagnant-gagnant » peuvent être élaborés et mis en œuvre (voir la quatrième règle simple ci-dessus). À cet égard, la santé mentale devrait être considérée comme fondamentale à une approche de la santé dans toutes les politiques, tout comme une approche de la santé dans toutes les politiques devrait être considérée comme essentielle à la promotion de la santé mentale comme ressource cruciale dans la vie de tous les jours.

Plutôt qu'une initiative complète et explicite sur la santé dans toutes les politiques, les gouvernements continuent d'entreprendre une variété de stratégies de collaboration intersectorielle principalement axées sur les enjeux, lesquelles ont un impact direct continu et, indirectement, fournissent un contexte pour toute future approche plus complète et coordonnée de l'élaboration, de la mise en œuvre et de l'évaluation de toutes les politiques relatives à la santé. Cependant, la littérature démontre clairement qu'une approche explicite de la santé dans toutes les politiques offre plusieurs avantages par rapport aux collaborations intersectorielles ponctuelles. D'abord, elle intègre des mécanismes de gouvernance formels et des paramètres clairs pour développer et soutenir l'élaboration de politiques intersectorielles sur la santé dans l'ensemble des gouvernements, ce qui favorise la responsabilisation par le biais de processus de production de rapports réguliers et peut mener à l'établissement de cadres pour la mise en œuvre et l'évaluation des initiatives de santé dans toutes les politiques. Ensuite, le gouvernement a la possibilité de regrouper et de concentrer les compétences et les capacités de collaboration intersectorielle (p. ex. le Canada dispose de nombreux professionnels et praticiens des politiques ayant une expérience de la collaboration intersectorielle, mais ils ont tendance à être dispersés dans diverses parties du système d'élaboration des politiques), ainsi que d'encourager la formation sur la mise en œuvre et l'évaluation de la santé dans toutes les politiques. Enfin, les mécanismes formels de gouvernance relatifs à la santé dans toutes les politiques et les fournisseurs qualifiés de la collaboration intersectorielle peuvent agir comme des soutiens et des facilitateurs indispensables des initiatives en cours fondées sur les enjeux. Ces facilitateurs peuvent aussi servir de défenseurs et d'intermédiaires dans les forums de politiques de plus haut niveau, comme les réunions du cabinet et les comités sous-ministériels, où le leadership

exécutif est appliqué et où des décisions sur les grandes stratégies d'investissement social sont prises.

4.2 Niveau 2 : Réorienter les services de santé mentale : Des soins de santé et des services sociaux intégrés

Au-delà de l'approche de la santé dans toutes les politiques, qui tend à cibler la santé de la population « en amont » et les déterminants sociaux, un rôle clé de la politique publique consiste à fournir le contexte réglementaire, législatif et financier de la transformation des soins de santé et des services sociaux de manière plus générale dans la société. Pour les Canadiens, la « réforme de la santé¹⁴ » est une réalité permanente, complexe et multidimensionnelle dont les objectifs varient selon les provinces et les stratégies de gouvernance et les résultats qui en découlent diffèrent grandement. Toutefois, la nécessité d'établir des *systèmes intégrés et collaboratifs de soins de santé et de services sociaux* pour répondre aux besoins de plus en plus complexes d'une population vieillissante, en plus de la multimorbidité concomitante des maladies chroniques, tant physiques que mentales, étant le moteur de cette complexité, représente un thème récurrent. Bien que ces efforts nécessitent de nombreux changements transformationnels à l'échelle des soins de santé, des services sociaux et des organisations, lesquels seront abordés dans la section suivante, les politiques de haut niveau ont un important rôle à jouer dans l'évolution vers le système idéal. Il est généralement admis, sur la base de décennies de recherche¹⁵, que les soins de santé primaires complets, tels qu'ils ont été initialement décrits dans la Déclaration d'Alma-Ata¹⁶, constituent le cadre général permettant d'organiser de manière efficiente, efficace et équitable les soins de santé et les services sociaux afin de favoriser une santé optimale au sein des populations.

La **théorie du programme** à cet échelon est la suivante : en fournissant une *couverture financière universelle, sous le contrôle et la réglementation du gouvernement, accompagnée d'une distribution équitable des services, d'une couverture exhaustive et de quotes-parts faibles ou nulles, l'accès et l'utilisation au premier contact sont améliorés, les soins sont davantage axés sur la personne au fil du temps, une plus large gamme de services est offerte et fournie en cas de besoin, et la coordination des soins est améliorée.* » [traduction] (Starfield, 2012, p. 20)

Les gouvernements provinciaux canadiens, désignés constitutionnellement pour fournir des services de santé, d'éducation et la plupart des autres services sociaux aux Canadiens, fonctionnent depuis 1966 en vertu de la *Loi sur les soins médicaux*, et depuis 1984 en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*, qui offre des incitatifs financiers aux provinces pour qu'elles fournissent à leur population une couverture d'assurance-maladie universellement accessible, complète et équitable, bien que limitée principalement aux services dispensés par les médecins et les hôpitaux. En ce qui concerne les services de santé mentale en particulier, la protection offerte par la *Loi canadienne sur la santé* présente de sérieuses lacunes, laissant « un manque de couverture universelle pour les consultations psychologiques, les médicaments sur ordonnance, les soins à domicile et les autres mesures de soutien communautaire⁵⁴¹ ». En plus d'autres initiatives visant à élargir

l'engagement du Canada à fournir une couverture universelle des services de santé, comme le mouvement « L'assurance-médicaments pour tous⁵⁴⁰ », le gouvernement fédéral devrait utiliser son pouvoir législatif, réglementaire et fiscal pour faire preuve de leadership dans l'élargissement de l'accès des Canadiens aux services psychologiques, l'amélioration des soins à domicile par le biais d'accords d'aide à la vie autonome et de soins de longue durée financés par l'État et fondés sur les soins relationnels, ainsi que la prestation de services de santé et de soutien social élargis dans la communauté qui vont au-delà du concept étroit de « nécessité médicale » établi par le médecin. Dans la figure 4.1, nous avons représenté les besoins en santé mentale tout au long de la vie (et les contextes dans lesquels ces besoins se manifestent) comme le niveau fondamental du cadre socioécologique.

À l'échelle provinciale, l'engagement à soutenir des systèmes de soins de santé et de services sociaux intégrés et collaboratifs suppose un financement précis et des changements législatifs et réglementaires. De multiples modèles de pratique sont disponibles pour aider à mettre en œuvre de tels changements, comme des soins communautaires continus, des modèles de soins collaboratifs, le modèle de soins primaires en santé comportementale⁵⁴², les maisons de soins axés sur le patient, les centres de santé communautaires, les équipes communautaires de santé mentale, les fournisseurs communautaires multispécialités, les réseaux locaux intégrés de santé, et les réseaux de soins primaires. Il existe aussi de multiples façons de rémunérer les médecins et les autres fournisseurs de soins de santé et de services sociaux pour obtenir leurs services, notamment en améliorant les accords existants de rémunération à l'acte, les formules de capitation, les contrats de travail salarié, et la rémunération au rendement. Il ne semble pas y avoir de solution miracle au chapitre des interventions spécifiques pour « résoudre » le problème d'intégration. Cependant, une combinaison du modèle de soins collaboratifs et du modèle de soins primaires en santé comportementale pourrait s'avérer une combinaison optimale pour aborder un large éventail de problèmes de santé mentale à l'échelle des soins primaires⁵⁴³.

Néanmoins, à l'échelle des politiques, il semble y avoir quelques leçons génériques fondées sur les principes sous-jacents de la réforme du système de santé, qui ont commencé à être synthétisées au cours des deux dernières décennies de travail sur le changement du système de santé et la science de la mise en œuvre dans les systèmes de soins intégrés^{544,545,546,547,14}. La première conclusion commune : « l'intégration » semble être une requête simple, mais elle ne l'est pas. De nombreux auteurs ont noté l'ambiguïté et la complexité inhérentes à l'appel pour des « soins intégrés »^{548,549,547}. Kodner décompose cette complexité en cinq dimensions (pôles, type, niveau, ampleur et degré), chacune comportant plusieurs sous-dimensions. Néanmoins, malgré la nature ambiguë de ce « vague fouillis » et le fait qu'il s'agit non seulement d'un concept difficile à comprendre, mais aussi d'un concept qui, en dernière analyse, est extrêmement difficile à mettre en œuvre et à gérer (p. 12-13)⁵⁴⁶, nous observons une mobilisation constante, même de la part des chercheurs les plus sceptiques, en faveur de sa poursuite par les décideurs politiques afin de répondre aux besoins de plus en plus complexes de leurs citoyens en matière de soins. Ce paradoxe apparent (ambiguïté et soutien empirique contradictoire, mais mobilisation et engagement cohérents) s'explique en partie par le fait que la plupart des experts dans ce domaine amorphe reconnaissent que les « soins intégrés » constituent un point d'entrée à l'échelon des systèmes pour la transformation, de la réflexion sur les

besoins en santé physique (principalement) aux besoins en santé physique et mentale. Les règles simples de la figure 2 peuvent également s'appliquer à ce niveau. Le bon modèle de soins intégrés a la capacité de fournir un langage commun et des possibilités pour une collaboration accrue et la génération de scénarios de soins intégrés (santé mentale et physique) gagnant-gagnant (plutôt qu'un ensemble d'interventions et de directives normatives).

Un cadre canadien influent pour les soins intégrés, remarquable pour sa perspective des soins continus et communautaires, a été élaboré par Hollander et Prince après de vastes consultations auprès d'experts, de responsables des politiques et de décideurs de partout au Canada (2008)⁵⁴⁵. Ce cadre est intéressant puisqu'il s'agit de l'un des rares cadres de soins intégrés qui partent du niveau communautaire de soins non médicaux et qui s'interrogent ensuite sur les collaborations à établir avec les systèmes de soins primaires et hospitaliers. La plupart des autres cadres^{544,546,550} partent de la perspective opposée, commençant par les systèmes de soins primaires existants et les élargissant pour inclure une intégration aux services communautaires et sociaux élargis. Dans ce cadre, les soins « axés sur le client » sont incompatibles avec les objectifs adaptés au fournisseur. Ce cadre repose sur l'engagement à l'égard d'une gamme complète de services (soins psychosociaux et physiques) et un financement suffisant et durable, qui tient compte des besoins des clients avant toute chose (p. 48-49)⁵⁴⁵. Nous pensons que ce cadre de soins intégrés peut fonctionner s'il est soutenu par des engagements financiers et des investissements précis dans les fonctions administratives et le soutien aux technologies de l'information pour faciliter les processus de changement transformationnel.

L'intégration des soins au moyen de règles simples permet à des acteurs relativement autonomes d'utiliser leurs connaissances contextuelles pour proposer des solutions de mise en œuvre créatives. En ce qui concerne les soins intégrés, il faut tenir compte de certains facteurs contextuels importants. Pour que les clients aient leur mot à dire dans la prise de décisions (p. ex. besoins physiques, sociaux et mentaux prioritaires), le déséquilibre des pouvoirs doit être « atténué ». Les dynamiques de pouvoir différentielles nuisent à une pratique collaborative efficace chez les différents fournisseurs de services¹⁷, mais elles relèguent aussi les clients à un rôle marginalisé relativement aux décisions qui concernent leurs besoins de soins. Les médecins sont considérés comme étant au sommet de la hiérarchie des soins de santé, et cette approche conceptuelle peut briser le succès de tout programme de réforme ou initiative de changement.

Les chercheurs canadiens en matière de politiques ont compris depuis longtemps que les médecins jouent un rôle central dans le système de santé et que l'histoire de l'évolution du système de santé canadien présente certaines caractéristiques propres qui rendent souvent difficiles et longues les négociations avec les associations de médecins^{551,552,537}. Comme l'ont noté Best et autres¹⁷, « l'engagement des médecins » dans les processus de changement transformationnel demeure un principe fondamental pour toute transformation réussie du système de santé, même s'il est important de souligner qu'elle n'est pas imputable à la valeur relative intrinsèque dans un système de soins intégrés (un indicateur clés d'un système transformé serait un rééquilibrage équitable de la valeur attribuée aux différents fournisseurs de services et professions qui font partie d'une équipe de soins multidisciplinaire idéale), mais à leur positionnement stratégique institutionnalisé

au sein du système de santé. Les sociologues de la santé ont élaboré des théories très influentes sur le pouvoir des professionnels de la santé^{553,554,555}, et ont débattu de la domination et de l'autonomie relatives des médecins dans les systèmes de santé du monde entier, dans des conditions politiques et économiques changeantes. Au Canada, l'autonomie des médecins caractérise encore la relation de ces derniers avec le système de soins de santé dans son ensemble et, de plus, cette autonomie soutenue est souvent un facteur de difficulté pour une transformation majeure du système¹⁴.

Plutôt qu'une approche conflictuelle, s'attaquant à l'intérêt personnel instrumental des médecins au chapitre de l'autonomie financière et professionnelle, les gouvernements ont eu tendance à tenter divers efforts pour les enrôler en tant que collaborateurs, sur la base des valeurs partagées du cadre « Quadruple Aim » (quatre objectifs). Le cadre des « quatre objectifs » est souvent utilisé pour rallier les médecins et les autres fournisseurs de soins de santé autour d'objectifs universels d'amélioration de la qualité des soins de santé, à savoir l'amélioration de la santé de la population, de l'expérience des patients, de la rentabilité, et de l'expérience des fournisseurs de soins (c'est-à-dire la satisfaction au travail)⁵⁵⁶. Les conseils sur la qualité dans les provinces et les territoires canadiens encouragent les médecins à adopter les initiatives du cadre des « quatre objectifs », y compris le développement du leadership, le développement des connaissances et les stratégies de communication. L'éducation et les incitatifs financiers pour le développement des soins intégrés peuvent générer certains changements de pouvoir^{557,558}.

4.3 Niveau 3 : Renforcer les actions communautaires en matière de santé mentale : Actifs communautaires en santé mentale

À ce niveau systémique, les « actifs » communautaires en santé mentale sont les pôles choisis puisqu'ils réunissent trois approches théoriques importantes de la santé mentale : la promotion de la santé mentale¹⁸, l'approche de double continuum¹⁹, et le cadre de l'approche de soutien de l'Association canadienne pour la santé mentale^{20,21}. Morgan et Ziglio⁵⁵⁹ définissent les actifs de santé comme suit : « *tout facteur (ou ressource) qui améliore la capacité des personnes, des groupes, des communautés, des populations, des systèmes sociaux ou des établissements à maintenir la santé et le bien-être et à contribuer à réduire les inégalités en matière de santé* ». Cette approche, fondée sur la compréhension salutogène⁵⁶⁰ de la santé et du bien-être, s'est avérée théoriquement compatible avec une approche de promotion de la santé mentale, ainsi qu'avec le modèle de double continuum et le cadre de soutien. Elle appuyait également une relation avec la psychologie positive⁵⁶¹, où elle est considérée comme le concept général qui englobe une variété d'aspects et de dimensions clés du développement psychologique positif, y compris l'adaptation, le sentiment de cohérence, l'épanouissement et le bien-être (figure 4.3)⁵⁶².

Figure 4.3 : Compréhension salutogène de la santé et du bien-être



Van Bortel et autres⁵⁶³, dans un examen récent de l'application des approches salutogènes à l'échelle mondiale, recensent les actifs communautaires en santé comme incluant, entre autres choses, « la famille et les relations ou les réseaux de soutien, la solidarité intergénérationnelle, la cohésion communautaire, la tolérance religieuse et l'harmonie » (2019, p. 2). En nous appuyant sur ces liens, nous pouvons dégager une théorie provisoire du programme comme suit.

La **théorie du programme** à l'échelle communautaire est la suivante : en aidant à *cocréer, à renforcer et à soutenir les actifs communautaires en santé mentale*, les gens peuvent être encouragés à vivre une vie heureuse, joyeuse et épanouie, qu'ils vivent ou non avec une maladie mentale ou physique, et ils peuvent aussi être habilités à produire et à façonner les services de santé mentale qu'ils reçoivent dans la communauté par une planification des services de santé mentale collaborative et adaptée au contexte.

Comme l'affirment Trainor et autres²¹, il s'agit de passer d'un « paradigme de service » à un « paradigme de processus communautaire », qui reconnaît non seulement que les ressources communautaires et personnelles sont essentielles à la promotion de la santé mentale et au rétablissement, mais aussi que l'ensemble du système doit passer à une approche centrée sur la personne qui développe des services du point de vue de la personne dans la communauté, plutôt que du point de vue des fournisseurs de services et des administrateurs exclusivement. C'est l'une des principales façons dont cette théorie de programme se rattache au *niveau des services sociaux et de santé intégrés*. Il ressort

clairement de la littérature sur les soins intégrés que l'un des principaux échecs de la mise en œuvre est souvent lié à l'incapacité d'opérer ce changement de paradigme recommandé par le modèle de cadre de soutien. Comme le montre très clairement une récente étude sur les soins intégrés, il existe de réelles tensions entre une économie politique des soins de santé et une perspective organisationnelle qui visent principalement à intégrer les soins pour faire face aux pressions financières au sein du système global de santé et de services sociaux et une approche des soins véritablement centrée sur la personne. Les auteurs concluent ce qui suit : « Reconnaître ces tensions plutôt que les résoudre reviendrait à accepter que des soins fondés sur les relations, offrant du temps et de l'espace aux patients pour qu'ils soient vus et entendus, sont probablement une condition nécessaire (voire suffisante) qui peut contribuer à la concrétisation des soins intégrés pour les patients. En outre, il faut comprendre que la prestation de ces soins ne s'harmonise pas nécessairement avec les objectifs de réduction des coûts de l'organisation ou du système. » (p. 480)⁵⁴⁷.

Une autre tension a été cernée en lien avec l'approche fondée sur les actifs : elle s'appuie sur les concepts de cohésion communautaire et de capital social et peut entraîner, si elle n'est pas mise en œuvre de manière réfléchie et critique, à la marginalisation des membres stigmatisés de la communauté et ainsi augmenter les inégalités en santé (Wakefield et Poland, 2016)⁵⁶⁴, surtout si les ressources du capital social sont principalement axées sur les « rapprochements » qui peuvent renforcer l'exclusivité et l'homogénéité, par opposition au capital social de « transition » et de « liaison » qui vise à renforcer les liens entre les groupes hétérogènes au sein de la communauté et à établir des liens entre les groupes marginalisés et les personnes en position de pouvoir qui peuvent s'allier avec eux⁵⁶⁵. En laissant à la communauté et aux personnes une trop grande part de responsabilité pour assurer la santé mentale et le bien-être, sans prêter attention au contexte socioéconomique élargi (profondément influencé par la politique publique à l'échelle macro), plutôt que mettre l'accent sur les approches à plusieurs niveaux, les actifs communautaires peuvent être submergés et même se détériorer en raison d'une trop forte sollicitation des ressources et des capacités de résistance à un contexte politique qui, loin de soutenir la promotion de la santé mentale, peut souvent activement l'affaiblir.

Dans une évaluation réaliste de la recherche participative communautaire canadienne²², la collaboration au sein d'une communauté dépendait du partage de pouvoir et de la co-gouvernance. Il a fallu du temps aux partenaires pour établir la confiance dans l'engagement de chacun envers l'équité des pouvoirs. Dans une récente synthèse réaliste sur les collaborations interorganisationnelles⁵⁶⁶, la collaboration interorganisationnelle est définie comme une négociation entre des personnes de différentes organisations qui s'engagent à travailler ensemble pour obtenir des améliorations qui n'auraient pas pu être obtenues en agissant seules (Dickinson et Glasby, 2010). Cette synthèse réaliste propose une série de configurations « contextes-mécanismes-résultats ». Bon nombre de ces configurations ressemblent à celles tirées de la recherche participative communautaire²². Le tableau 4.1 présente nos adaptations des configurations interorganisationnelles « contextes-mécanismes-résultats ». Selon notre examen de la documentation relative aux autres niveaux des systèmes, il semble que ces configurations collaboratives de « contextes-mécanismes-résultats » soient pertinentes pour chaque niveau des systèmes et notre approche fondée sur des règles simples.

4.4 Niveau 4 : Développer des aptitudes et de la résilience au chapitre de la santé personnelle : Personnes, familles et soutien informel

Ce niveau examine principalement les ressources personnelles que les personnes utilisent pour développer leur résilience, leur espoir, leur confiance et leur bien-être. Le modèle que l'approche du cadre de soutien a développé pour ce qui s'appelle la base des ressources personnelles, qui est encore une fois très compatible avec la promotion de la santé mentale, un modèle de double continuum et l'approche fondée sur les actifs, est présenté ci-dessous. Bien que les auteurs du cadre aient développé leurs modèles pour les personnes vivant avec une maladie mentale, cette approche s'applique clairement à la population générale, à l'exception peut-être de la dimension de la « compréhension pratique de la maladie », et certainement aux personnes atteintes de maladies physiques chroniques qui n'ont peut-être pas encore développé de maladie mentale. De nombreuses ressources et interventions (p. ex. auto-assistance, aide mutuelle, réseaux de soutien par les pairs) visent à renforcer les capacités d'adaptation et de résilience personnelles afin de favoriser la santé mentale et de prévenir les pires impacts de la maladie mentale.

Figure 4.4 : Base de ressources personnelles²¹

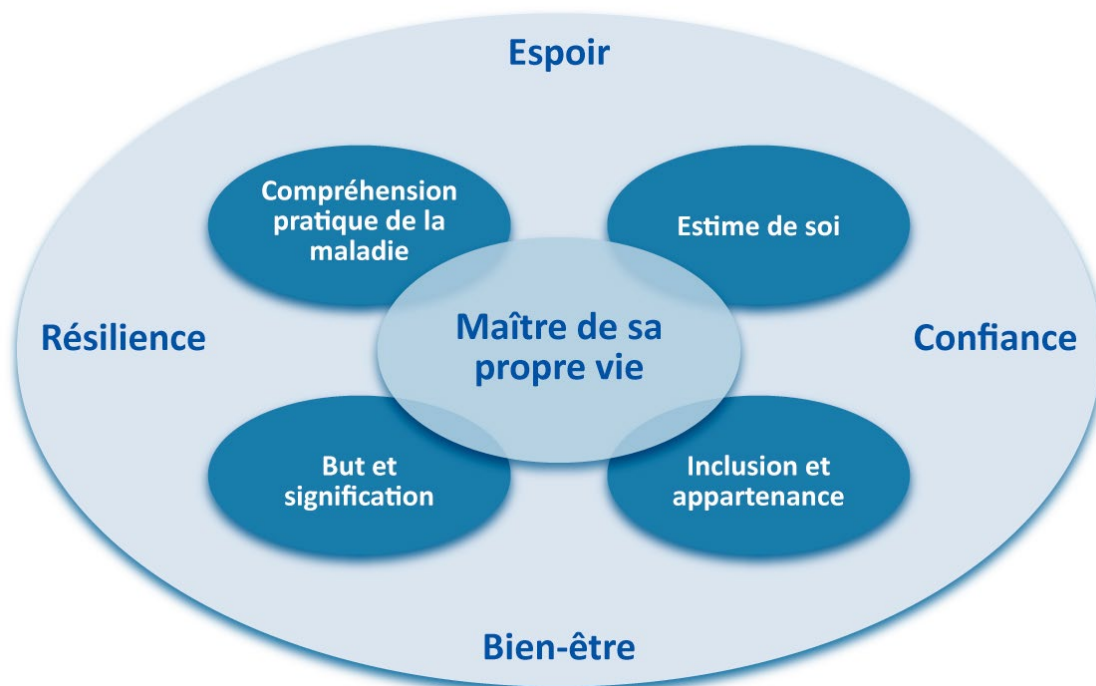


Tableau 4.1. Configurations « contextes-mécanismes-résultats » (CMR) pour compléter les règles simples

Confiance	<p>La confiance se développe au fil du temps, à mesure que les partenaires à différents niveaux des systèmes gagnent la confiance par des interactions respectueuses et fiables.</p> <p>CMR : Une confiance élevée (contexte) crée une synergie de partenariat (mécanisme), entraînant des résultats fructueux à tous les niveaux des systèmes (p. ex. prestation de services de santé mentale).</p>
Officialisation	<p>La politique, surtout au plus haut niveau (gouvernement national) est un contexte important pour des résultats fructueux à tous les niveaux des systèmes.</p> <p>CMR : L'officialisation par la politique (contexte) crée une confiance initiale accrue (mécanisme), entraînant une adoption accrue de l'inclusion de la santé mentale et de la sensibilisation à la santé mentale à tous les niveaux des systèmes.</p>
Vision commune	<p>Une vision, des valeurs et des objectifs partagés aident à lier les diverses parties prenantes à différents niveaux des systèmes.</p> <p>CMR : L'établissement d'une vision commune (contexte) réduit le potentiel de conflits (mécanisme), entraînant une confiance améliorée ou élevée (résultat) à tous les niveaux des systèmes.</p>
Engagement et responsabilité	<p>L'engagement et la responsabilité sont validés par les investissements des partenaires. Existe-t-il des preuves de la préparation à agir et à rendre compte des actions entreprises? Il s'agit d'un test décisif pour les partenaires à chaque niveau des systèmes.</p> <p>CMR : La preuve de la préparation et de la responsabilité (contexte) engendre une réduction des conflits (mécanisme), entraînant une confiance accrue (résultat) entre les partenaires à chaque niveau des systèmes.</p>
Pouvoir	<p>Les déséquilibres de pouvoirs constituent une menace importante pour la collaboration à chaque niveau des systèmes.</p> <p>CMR : Les déséquilibres de pouvoirs entre les partenaires (contexte) créent une domination des partenaires (mécanisme), entraînant une réduction de la confiance et bloquant la prestation de services de santé mentale à chaque niveau des systèmes.</p>
Foi	<p>La foi est la croyance et la confiance dans les autres, un élément ou contexte important à chaque niveau des systèmes.</p> <p>CMR : Une foi élevée (contexte) crée une synergie de partenariat (mécanisme) entraînant une meilleure prestation de services de santé mentale à chaque niveau des systèmes.</p>

Authenticité	<p>L'authenticité ou le caractère authentique est une composante importante du leadership. C'est également un élément nécessaire à la collaboration entre partenaires à tous les niveaux des systèmes.</p> <p>CMR : La collaboration authentique des partenaires (contexte) augmente la confiance entre les partenaires (mécanisme), entraînant une meilleure entente sur des objectifs communs, comme la prestation de services de santé mentale (à chaque niveau des systèmes).</p>
Leadership	<p>Des leaders efficaces doivent être nommés à chaque niveau des systèmes. Les leaders efficaces sont authentiques et réels et utilisent des approches de la psychologie positive pour amener les autres à collaborer, à chaque niveau des systèmes.</p> <p>CMR : Les leaders positifs et authentiques (contexte) créent une intégration plus efficace des différents partenaires et cultures (mécanisme), entraînant une confiance accrue entre les partenaires à chaque niveau des systèmes (résultat).</p>
Culture	<p>La culture est un ensemble de valeurs, de croyances et d'attitudes qui influencent ce que nous disons et faisons à tous les niveaux des systèmes, qu'il soit national ou individuel.</p> <p>CMR : La proximité ou la cohérence culturelle (contexte) diminue les conflits (mécanisme), entraînant une confiance accrue entre les partenaires à chaque niveau des systèmes.</p>
Flexibilité	<p>Dans les systèmes complexes, l'imprévisibilité est importante. À chaque niveau des systèmes, il faut faire preuve de flexibilité en ce qui concerne les directives, les lignes directrices et les actions afin que les partenaires puissent s'adapter dans leur propre contexte.</p> <p>CMR : Une plus grande flexibilité dans les directives et les lignes directrices (contexte) augmente la probabilité d'atteindre les objectifs (mécanisme), entraînant une prestation de services de santé mentale plus efficiente et efficace (résultat) à chaque niveau des systèmes.</p>
Point d'entrée	<p>Dans les systèmes complexes, il doit y avoir un point d'entrée désigné comme cadre de référence pour les partenaires.</p> <p>CMR : Les points d'entrée désignés (contexte) fournissent une clarté (mécanisme) entraînant une confiance accrue (p. ex. un modèle cohérent pour la prestation de services de santé mentale) (résultat) à chaque niveau des systèmes.</p>

5. Faits saillants et recommandations

L'objectif du présent rapport était de synthétiser les connaissances sur la prévalence et l'incidence des comorbidités physiques et mentales courantes ainsi que les estimations des coûts liés aux soins de santé tout au long de la vie et parmi les populations prioritaires et en quête d'équité. De plus, l'objectif était de réaliser un examen réaliste rapide pour aider à déterminer les interventions susceptibles de fonctionner dans différents contextes et pour différentes personnes.

Un certain nombre de conclusions et de recommandations découlent de cet examen.

5.1 Éducation à la santé, pratique, programmes et politiques

- Toutes les comorbidités physiques et mentales présentées dans le présent rapport suivent des voies étiologiques biologiques, psychosociales et environnementales communes. Il est recommandé d'adopter des politiques et des programmes de prévention qui visent ces voies, en particulier les cibles psychosociales et environnementales. Il faudrait notamment traiter de l'affectation des ressources à la promotion de la santé mentale, aux pratiques de dépistage et de suivi, et aux interventions.
- Les politiques visant à promouvoir le parcours de vie, la santé de la population et la santé mentale pourraient prévenir ou retarder le développement de problèmes de santé physique et mentale. Les environnements alimentaires, l'alimentation saine, la sécurité alimentaire, l'activité physique, les services de garde d'enfants abordables, les logements abordables, l'aide sociale, l'emploi, ainsi que la santé et l'équité des revenus sont des exemples de politiques ciblées.
- Des programmes de gestion complets, intégrés et adaptés qui incluent une prise de décisions partagée permettront de traiter les multiples facteurs sous-jacents qui contribuent aux comorbidités physiques et mentales. De manière plus large, ces pratiques peuvent réduire les coûts du système de santé.
- Dans le cadre de programmes et de pratiques intégrés en santé, les modèles de soins échelonnés offrent la possibilité d'optimiser davantage les soins pour les personnes souffrant de comorbidités physiques et mentales. Pour faciliter la mise en œuvre de ces approches, il sera nécessaire d'établir des structures de soutien administratif et de remboursement qui incluent des professionnels paramédicaux capables de travailler en collaboration avec d'autres praticiens pour répondre aux besoins de santé physique et mentale de l'utilisateur final.
- Les campagnes de santé publique, qui aident à dissiper les mythes et la stigmatisation associée aux maladies chroniques, pourraient minimiser les impacts potentiels sur la santé mentale qui surviennent au moment du diagnostic. Des exemples de messages positifs pourraient montrer des personnes souffrant de problèmes de santé menant une vie saine et productive et travaillant efficacement avec leur équipe soignante.
- Une meilleure intégration des soins primaires et des services sociaux est nécessaire pour répondre aux besoins complexes et multiples des personnes présentant des

comorbidités physiques et mentales. Ces services doivent être accessibles, surtout aux groupes qui rencontrent des obstacles à l'accès, comme les personnes résidant dans des communautés rurales et éloignées. Des modèles de soins efficaces éprouvés appliqués à la santé mentale, comme des approches de soutien par les pairs, peuvent contribuer à mieux répondre aux besoins des personnes souffrant de comorbidités physiques et mentales.

- Les modèles de soins collaboratifs doivent inclure toutes les disciplines de la santé, y compris les professionnels paramédicaux et les spécialistes des troubles liés à la consommation de substances.
- Des recherches qui orientent les pratiques, les programmes et les politiques doivent se poursuivre, notamment l'exploration continue des déterminants des comorbidités de l'état de santé, la prestation et l'intégration optimales des soins de santé et des services sociaux, ainsi que l'exploration d'autres politiques visant à optimiser la santé mentale de la population.

5.2 Comorbidités physiques et mentales

Arthrite

a. Ostéoarthrite

- La recherche de cas de dépression chez les personnes atteintes d'ostéoarthrite a été recommandée par le National Institute for Health and Care Excellence⁵⁰.
- Pour optimiser le bien-être psychosocial, les modèles de soins doivent intégrer des stratégies visant à maintenir la fonction, à utiliser un langage positif pour décrire la condition, à accroître la participation sociale, et à maintenir l'emploi.
- Les interventions multimodales qui comprennent la thérapie cognitivo-comportementale, l'enseignement des neurosciences, les médicaments à action centrale et l'exercice physique pourraient améliorer la santé mentale et réduire la douleur liée à l'ostéoarthrite^{70,66}.

b. Polyarthrite rhumatoïde

- L'évaluation et les soins psychologiques sont recommandés parmi les objectifs thérapeutiques⁸⁶. Les cliniciens recommandent l'utilisation de l'échelle hospitalière de mesure de l'anxiété et de la dépression (HADS) pour le dépistage⁸⁶, mais sa validité et sa fiabilité au sein de cette population n'ont pas été évaluées.
- De meilleurs résultats en matière de santé physique et mentale pour les personnes atteintes de polyarthrite rhumatoïde sont susceptibles de découler de soins de santé mentale intégrés dans le cadre de la pratique clinique courante⁵⁶⁷.
- Les objectifs des soins devraient être d'engager et de motiver la personne à se fixer des buts, à répondre aux besoins psychologiques des fournisseurs de soins, à susciter la confiance et l'empathie, à négocier des options de traitement, et à promouvoir l'auto-efficacité⁸⁶.

c. Polyarthrite psoriasique

- Les outils de dépistage utilisés incluent l'échelle HADS, l'échelle de trouble d'anxiété généralisée (GAD-7) et le questionnaire médical du patient (PHQ-9). Cependant, des études de validation sont nécessaires⁹³.
- L'intensification du traitement motivée par des symptômes non inflammatoires peut augmenter les effets indésirables et semble apporter des améliorations modestes dans les domaines liés à la santé mentale (p. ex. qualité de vie)⁹⁸.
- Les directives conjointes de soins recommandent que les personnes atteintes de psoriasis soient informées de l'association entre le psoriasis et l'anxiété et la dépression et qu'elles soient questionnées sur les signes et les symptômes¹⁰⁰.
- Un traitement propre au psoriasis est recommandé pour réduire l'anxiété et la dépression associées au psoriasis chez les personnes atteintes de cette maladie¹⁰⁰.

Cancer

- Le dépistage est recommandé à différents stades du cancer (p. ex. avant le traitement, lors des suivis périodiques après le traitement et pendant la période de survie).
- Le risque potentiel de réactiver un trouble de stress post-traumatique lorsque des personnes subissent des examens pelviens, mammaires ou rectaux est un important élément à prendre en considération dans le traitement du cancer. Des rechutes d'un trouble dépressif peuvent survenir après une mastectomie, et des rechutes d'épisodes maniaques ou dépressifs dans le cadre d'un trouble affectif bipolaire peuvent survenir en raison d'un traitement essentiel par corticostéroïdes.
- Le traitement des causes secondaires sous-jacentes ou liées à la maladie peut favoriser la santé mentale. L'hypothyroïdie découlant de la radiothérapie du cancer de la tête et du cou et la carence en vitamine B12 après une irradiation pelvienne sont des exemples de traitement des symptômes.
- L'utilisation d'antidépresseurs doit être déterminée sur une base individuelle. Les inhibiteurs spécifiques du recaptage de la sérotonine semblent avoir un profil de sécurité positif¹⁴⁰.
- Les soins collaboratifs semblent être plus efficaces que les interventions pharmacologiques et psychologiques pour réduire la dépression¹⁴⁴.
- Alors que certaines thérapies complémentaires comme la lavande, la passiflore et le safran peuvent produire des bénéfices comparables aux médicaments universels contre l'anxiété et les antidépresseurs, ces résultats doivent être confirmés par de vastes essais cliniques randomisés¹⁴¹.
- Les programmes de bilan de vie peuvent contribuer à réduire la dépression et l'anxiété¹⁴⁵.
- Des approches de soins par étapes pour les interventions en santé mentale en oncologie sont recommandées et devraient inclure les considérations suivantes¹⁴⁶ :
 - i. les médicaments psychotropes doivent être guidés par des paramètres cliniques, notamment les interactions avec les chimiothérapies, afin de déterminer les contre-indications spécifiques;

- ii. les thérapies psychologiques comme la thérapie cognitivo-comportementale peuvent aider à comprendre les pensées, les sentiments et les comportements qui peuvent causer ou maintenir les symptômes de dépression ou d'anxiété (p. ex. refus de traitement, comportement d'évitement, recherche excessive de réconfort);
 - iii. des thérapies psychologiques spécialisées offrant une expertise appropriée doivent être disponibles. Les besoins en matière d'expertise thérapeutique comprennent les croyances complexes liées à la maladie, les effets secondaires difficiles (p. ex. psychosexuels), la défiguration physique et les questions de fin de vie.
- Il est également recommandé d'adopter des approches intégrées des soins mentaux et physiques pour le cancer. Un modèle proposé de la stratégie de lutte contre le cancer du service de santé publique du Royaume-Uni comprend ce qui suit¹⁴⁷ :
 - i. le dépistage et le traitement en collaboration;
 - ii. les interventions cognitivo-comportementales supervisées d'une infirmière clinicienne spécialisée en oncologie pour traiter la dépression;
 - iii. des conseils aux médecins généralistes par des psychiatres de liaison pour optimiser la prescription d'antidépresseurs.
- Au Canada, il existe des exemples d'approches intégrées des soins mentaux et physiques contre le cancer.
- Une meilleure intégration entre les soins primaires et tertiaires contre le cancer est censée améliorer la coordination, la continuité et la qualité des soins.
- Certaines données probantes préliminaires indiquent que les programmes d'éducation et de soins complets sont plus efficaces que l'éducation à la santé de base et la réadaptation pour réduire l'anxiété et la dépression chez les personnes atteintes d'un carcinome hépatocellulaire ayant subi une résection chirurgicale¹⁵⁰.
- La psychothérapie combinée à la psychoéducation et à l'exercice semble plus efficace pour réduire les symptômes de dépression que la psychoéducation seule¹⁵¹.

Maladie cardiovasculaire

- Diverses études recommandent que toutes les personnes ayant reçu un diagnostic de maladie cardiovasculaire fassent l'objet d'un dépistage de la dépression, en particulier à des moments clés comme après un infarctus du myocarde ou une intervention chirurgicale majeure.
- Pour les personnes ayant eu un syndrome coronarien aigu, le dépistage de la dépression est recommandé pendant l'hospitalisation et un nouveau dépistage devrait avoir lieu deux mois après l'événement aigu¹⁸². Les personnes souffrant d'insuffisance cardiaque chronique présentent également une fréquence élevée de dépression et devraient subir un dépistage au moins une fois par année.
- La thérapie cognitivo-comportementale en face à face à long terme s'est avérée bénéfique pour réduire la dépression²¹⁰. Les données probantes sur la thérapie cognitivo-comportementale sur Internet sont limitées. Cette thérapie n'est pas adaptée pour traiter la dépression ou l'anxiété modérée à sévère²¹⁰. En outre, l'adhésion au traitement peut être faible²⁰⁹.

- Les programmes de réadaptation cardiaque pour les maladies coronariennes et l'insuffisance cardiaque congestive chez les personnes âgées (64 ans et plus) offerts à domicile sont efficaces pour réduire la dépression. Les interventions personnalisées combinées à des interventions psychosociales sont probablement plus efficaces pour réduire la dépression chez les personnes âgées atteintes de maladies cardiaques que les soins habituels²²³.
- Pour les personnes atteintes de maladies coronariennes, l'exercice aérobique en groupe réduit la dépression et améliore la fonction cardiovasculaire²⁰⁶.
- La thérapie cognitivo-comportementale associée à l'exercice peut réduire les symptômes de la dépression²¹¹ et les événements cardiovasculaires ultérieurs²¹².
- Les antidépresseurs semblent réduire la dépression chez les personnes atteintes de maladies cardiovasculaires, mais les risques potentiels doivent être pris en compte dans leur efficacité²¹⁵. Par exemple, il a été démontré que les antidépresseurs tricycliques étendent le potentiel des cardiomyocytes²¹⁵.
- Les thérapies combinées semblent réduire la dépression après un syndrome coronarien aigu. Des approches thérapeutiques combinées de soins échelonnés ont été rapportées comme étant efficaces pour réduire les symptômes de la dépression²¹⁶.
- L'anxiété et la dépression peuvent être réduites plus efficacement dans le cadre de programmes offrant une thérapie cognitivo-comportementale en plus d'un programme d'éducation sur l'insuffisance cardiaque²¹⁷.
- Comparativement aux soins habituels ou à la réadaptation cardiaque en établissement, les interventions à domicile peuvent avoir un effet bénéfique accru sur la réduction de l'anxiété²¹⁹.
- La réadaptation assistée par robot à domicile, combinée à un programme d'exercice à domicile, contribue à réduire la dépression, à améliorer la qualité de vie, et à réduire l'impact chez les personnes ayant subi un accident vasculaire cérébral²²⁰.
- Les personnes vivant en milieu rural qui sont admises à l'hôpital pour un syndrome coronarien aigu peuvent être vulnérables à une anxiété accrue. Il peut être nécessaire d'élaborer et de tester des protocoles de réduction de l'anxiété en milieu rural¹⁷⁵.
- La thérapie de résolution de problèmes peut aider à prévenir le diagnostic de troubles de l'humeur chez les personnes ayant subi un accident vasculaire cérébral²¹³.

Démence

- Les stratégies de prévention primaire qui ciblent les voies métaboliques communes, comme celles qui contribuent aux maladies cardiovasculaires, peuvent prévenir la dépression liée à la maladie d'Alzheimer.
- Les lignes directrices du National Institute for Health and Care Excellence suggèrent des traitements psychologiques pour les personnes atteintes de démence légère et à modérée qui souffrent de dépression légère à modérée. Les antidépresseurs sont de mise pour les personnes ayant un grave problème de santé mentale préexistant⁵⁶⁸.

- Plusieurs interventions psychothérapeutiques brèves se sont avérées efficaces au sein de cette population²⁵³. Les thérapies comportementales sont plus couramment appliquées dans les stades ultérieurs de la démence, tandis que les stratégies cognitivo-comportementales modifiées semblent avoir plus de succès auprès des personnes dans les stades précoces du déclin cognitif²⁵⁴.
- Les thérapies cognitivo-comportementales destinées aux personnes atteintes de démence devraient inclure leurs fournisseurs de soins, tant comme accompagnateurs de la thérapie cognitivo-comportementale pour le bénéficiaire que partenaires de traitement²⁵⁵.
- Sur la base des résultats de la recherche sur le soutien social, la gestion de la dépression au moment du diagnostic de démence devrait inclure des interventions visant à accroître l'engagement social²⁵⁵.
- Les interventions au chapitre de l'activité physique peuvent améliorer la fonction physique des personnes âgées atteintes de démence, mais les données probantes de leur effet sur la dépression sont limitées²⁵⁵.
- La luminothérapie peut contribuer à réduire la dépression et l'agitation chez les personnes atteintes de démence qui résident dans des établissements de soins de longue durée²⁵⁷.

Diabète sucré

- Une évaluation de la santé mentale est recommandée au moins une fois par année.
- L'introduction d'un nouveau médicament antidiabétique peut être une période de vulnérabilité accrue à la dépression. Les cliniciens doivent savoir que les femmes, les patients qui commencent un traitement antidiabétique à un jeune âge, ceux dont le statut socioéconomique est faible, et ceux ayant des antécédents d'anxiété ou de démence peuvent avoir besoin d'un suivi étroit de leur santé physique et mentale²⁶⁷.
- En ciblant les trois principales voies physiopathologiques interdépendantes bien établies entre le diabète et la santé mentale, la santé physique et mentale peut être optimisée. Ces voies incluent l'hyperglycémie, le dysfonctionnement microvasculaire et l'inflammation.
- Il est recommandé de mettre en place des services holistiques et préventifs axés sur une alimentation saine, l'activité physique et la gestion d'un poids santé afin de favoriser la santé physique et mentale.
- Les antidépresseurs peuvent à la fois modérer la gravité de la dépression et améliorer le contrôle de la glycémie.
- Les soins collaboratifs combinés à des approches de soins échelonnés qui incluent le choix de suivre une psychothérapie et une pharmacothérapie présentent de bons résultats pour le traitement de la dépression et de l'anxiété chez les diabétiques⁵⁶⁹.
- L'examen des indicateurs d'inflammation faible comme outil pronostique pour choisir les modalités de traitement chez les personnes souffrant à la fois de dépression et de diabète de type 2 peut avoir des effets bénéfiques sur l'atténuation et la gestion du risque cardiovasculaire.

- Des interventions comme l'éducation à l'autogestion du diabète et les visites médicales en groupe dirigées par des pharmaciens peuvent améliorer le contrôle de la glycémie²⁹¹²⁹³.
- La dépression liée au diabète de type 2 varie selon les groupes ethniques, ce qui suggère la nécessité d'aborder les facteurs de stress propres aux minorités raciales et ethniques pour améliorer les résultats liés au diabète²⁹².
- Les interventions intégrées élaborées conjointement avec les utilisateurs finaux, les membres de leur famille et les fournisseurs de soins peuvent avoir un impact positif sur les résultats liés au diabète et à la dépression, surtout chez certains groupes ethniques précis²⁹⁴.
- Les interventions intégrées qui utilisent la planification des priorités du patient (intégrant les besoins financiers, sociaux et émotionnels des patients de soins primaires atteints de diabète de type 2 et de dépression) peuvent améliorer l'hémoglobine glyquée et les symptômes de la dépression²⁹⁵.
- Les soins habituels et la psychothérapie pour traiter la dépression par le biais de la télésanté à domicile (moniteur à domicile qui enregistre les mesures cliniques) peuvent améliorer le contrôle de la glycémie et générer des économies importantes en matière de soins de santé²⁸⁹.

Épilepsie

- L'IDB-I et l'IDB-II (Inventaire de dépression de Beck) ont été validés comme outil de dépistage de la dépression liée à l'épilepsie³⁰⁵.
- Les cliniciens doivent tenir compte du fait qu'il existe divers sous-types de dépression chez les personnes épileptiques afin de mieux dépister et gérer les symptômes³⁰⁶.
- Les personnes souffrant d'un trouble de stress post-traumatique peuvent présenter un risque élevé de développer de l'épilepsie.
- Parmi les options d'intervention, l'oxcarbazépine, la venlafaxine et la lamotrigine peuvent améliorer l'humeur, et la thérapie cognitivo-comportementale peut réduire à la fois la dépression et l'épilepsie³¹³. Les soins infirmiers spécialisés en épilepsie et l'éducation à l'autogestion ont des effets bénéfiques prouvés. Présentement, il n'est pas possible de préconiser un seul modèle de prestation de services pour l'autogestion de l'épilepsie³¹⁴.

Fragilité

- Le dépistage de la maladie mentale liée à la fragilité est recommandé, mais compliqué puisque la santé mentale peut être considérée comme faisant partie de la définition de la condition.
- Le groupe de travail de l'International Conference of Frailty and Sarcopenia Research recommande les lignes directrices suivantes pour la gestion de la fragilité³²⁷ :
 - traiter la polypharmacie, la gestion de la sarcopénie, les causes traitables de la perte de poids et les causes d'épuisement (dépression, anémie, hypotension, hypothyroïdie et carence en vitamine B12);

- toutes les personnes fragiles devraient bénéficier d'un soutien social si nécessaire pour répondre aux besoins non satisfaits et favoriser le respect d'un plan de soins complet;
 - inclure un programme d'activité physique à plusieurs composantes combiné à un entraînement fondé sur la résistance;
 - fournir des suppléments protéiniques et caloriques en cas de perte de poids ou de dénutrition.
- À ce moment-ci, les preuves sont insuffisantes pour soutenir des thérapies comme la thérapie cognitive, la thérapie de résolution de problèmes, la supplémentation en vitamine D, et le traitement hormonal³²⁷.

Maladie de Huntington

- Les comorbidités liées à la santé mentale signalées chez les personnes atteintes de la maladie de Huntington comprennent la dépression, l'irritabilité, l'anxiété, l'apathie, les hallucinations, la psychose, les idées et les tentatives de suicide, les troubles obsessionnels-compulsifs, et la persévération³³⁶.
- L'échelle d'irritabilité de l'Inventaire de dépression de Beck (II) et l'échelle HADS sont des outils de dépistage recommandés³³⁶.
- La gestion de la santé mentale doit être fondée sur le recensement des déclencheurs environnementaux ou somatiques (p. ex. douleur, effets secondaires de médicaments) à l'origine des changements d'humeur ou de comportement.
- Les lignes directrices internationales pour le traitement de la maladie de Huntington suggèrent une thérapie cognitive fondée sur la pleine conscience et une thérapie d'acceptation et d'engagement, une simulation cognitive personnalisée, l'établissement de routines, un programme structuré d'activités, et une psychoéducation de la famille concernant les stratégies de diversion pour atténuer les confrontations³³⁴.
- Pour la dépression résistante aux médicaments, une électroconvulsothérapie peut être proposée sous la direction d'un psychiatre³³⁴.
- Le risque de suicide doit être évalué régulièrement, notamment au moment du diagnostic et lorsque la maladie commence à avoir un impact sur les activités quotidiennes. Les personnes ayant des idées suicidaires actives et un plan nécessitent une évaluation psychiatrique immédiate³³⁴.

Maladie inflammatoire chronique de l'intestin

- La réduction du stress combinée à des interventions psychologiques améliore la qualité de vie liée à la santé³⁵³.
- Les preuves sont insuffisantes pour recommander des interventions psychologiques en ligne. La documentation de recherche sur les avantages de la thérapie cognitivo-comportementale est mitigée^{357,358,359}.
- Les lignes directrices par consensus de la British Society of Gastroenterology sur la gestion des maladies inflammatoires de l'intestin chez les adultes suggèrent une intervention psychologique (psychothérapie, éducation du patient et techniques de

relaxation) pour l'anxiété, la douleur et le niveau de stress afin d'améliorer l'humeur⁵⁷⁰.

- La pleine conscience, en complément d'un traitement pharmacologique, peut améliorer les symptômes psychologiques liés à la maladie inflammatoire chronique de l'intestin et faciliter la gestion des symptômes pendant une flambée de la maladie^{360,361,362}.
- L'hypnothérapie ciblant l'intestin dispose d'une base de données probantes pour le contrôle des symptômes de la maladie inflammatoire chronique de l'intestin, mais d'autres recherches sont nécessaires pour déterminer s'il existe des avantages pour la santé mentale^{363,364}.

Maladie rénale chronique

- Certaines études soutiennent les programmes de dépistage de la maladie mentale et suggèrent que le dépistage de la dépression devrait avoir lieu à des points de transition clés comme l'évaluation initiale et le début de la dialyse, et à des intervalles réguliers ensuite³⁶⁶.
- Les avantages et les inconvénients des antidépresseurs doivent être pris en compte. Les médicaments sont décomposés par le foie et les produits finaux peuvent ne pas être suffisamment éliminés par les reins ou la dialyse. D'autres préoccupations concernent le risque accru d'interactions médicamenteuses et l'accumulation de métabolites toxiques³⁶⁶.
- Les programmes d'autogestion des maladies chroniques qui comprennent des activités comme la thérapie par l'exercice peuvent favoriser la santé mentale³⁶⁶. La thérapie cognitivo-comportementale peut être bénéfique pendant les changements de régime de dialyse³⁶⁶.
- Les programmes d'entraînement respiratoire en établissement dirigés par le personnel infirmier et destinés aux personnes sous hémodialyse d'entretien peuvent réduire la dépression³⁷².

Syndrome métabolique

- Le dépistage et la surveillance du syndrome métabolique chez les personnes ayant des problèmes de santé mentale, surtout celles qui prennent des médicaments antipsychotiques, font partie des soins universels.
- L'échelle HADS est un outil de dépistage fiable des épisodes dépressifs majeurs et des troubles anxieux généralisés chez les personnes d'âge moyen et âgées, avec ou sans syndrome métabolique.
- Une revue systémique indiquait qu'il y avait certaines indications d'un possible effet protecteur des combinaisons de médicaments incluant l'aripiprazole pour le diabète et les hyperlipidémies. Des études prospectives à long terme sont nécessaires pour évaluer précisément le risque de diabète, d'hypertension et d'hyperlipidémie chez les personnes exposées à la polypharmacie d'antipsychotiques⁴⁰⁶.
- Les inhibiteurs spécifiques du recaptage de la sérotonine réduisent les niveaux de cytokines⁴⁰⁸ et peuvent protéger contre le syndrome métabolique.

- Les soins primaires fondés sur la santé mentale des personnes accédant aux services d'un centre communautaire de santé mentale peuvent améliorer la surveillance de l'hémoglobine glyquée du diabète et la surveillance métabolique du traitement par antipsychotiques⁴⁰⁷.

Obésité

- Le questionnaire médical du patient (PHQ-9) est un outil couramment utilisé pour le dépistage de la maladie mentale.
- Un dépistage est particulièrement recommandé en cas d'obésité sarcopénique, définie comme étant la présence d'une perte musculaire et d'une obésité typiquement liée au vieillissement.
- Les lignes directrices actuelles relatives à la gestion du surpoids et de l'obésité chez l'adulte s'harmonisent avec les profils de risque de maladies cardiovasculaires⁴³¹ et intègrent des lignes directrices pour la surveillance cardiométabolique des personnes présentant une prise de poids liée à l'utilisation des médicaments antipsychotiques.
- La santé mobile, c'est-à-dire la pratique soutenue par des dispositifs mobiles, comme les téléphones mobiles, les dispositifs de surveillance des patients, les assistants numériques personnels et d'autres dispositifs sans fil, pourrait faciliter la gestion de l'obésité et de la santé mentale, mais d'autres recherches sont nécessaires.
- Les interventions contre l'obésité devraient mobiliser des professionnels de la santé mentale⁴²⁰. Les interventions comportementales, qui incluent des traitements visant à modifier le comportement, les émotions et la cognition afin d'améliorer le bien-être psychologique et physique, en font partie intégrante⁴¹⁹.
- Les recherches ont révélé que la combinaison d'interventions pharmacologiques et chirurgicales et de compléments psychologiques par le biais d'interventions de santé comportementale améliorerait l'adhésion au traitement et la durabilité à long terme⁴¹⁹.
- Les médicaments psychotropes qui traitent la psychose et la stabilisation de l'humeur peuvent contribuer à la prise de poids et avoir un effet négatif sur le métabolisme des lipides et du glucose⁴³⁴. Les fournisseurs de soins de santé doivent tenir compte de ces facteurs lorsqu'ils font des choix de traitement⁴³⁵ et mettre en œuvre une éducation, une évaluation et des soins intégrés pour les personnes ayant des problèmes de santé mentale et risquant de prendre du poids.
- Les programmes de promotion de la santé et d'intervention en perte de poids chez les personnes lesbiennes devraient inclure des composantes psychologiques, relationnelles et de consommation d'alcool pour réduire le surpoids et l'obésité⁴³⁶.

Maladie de Parkinson

- Les échelles les plus appropriées pour le dépistage des troubles dépressifs sont les échelles HAM-D et IDB, l'échelle de dépression gériatrique, l'échelle HADS, et l'échelle d'évaluation de la dépression de Montgomery Asberg^{441,444}.

- L'activité physique peut améliorer l'état clinique notamment de la fonction, de la fatigue, des symptômes dépressifs, des troubles du sommeil et de la qualité de vie⁴⁵¹. Les directives en matière d'activité physique de l'American College of Sports Medicine peuvent être appliquées aux patients souffrant de la maladie de Parkinson : il est recommandé de faire des exercices d'aérobic, de renforcement et d'entraînement de l'équilibre en flexion 3 fois par semaine pendant au moins 30 minutes⁴⁵².
- Les exercices pour le corps et l'esprit peuvent améliorer la fonction motrice, les symptômes dépressifs et la qualité de vie, mais il faut en savoir plus sur des facteurs précis comme le genre, la gravité de la maladie, la prise de médicaments précis, et le cycle d'intervention⁴⁵³.
- Le recensement précoce des symptômes de maladie mentale et la prise en charge multidisciplinaire appropriée de la dépression peuvent améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de la maladie de Parkinson⁵⁷¹.
- Les médicaments antiparkinsoniens pourraient améliorer les troubles de l'humeur en atténuant les manifestations motrices et l'incapacité, en favorisant le sentiment de maîtrise de la maladie, ou en rétablissant la signalisation dopaminergique⁴⁵⁴.
- La thérapie cognitivo-comportementale est prometteuse pour la gestion aiguë de la dépression et de l'anxiété⁴⁵⁵.
- La stimulation cérébrale profonde unilatérale du noyau subthalamique sur les symptômes non moteurs chez les personnes atteintes de la maladie de Parkinson modérée à sévère peut également atténuer la dépression et améliorer la qualité du sommeil et de la vie⁴⁵⁰.

Maladies respiratoires chroniques

- La littérature fait état de l'utilisation des échelles Ham-A et Ham-D, mais il n'existe aucun consensus sur les outils d'évaluation et les critères de diagnostic de maladie pulmonaire obstructive chronique accompagnée de dépression et d'anxiété.
- L'interdépendance des expériences liées à la stigmatisation de ces maladies souligne la nécessité d'adopter des approches intégrées⁴⁷⁸.
- La prise en charge des maladies respiratoires chroniques doit viser l'individualisation des soins. Par exemple, les personnes atteintes de maladies pulmonaires obstructives chroniques ont tendance à préférer les traitements qui soulagent les symptômes (comme la dyspnée), favorisent les relations positives avec le médecin, et améliorent la qualité de vie. Les personnes asthmatiques préfèrent les traitements qui augmentent le nombre de jours sans symptômes et seraient possiblement disposées à échanger des jours sans symptômes contre une réduction des événements indésirables et une plus grande commodité⁴⁸⁷.
- La réadaptation pulmonaire est bénéfique pour les personnes présentant des comorbidités et il a été démontré qu'elle réduisait la gravité de la dépression ainsi que les facteurs de risque cardiovasculaire, notamment la tension artérielle^{488,473}.
- Le National Institute for Health and Care Excellence a établi des directives sur l'utilisation d'approches par étapes du traitement psychologique ou

pharmacologique de la dépression chez les personnes souffrant d'une affection de longue durée, y compris une maladie respiratoire⁵⁷².

- Les interventions personnalisées en matière de comportements et de résolution de problèmes apportent des améliorations similaires en matière de dépression⁴⁸³.
- Les personnes âgées (67 à 85 ans) hospitalisées pour une maladie pulmonaire obstructive chronique à qui l'on propose des techniques de respiration contrôlée ont signalé une amélioration significative de la dyspnée, une réduction de l'anxiété et une meilleure mobilité⁴⁸⁴.
- Chez les personnes atteintes de maladies pulmonaires obstructives chroniques, les symptômes de dépression se sont améliorés parmi celles bénéficiant de thérapies psychologiques (approche fondée sur la thérapie cognitivo-comportementale) par rapport aux soins universels, aux interventions éducatives ou à une cointervention (réadaptation pulmonaire)⁴⁸⁵.

5.3 Promotion de la santé mentale

Sur la base d'un cadre socioécologique adapté (figure 4.1) qui s'appuie sur les théories des programmes pour expliquer la promotion de la santé mentale à différents niveaux des systèmes, quatre grandes lignes directrices de la promotion de la santé mentale pour aider à prévenir et à gérer les comorbidités physiques et mentales sont recommandées.

Niveau 1 : Une politique publique favorisant la santé mentale : Promotion de la santé mentale et stratégie de santé mentale dans toutes les politiques (SSMP)

Les gens aux prises avec des maladies mentales et physiques peuvent mener une vie épanouie et heureuse. Nous devons également essayer de promouvoir et de renforcer des actifs de santé, y compris les environnements (sociaux, économiques et culturels) structurellement favorables, la résilience de la communauté et les capacités d'adaptation.

Théorie de programme pour la santé mentale dans toutes les politiques

Stratégie de santé mentale dans toutes les politiques → Gouvernance intersectorielle pour la santé mentale → Changements des politiques (habituellement annoncés dans un plan ou document stratégique quelconque) → actions politiques (outils législatifs, réglementaires, budgétaires, d'investissement) pour promouvoir la santé mentale → Impact sur les déterminants sociaux de la santé mentale → Amélioration des résultats en matière de santé mentale (p. ex. amélioration du bien-être, du bonheur, des capacités d'adaptation et de la résilience, réduction du stress mental, de l'incidence de la maladie mentale, des méfaits découlant de la toxicomanie et de l'incidence du suicide).

Établissement des programmes d'une SSMP

L'approche de collaboration intersectorielle relative à la « santé dans toutes les politiques » gagne du terrain dans le monde entier en tant que programme d'orientation visant à traiter des déterminants sociaux de la santé au sens large. Les défenseurs de la santé dans toutes

les politiques soulignent l'importance de la promotion de la santé mentale comme élément central des stratégies réussies de santé mentale dans toutes les politiques et comme moyen de contribuer à la promotion de l'équité et à la lutte contre les inégalités en matière de santé^{9,10}. Inversement, les défenseurs de la promotion de la santé mentale considèrent la santé dans toutes les politiques comme un cadre d'orientation clé pour favoriser la santé mentale et physique^{11,12}.

Sur la base d'un examen de la littérature concernant l'intégration de la santé dans toutes les politiques et son adoption, nous proposons cinq règles simples pour une intégration réussie de la santé dans toutes les politiques : 1) développer un langage commun et une aisance quant à une compréhension élargie de la « santé » pour inclure le mieux-être, le bonheur, et le bien-être général; 2) relier les données probantes sur la façon dont les initiatives d'intégration de la santé dans toutes les politiques peuvent contribuer à des économies durables et à des systèmes de santé durables (à la fois théoriques et empiriques); 3) avoir un « point d'entrée » pour lancer un programme d'intégration de la santé dans toutes les politiques; 4) établir des scénarios, des buts et des objectifs bénéfiques dans l'ensemble des secteurs¹³; et 5) établir et favoriser des partenariats de collaboration à long terme et un engagement auprès des parties prenantes intersectorielles.

Dans le contexte canadien, la santé mentale est bien placée pour être incluse dans tout programme d'orientation sur la santé dans toutes les politiques, mais elle peut aussi en fait être le point d'entrée clé pour accroître la sensibilisation à une stratégie de la santé dans toutes les politiques à l'échelle fédérale et provinciale et l'urgence de la mettre en œuvre, d'abord avec l'aide d'élites clés des politiques, comme les sénateurs Kirby et Wilson, et grâce à la création de la CSMC, une grande partie du travail fondamental de sensibilisation est déjà fait. Dans le cadre de ce travail collectif, des chercheurs, des praticiens, des décideurs et des personnes ayant vécu la maladie mentale du Canada ont travaillé à l'établissement d'un langage plus inclusif et partagé sur la santé mentale, qui, de par sa nature, tend à être moins axé sur le déficit, plus positif et davantage axé sur les forces.

Niveau 2 : Réorienter les services de santé mentale : Des soins de santé et des services sociaux intégrés

Au-delà de la stratégie de la santé dans toutes les politiques, un rôle clé de la politique publique consiste à fournir le contexte réglementaire, législatif et financier de la transformation des soins de santé et des services sociaux de manière plus générale dans la société. Pour les Canadiens, la « réforme de la santé¹⁴ » est une réalité permanente, complexe et multidimensionnelle dont les objectifs varient selon les provinces et les stratégies de gouvernance, et les résultats qui en découlent diffèrent grandement. Toutefois, la nécessité d'établir des *systèmes intégrés et collaboratifs de soins de santé et de services sociaux* pour répondre aux besoins de plus en plus complexes d'une population vieillissante, alors que la multimorbidité concomitante des maladies chroniques, tant physiques que mentales, est le moteur de cette complexité, représente un thème récurrent. Bien que ces efforts nécessitent de nombreux changements transformationnels à l'échelle des soins de santé, des services sociaux et des organisations, les politiques de haut niveau ont un important rôle à jouer dans la transition vers le système idéal. Il est

généralement admis, sur la base de décennies de recherche¹⁵, que les soins de santé primaires complets, tels qu'ils ont été initialement décrits dans la Déclaration d'Alma-Ata¹⁶, constituent le cadre général permettant d'organiser de manière efficiente, efficace et équitable les soins de santé et les services sociaux afin de favoriser une santé optimale au sein des populations.

La **théorie du programme** à cet échelon est la suivante : en fournissant une *couverture financière universelle, sous le contrôle et la réglementation du gouvernement, accompagnée d'une distribution équitable des services, d'une couverture exhaustive et de quotes-parts faibles ou nulles, l'accès et l'utilisation au premier contact sont améliorés, les soins sont davantage axés sur la personne au fil du temps, une plus large gamme de services est offerte et fournie en cas de besoin, et la coordination des soins est améliorée.* » [traduction] (Starfield, 2012, p. 20)

L'intégration des soins au moyen de règles simples permet à des acteurs relativement autonomes d'utiliser leurs connaissances contextuelles pour proposer des solutions de mise en œuvre créatives. En ce qui concerne les soins intégrés, il faut tenir compte de certains facteurs contextuels importants. Pour que les clients aient leur mot à dire dans la prise de décisions (p. ex. besoins physiques, sociaux et mentaux prioritaires), le déséquilibre des pouvoirs doit être « adouci ». Les dynamiques de pouvoir différentielles nuisent à une pratique collaborative efficace chez les différents fournisseurs de services¹⁷, mais elles relèguent aussi les clients à un rôle marginalisé relativement aux décisions qui concernent leurs besoins de soins. Les médecins sont considérés comme étant au sommet de la hiérarchie des soins de santé, et cette approche conceptuelle peut briser le succès de tout programme de réforme ou initiative de changement.

Niveau 3 : Renforcer les actions communautaires en matière de santé mentale : Actifs communautaires en santé mentale

À ce niveau systémique, les « actifs » communautaires en santé mentale sont les pôles choisis puisqu'ils réunissent trois approches théoriques importantes de la santé mentale : la promotion de la santé mentale¹⁸, l'approche de double continuum¹⁹, et le cadre de l'approche de soutien de l'Association canadienne pour la santé mentale^{20,21}.

La **théorie du programme** à l'échelle communautaire est la suivante : en aidant à *cocréer, à renforcer et à soutenir les actifs communautaires en santé mentale*, les gens peuvent être encouragés à vivre une vie heureuse, joyeuse et épanouie, qu'ils vivent ou non avec une maladie mentale ou physique, et ils peuvent aussi être habilités à produire et à façonner les services de santé mentale qu'ils reçoivent dans la communauté par une planification des services de santé mentale collaborative et adaptée au contexte.

Nous proposons une série de configurations « contextes-mécanismes-résultats ». Bon nombre de ces configurations ressemblent à celles tirées de la recherche participative communautaire²². Selon notre examen de la documentation relative aux autres niveaux des

systèmes, il semble que ces configurations collaboratives de « contextes-mécanismes-résultats » soient pertinentes pour chaque niveau des systèmes et notre approche fondée sur des règles simples.

Configurations « contextes-mécanismes-résultats » pour compléter les règles simples	
Facteur	Configurations « contextes-mécanismes-résultats »
Confiance	Une confiance élevée (contexte) crée une synergie de partenariat (mécanisme) entraînant des résultats fructueux à tous les niveaux des systèmes (p. ex. prestation de services de santé mentale).
Officialisation	L'officialisation par la politique (contexte) crée une confiance initiale accrue (mécanisme) entraînant une adoption accrue de l'inclusion de la santé mentale et de la sensibilisation à la santé mentale à tous les niveaux des systèmes.
Vision commune	L'établissement d'une vision commune (contexte) réduit le potentiel de conflits (mécanisme) entraînant une confiance améliorée ou élevée (résultat) à tous les niveaux des systèmes.
Engagement et responsabilité	La preuve de la préparation et de la responsabilité (contexte) engendre une réduction des conflits (mécanisme) entraînant une confiance accrue (résultat) entre les partenaires à chaque niveau des systèmes.
Pouvoir	Les déséquilibres de pouvoirs entre les partenaires (contexte) créent une domination des partenaires (mécanisme), entraînant une réduction de la confiance et bloquant la prestation de services de santé mentale à chaque niveau des systèmes.
Foi	Une foi élevée (contexte) crée une synergie de partenariat (mécanisme), entraînant une meilleure prestation de services de santé mentale à chaque niveau des systèmes.
Authenticité	La collaboration authentique (contexte) augmente la confiance (mécanisme), entraînant une meilleure entente sur des objectifs communs, comme la prestation de services de santé mentale (à chaque niveau des systèmes).
Leadership	Les leaders positifs et authentiques (contexte) créent une intégration plus efficace des différents partenaires et cultures (mécanisme), entraînant une confiance accrue entre les partenaires à chaque niveau des systèmes (résultat).
Culture	La proximité ou la cohérence culturelle (contexte) diminue les conflits (mécanisme), entraînant une confiance accrue entre les partenaires à chaque niveau des systèmes.
Flexibilité	Une plus grande flexibilité dans les directives et les lignes directrices (contexte) augmente la probabilité d'atteindre les objectifs (mécanisme), entraînant une prestation de services de santé mentale plus efficace et efficiente (résultat) à chaque niveau des systèmes.

Point d'entrée	Les points d'entrée désignés (contexte) fournissent une clarté (mécanisme) entraînant une confiance accrue (p. ex. un modèle cohérent pour la prestation de services de santé mentale) (résultat) à chaque niveau des systèmes.
----------------	---

Niveau 4 : Développer des aptitudes et de la résilience au chapitre de la santé personnelle : Personnes, familles et soutien informel

Ce niveau examine principalement les ressources personnelles que les personnes utilisent pour développer leur résilience, leur espoir, leur confiance et leur bien-être. De nombreuses ressources et interventions visent à renforcer les capacités d'adaptation et de résilience personnelles afin de favoriser la santé mentale et de prévenir les pires impacts de la maladie mentale (p. ex. auto-assistance, aide mutuelle, réseaux de soutien par les pairs).

6. Citations

1. S. L. Mills E Vanden. International roundtable on the self-management support of chronic conditions – Workshop report in the Care of Chronic Conditions. In development, The Chronic Conditions Self-Management Support (CCSMS) Framework and Community of Practice Project Team: Vancouver, Canada. p. 1-21. *Chronic Dis Inj Can.* 2011;31(4):176-179.
2. Neville C. Collaborative care approaches for people with severe mental illness. *Clin Nurse Spec.* 2015;29(3):143-144. doi:10.1097/NUR.0000000000000127
3. Gillies D, Buykx P, Parker AG, Hetrick SE. Consultation liaison in primary care for people with mental disorders. *Cochrane database Syst Rev.* 2015;2015(9):CD007193. doi:10.1002/14651858.CD007193.pub2
4. Coventry PA, Hudson JL, Kontopantelis E, et al. Characteristics of effective collaborative care for treatment of depression: asystematic review and meta-regression of 74 randomised controlled trials. *PLoS One.* 2014;9(9):e108114. doi:10.1371/journal.pone.0108114
5. Goodall, S, Druss, BG, Walker E. *Mental Disorders and Medical Comorbidity.*; 2011. <https://www.rwjf.org/en/library/research/2011/02/mental-disorders-and-medical-comorbidity.html>.
6. Metabolic Syndrome Canada. About Metabolic Syndrome. <https://www.metabolicsyndromecanada.ca/about-metabolic-syndrome>.
7. Organization WH. Management of substance abuse. https://www.who.int/substance_abuse/terminology/abuse/en/. Published 2020.
8. Association AP. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th Ed.)*. Washington, DC; 2013.
9. Kienzler H. Mental health in all policies in contexts of war and conflict. *Lancet Public Heal.* 2019;4(11):e547-e548. doi:10.1016/S2468-2667(19)30208-7
10. Tonelli M, Tang K-C, Forest P-G. Canada needs a “Health in All Policies” action plan now. *Can Med Assoc J = J l'Association medicale Can.* 2020;192(3):E61-E67. doi:10.1503/cmaj.190517
11. Jenkins, R. & Minoletti A. Promoting mental health: a crucial component of all public policy. In: Leppo, K., Ollila, E., Pena, S., Wismar, M., & Cook S, ed. *Health in All Policies. Seizing Opportunities, Implementing Policies*. Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health; 2013.
12. Petek A, Novak M, Barry MM. Interdisciplinary research framework for multisectoral mental health policy development. *Int J Ment Health Promot.* 2017;19(3):119-133. doi:10.1080/14623730.2017.1326398
13. Molnar A, Renahy E, O'Campo P, Muntaner C, Freiler A, Shankardass K. Using win-win strategies to implement health in all policies: a cross-case analysis.. *PLoS One.* 2016;11(2):e0147003. doi:10.1371/journal.pone.0147003
14. Usher S, Denis J-L, Prével J, et al. Learning from health system reform trajectories in seven Canadian provinces. *Health Econ Policy Law.* August 2020:1-17. doi:10.1017/S1744133120000225
15. Starfield B. Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. SESPAS report 2012. *Gac Sanit.* 2012;26 Suppl 1:20-26. doi:10.1016/j.gaceta.2011.10.009
16. Organization WH. *Declaration of Alma-Ata, 1978*. Geneva https://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf?ua=1.
17. Best A, Greenhalgh T, Lewis S, Saul JE, Carroll S, Bitz J. Large-System Transformation in Health Care: A Realist Review. *Milbank Q.* 2012;90(3):421-456. doi:10.1111/j.1468-0009.2012.00670.x
18. Barry, M.M., Clarke, A.M., Petersen, I., Jenkins R. *Implementing Mental Health Promotion*. Springer International Publishing; 2019.
19. Mulvale G, Bartram M. No More “Us” and “Them”: Integrating Recovery and Well-Being into a Conceptual Model for Mental Health Policy. *Can J Community Ment Heal.* 2015;34(4):31-67.

- doi:10.7870/cjcmh-2015-010
20. J Trainor, E Pomeroy, B Pape KC. Building a framework for support: Developing a sector-based policy model for people with serious mental illness. *Can Ment Health*. 1992;40:25-29.
 21. Trainor, J., Pomeroy, E., Pape B. *A Framework for Support: 3rd Edition*. Toronto: Canadian Mental Health Association; 2004.
 22. Jagosh J, Bush PL, Salsberg J, et al. A realist evaluation of community-based participatory research: partnership synergy, trust building and related ripple effects. *BMC Public Health*. 2015;15:725. doi:10.1186/s12889-015-1949-1
 23. Brochmann N, Flachs EM, Christensen AI, et al. Anxiety and depression in patients with Philadelphia-negative myeloproliferative neoplasms: a nationwide population-based survey in Denmark. *Clin Epidemiol*. 2019;11:23-33. doi:http://dx.doi.org/10.2147/CLEP.S162688
 24. Trends in adult body-mass index in 200 countries from 1975 to 2014: a pooled analysis of 1698 population-based measurement studies with 19.2 million participants. *Lancet (London, England)*. 2016;387(10026):1377-1396. doi:10.1016/S0140-6736(16)30054-X
 25. Global, regional, and national life expectancy, all-cause mortality, and cause-specific mortality for 249 causes of death, 1980-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet (London, England)*. 2016;388(10053):1459-1544. doi:10.1016/S0140-6736(16)31012-1
 26. Bloom DE, Cafiero ET, Jané-Llopis E, Abrahams-Gessel S, Bloom LR, Fathima S, Feigl AB, Gaziano T, Mowafi M, Pandya A, Prettner K, Rosenberg L, Seligman B, Stein AZ WC. *The Global Economic Burden of Noncommunicable Diseases*. Geneva; 2011. www3.weforum.org/docs/WEF_Harvard_HE_GlobalEconomicBurdenNonCommunicableDiseases_2011.pdf.
 27. Cox J, Hamelin A, Mclinden T, et al. Food Insecurity in HIV-Hepatitis C Virus Co-infected Individuals in Canada: The Importance of Co-morbidities. *AIDS Behav*. 2017;21(3):792-802. doi:http://dx.doi.org/10.1007/s10461-016-1326-9
 28. Organization WH. *Global Health Risks Mortality and Burden of Disease Attributable to Selected Major Risk.*; 2009. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44203/9789241563871_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
 29. Fiest KM, Hitchon CA, Bernstein CN, et al. Systematic Review and Meta-analysis of Interventions for Depression and Anxiety in Persons With Rheumatoid Arthritis. *J Clin Rheumatol Pract reports Rheum Musculoskelet Dis*. 2017;23(8):425-434. doi:10.1097/RHU.0000000000000489
 30. Organization WH. *Integrating the Prevention, Treatment and Care of MH Conditions and Other Noncommunicable Diseases within Health Systems*. WHO European High-Level Conference on Non-Communicable Diseases. Copenhagen; 2019. www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/397786/Mental-Health-Conditions-ENG.pdf.
 31. Cohen A. *Addressing Comorbidity between Mental Disorders and Major Noncommunicable Diseases Background Technical Report to Support Implementation of the WHO European Mental Health Action Plan 2013-2020 and the WHO European Action Plan for the Prevention A*. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/342297/Comorbidity-report_E-web.pdf.
 32. Nouwen A, Winkley K, Twisk J, et al. Type 2 diabetes mellitus as a risk factor for the onset of depression: a systematic review and meta-analysis. *Diabetologia*. 2010;53(12):2480-2486. doi:10.1007/s00125-010-1874-x
 33. Mikocka-Walus A, Knowles SR, Keefer L, Graff L. Controversies Revisited: A Systematic Review of the Comorbidity of Depression and Anxiety with Inflammatory Bowel Diseases. *Inflamm Bowel Dis*. 2016;22(3):752-762. doi:https://dx.doi.org/10.1097/MIB.0000000000000620
 34. Yilmaz Kafali H, Atik Altinok Y, Ozbaran B, et al. Exploring emotional dysregulation

- characteristics and comorbid psychiatric disorders in type 1 diabetic children with disordered eating behavior risk. *J Psychosom Res.* 2020;131:109960. doi:10.1016/j.jpsychores.2020.109960
35. Doi M, Fukahori H, Oyama Y, Morita K. Factors associated with depressive symptoms in patients with acute coronary syndrome undergoing percutaneous coronary intervention: A prospective cohort study. *Nurs Open.* 2018;5(4):583-592. doi:http://dx.doi.org/10.1002/nop2.171
 36. Roy T, Lloyd CE. Epidemiology of depression and diabetes: a systematic review. *J Affect Disord.* 2012;142 Suppl:S8-21. doi:10.1016/S0165-0327(12)70004-6
 37. Pan A, Sun Q, Okereke OI, Rexrode KM, Hu FB. Depression and risk of stroke morbidity and mortality: a meta-analysis and systematic review. *JAMA.* 2011;306(11):1241-1249. doi:10.1001/jama.2011.1282
 38. Keyes KM, Susser E. The expanding scope of psychiatric epidemiology in the 21st century. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2014;49(10):1521-1524. doi:10.1007/s00127-014-0938-5
 39. Fitch M, Zomer S, Lockwood G, et al. Experiences of adult cancer survivors in transitions. *Support care cancer Off J Multinatl Assoc Support Care Cancer.* 2019;27(8):2977-2986. doi:10.1007/s00520-018-4605-3
 40. Mitchell AJ, Chan M, Bhatti H, et al. Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. *Lancet Oncol.* 2011;12(2):160-174. doi:10.1016/S1470-2045(11)70002-X
 41. Smith HR. Depression in cancer patients: Pathogenesis, implications and treatment (Review). *Oncol Lett.* 2015;9(4):1509-1514. doi:10.3892/ol.2015.2944
 42. Grigoleit J-S, Kullmann JS, Wolf OT, et al. Dose-dependent effects of endotoxin on neurobehavioral functions in humans. *PLoS One.* 2011;6(12):e28330. doi:10.1371/journal.pone.0028330
 43. Goldstein BI, Kemp DE, Soczynska JK, McIntyre RS. Inflammation and the phenomenology, pathophysiology, comorbidity, and treatment of bipolar disorder: a systematic review of the literature. *J Clin Psychiatry.* 2009;70(8):1078-1090. doi:10.4088/JCP.08r04505
 44. Berk M, Williams LJ, Jacka FN, et al. So depression is an inflammatory disease, but where does the inflammation come from? *BMC Med.* 2013;11:200. doi:10.1186/1741-7015-11-200
 45. Tully PJ. Anxiety and Incident Cardiovascular Disease: Is the Jury Still Out? *Am J Cardiol.* 2017;120(3). doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.amjcard.2016.06.027
 46. Pawson R, Greenhalgh T, Harvey G, Walshe K. Realist review - A new method of systematic review designed for complex policy interventions. *J Heal Serv Res Policy.* 2005;10(SUPPL. 1):21-34. doi:10.1258/1355819054308530
 47. Lacouture A, Breton E, Guichard A, Ridde V. The concept of mechanism from a realist approach: a scoping review to facilitate its operationalization in public health program evaluation. *Implement Sci.* 2015;10:153. doi:10.1186/s13012-015-0345-7
 48. Jagosh J, Pluye P, Macaulay AC, et al. Assessing the outcomes of participatory research: protocol for identifying, selecting, appraising and synthesizing the literature for realist review. *Implement Sci.* 2011;6:24. doi:10.1186/1748-5908-6-24
 49. Macfarlane F, Greenhalgh T, Humphrey C, Hughes J, Butler C, Pawson R. A new workforce in the making? A case study of strategic human resource management in a whole-system change effort in healthcare. *J Health Organ Manag.* 2011;25(1):55-72. doi:10.1108/14777261111116824
 50. (UK) NCGC. *Osteoarthritis: Care and Management in Adults.* London; 2014. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK248069/.
 51. Nazarinasab M, Motamedfar A, Moqadam AE. Investigating mental health in patients with osteoarthritis and its relationship with some clinical and demographic factors. *Reumatologia.* 2017;55(4):183-188. doi:10.5114/reum.2017.69778
 52. Veronese N, Stubbs B, Solmi M, ... TS-A and, 2017 undefined. Association between lower limb osteoarthritis and incidence of depressive symptoms: data from the osteoarthritis initiative. *academic.oup.com.* https://academic.oup.com/ageing/article-abstract/46/3/470/2654234.

- Accessed May 5, 2020.
53. Huang S-W, Wang W-T, Lin L-F, Liao C-D, Liou T-H, Lin H-W. Association between psychiatric disorders and osteoarthritis: a nationwide longitudinal population-based study. *Medicine (Baltimore)*. 2016;95(26):e4016. doi:<https://dx.doi.org/10.1097/MD.0000000000004016>
 54. Vennu V, Misra H, Misra A. Depressive symptoms and the risk of arthritis: A survival analysis using data from the osteoarthritis initiative. *Indian J Psychiatry*. 2019;61(5):444-450. doi:http://dx.doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_241_18
 55. Kigozi J, Jowett S, Nicholl BI, et al. Cost-Utility Analysis of Routine Anxiety and Depression Screening in Patients Consulting for Osteoarthritis: Results From a Clinical, Randomized Controlled Trial. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2018;70(12):1787-1794. doi:10.1002/acr.23568
 56. Mallen CD, Nicholl BI, Lewis M, et al. The effects of implementing a point-of-care electronic template to prompt routine anxiety and depression screening in patients consulting for osteoarthritis (the Primary Care Osteoarthritis Trial): A cluster randomised trial in primary care. *PLoS Med*. 2017;14(4). doi:<http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1002273>
 57. Mitchell AJ. Screening for cancer-related distress: when is implementation successful and when is it unsuccessful? *Acta Oncol*. 2013;52(2):216-224. doi:10.3109/0284186X.2012.745949
 58. Eller-Smith OC, Nicol AL, Christianson JA. Potential Mechanisms Underlying Centralized Pain and Emerging Therapeutic Interventions. *Front Cell Neurosci*. 2018;12:35. doi:10.3389/fncel.2018.00035
 59. Schlereth T, Birklein F. The sympathetic nervous system and pain. *Neuromolecular Med*. 2008;10(3):141-147. doi:10.1007/s12017-007-8018-6
 60. Park H-M, Kwon Y-J, Kim H-S, Lee Y-J. Relationship between Sleep Duration and Osteoarthritis in Middle-Aged and Older Women: A Nationwide Population-Based Study. *J Clin Med*. 2019;8(3):356. doi:10.3390/jcm8030356
 61. Maes M. The cytokine hypothesis of depression: inflammation, oxidative & nitrosative stress (IO&NS) and leaky gut as new targets for adjunctive treatments in depression. *Neuro Endocrinol Lett*. 2008;29(3):287-291.
 62. Sowers MR, McConnell D, Jannausch M, Buyuktur AG, Hochberg M, Jamadar DA. Estradiol and its metabolites and their association with knee osteoarthritis. *Arthritis Rheum*. 2006;54(8):2481-2487. doi:10.1002/art.22005
 63. Saad F, Röhrig G, von Haehling S, Traish A. Testosterone Deficiency and Testosterone Treatment in Older Men. *Gerontology*. 2017;63(2):144-156. doi:10.1159/000452499
 64. Jin WS, Choi EJ, Lee SY, Bae EJ, Lee T-H, Park J. Relationships among Obesity, Sarcopenia, and Osteoarthritis in the Elderly. *J Obes Metab Syndr*. 2017;26(1):36-44. doi:10.7570/jomes.2017.26.1.36
 65. Ford AH, Yeap BB, Flicker L, et al. Prospective longitudinal study of testosterone and incident depression in older men: The Health In Men Study. *Psychoneuroendocrinology*. 2016;64:57-65. doi:10.1016/j.psyneuen.2015.11.012
 66. Yohannes AM, Caton S. Management of depression in older people with osteoarthritis: A systematic review. *Aging Ment Health*. 2010;14(6):637-651. doi:<https://dx.doi.org/10.1080/13607860903483094>
 67. Lorenc A, Feder G, MacPherson H, Little P, Mercer SW, Sharp D. Scoping review of systematic reviews of complementary medicine for musculoskeletal and mental health conditions. *BMJ Open*. 2018;8(10):e020222-e020222. doi:10.1136/bmjopen-2017-020222
 68. Zhang L, Fu T, Zhang Q, et al. Effects of psychological interventions for patients with osteoarthritis: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Health Med*. 2018;23(1):1-17. doi:10.1080/13548506.2017.1282160
 69. Leventhal H, Phillips LA, Burns E. The Common-Sense Model of Self-Regulation (CSM): a dynamic framework for understanding illness self-management. *J Behav Med*. 2016;39(6):935-946. doi:10.1007/s10865-016-9782-2
 70. Lluçh Girbés E, Nijis J, Torres-Cueco R, López Cubas C. Pain treatment for patients with

- osteoarthritis and central sensitization. *Phys Ther*. 2013;93(6):842-851. doi:10.2522/ptj.20120253
71. Agarwal P, Sambamoorthi U. Healthcare expenditures associated with depression among individuals with osteoarthritis: Post-regression linear decomposition approach. *J Gen Intern Med*. 2015;30(12):1803-1811. doi:10.1007/s11606-015-3393-4
 72. Cooper RG, Booker CK, Spanswick CC. What is pain management, and what is its relevance to the rheumatologist? *Rheumatology (Oxford)*. 2003;42(10):1133-1137. doi:10.1093/rheumatology/keg313
 73. Bullock J, Rizvi SAA, Saleh AM, et al. Rheumatoid Arthritis: A Brief Overview of the Treatment. *Med Princ Pract*. 2018;27(6):501-507. doi:10.1159/000493390
 74. Matcham F, Rayner L, Steer S, Hotopf M. The prevalence of depression in rheumatoid arthritis: a systematic review and meta-analysis. *Rheumatology (Oxford)*. 2013;52(12):2136-2148. doi:10.1093/rheumatology/ket169
 75. Anyfanti P, Gavriilaki E, Pырpasopoulou A, et al. Depression, anxiety, and quality of life in a large cohort of patients with rheumatic diseases: common, yet undertreated. *Clin Rheumatol*. 2016;35(3):733-739. doi:http://dx.doi.org/10.1007/s10067-014-2677-0
 76. Lok EYC, Mok CC, Cheng CW, Cheung EFC. Prevalence and determinants of psychiatric disorders in patients with rheumatoid arthritis. *Psychosomatics*. 2010;51(4):338-338.e8. doi:10.1176/appi.psy.51.4.338
 77. Machin AR, Babatunde O, Haththotuwa R, et al. The association between anxiety and disease activity and quality of life in rheumatoid arthritis: a systematic review and meta-analysis. *Clin Rheumatol*. 2020;39(5):1471-1482. doi:10.1007/s10067-019-04900-y
 78. Qiu X-J, Zhang X-L, Cai L-S, et al. Rheumatoid arthritis and risk of anxiety: a meta-analysis of cohort studies. *Clin Rheumatol*. 2019;38(8):2053-2061. doi:10.1007/s10067-019-04502-8
 79. Zhao S, Thong D, Miller N, et al. The prevalence of depression in axial spondyloarthritis and its association with disease activity: a systematic review and meta-analysis. *Arthritis Res Ther*. 2018;20. doi:http://dx.doi.org/10.1186/s13075-018-1644-6
 80. Marrie RA, Hitchon CA, Walld R, et al. Increased Burden of Psychiatric Disorders in Rheumatoid Arthritis. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2018;70(7):970-978. doi:10.1002/acr.23539
 81. Boscarino JA, Forsberg CW, Goldberg J. A twin study of the association between PTSD symptoms and rheumatoid arthritis. *Psychosom Med*. 2010;72(5):481-486. doi:https://dx.doi.org/10.1097/PSY.0b013e3181d9a80c
 82. Mikuls TR, Padala PR, Sayles HR, et al. Prospective study of posttraumatic stress disorder and disease activity outcomes in US veterans with rheumatoid arthritis. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2013;65(2):227-234. doi:10.1002/acr.21778
 83. Euesden J, Breen G, Farmer A, McGuffin P, Lewis CM. The relationship between schizophrenia and rheumatoid arthritis revisited: genetic and epidemiological analyses. *Am J Med Genet Part B, Neuropsychiatr Genet Off Publ Int Soc Psychiatr Genet*. 2015;168B(2):81-88. doi:10.1002/ajmg.b.32282
 84. Gåfväls C, Hägerström M, Nordmark B, Wändell PE. Psychosocial problems among newly diagnosed rheumatoid arthritis patients. *Clin Rheumatol*. 2012;31(3):521-529. doi:10.1007/s10067-011-1894-z
 85. van 't Land H, Verdurmen J, Ten Have M, van Dorsselaer S, Beekman A, de Graaf R. The association between arthritis and psychiatric disorders; results from a longitudinal population-based study. *J Psychosom Res*. 2010;68(2):187-193. doi:10.1016/j.jpsychores.2009.05.011
 86. Leon L, Redondo M, Fernández-Nebro A, et al. Expert recommendations on the psychological needs of patients with rheumatoid arthritis. *Rheumatol Int*. 2018;38(12):2167-2182. doi:10.1007/s00296-018-4057-6
 87. Sturgeon JA, Finan PH, Zautra AJ. Affective disturbance in rheumatoid arthritis: psychological and disease-related pathways. *Nat Rev Rheumatol*. 2016;12(9):532-542. doi:10.1038/nrrheum.2016.112

88. Rathbun AM, Reed GW, Harrold LR. The temporal relationship between depression and rheumatoid arthritis disease activity, treatment persistence and response: a systematic review. *Rheumatology (Oxford)*. 2013;52(10):1785-1794. doi:10.1093/rheumatology/kes356
89. Liu Y, Ho RC-M, Mak A. Interleukin (IL)-6, tumour necrosis factor alpha (TNF- α) and soluble interleukin-2 receptors (sIL-2R) are elevated in patients with major depressive disorder: a meta-analysis and meta-regression. *J Affect Disord*. 2012;139(3):230-239. doi:10.1016/j.jad.2011.08.003
90. Dinarello CA. The many worlds of reducing interleukin-1. *Arthritis Rheum*. 2005;52(7):1960-1967. doi:10.1002/art.21107
91. Smolen JS, Breedveld FC, Burmester GR, et al. Treating rheumatoid arthritis to target: 2014 update of the recommendations of an international task force. *Ann Rheum Dis*. 2016;75(1):3-15. doi:10.1136/annrheumdis-2015-207524
92. Gudu T, Gossec L. Quality of life in psoriatic arthritis. *Expert Rev Clin Immunol*. 2018;14(5):405-417. doi:10.1080/1744666X.2018.1468252
93. Zhao SS, Miller N, Harrison N, Duffield SJ, Dey M, Goodson NJ. Systematic review of mental health comorbidities in psoriatic arthritis. *Clin Rheumatol*. 2020;39(1):217-225. doi:10.1007/s10067-019-04734-8
94. McDonough E, Ayearst R, Eder L, et al. Depression and anxiety in psoriatic disease: prevalence and associated factors. *J Rheumatol*. 2014;41(5):887-896. doi:10.3899/jrheum.130797
95. Wu JJ, Penfold RB, Primatesta P, et al. The risk of depression, suicidal ideation and suicide attempt in patients with psoriasis, psoriatic arthritis or ankylosing spondylitis. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2017;31(7):1168-1175. doi:10.1111/jdv.14175
96. Duffield SJ, Miller N, Zhao S, Goodson NJ. Concomitant fibromyalgia complicating chronic inflammatory arthritis: a systematic review and meta-analysis. *Rheumatology (Oxford)*. 2018;57(8):1453-1460. doi:10.1093/rheumatology/key112
97. Gossec L, McGonagle D, Korotaeva T, et al. Minimal Disease Activity as a Treatment Target in Psoriatic Arthritis: A Review of the Literature. *J Rheumatol*. 2018;45(1):6-13. doi:10.3899/jrheum.170449
98. Coates LC, Moverley AR, McParland L, et al. Effect of tight control of inflammation in early psoriatic arthritis (TICOPA): a UK multicentre, open-label, randomised controlled trial. *Lancet (London, England)*. 2015;386(10012):2489-2498. doi:10.1016/S0140-6736(15)00347-5
99. Chimenti MS, Caso F, Alivernini S, et al. Amplifying the concept of psoriatic arthritis: The role of autoimmunity in systemic psoriatic disease. *Autoimmun Rev*. 2019;18(6):565-575. doi:10.1016/j.autrev.2018.11.007
100. Elmets CA, Leonardi CL, Davis DMR, et al. Joint AAD-NPF guidelines of care for the management and treatment of psoriasis with awareness and attention to comorbidities. *J Am Acad Dermatol*. 2019;80(4):1073-1113. doi:10.1016/j.jaad.2018.11.058
101. Society CC. Cancer information / Cancer 101 / What is cancer? <https://www.cancer.ca/en/cancer-information/cancer-101/what-is-cancer/?region=bc>. Published 2020.
102. Institute NC. What Is Cancer? <https://www.cancer.gov/about-cancer/understanding/what-is-cancer>.
103. Jia Y, Li F, Liu YF, Zhao JP, Leng MM, Chen L. Depression and cancer risk: a systematic review and meta-analysis. *Public Health*. 2017;149:138-148. doi:10.1016/j.puhe.2017.04.026
104. Singer S, Das-Munshi J, Brähler E. Prevalence of mental health conditions in cancer patients in acute care--a meta-analysis. *Ann Oncol Off J Eur Soc Med Oncol*. 2010;21(5):925-930. doi:10.1093/annonc/mdp515
105. Die Trill M. Anxiety and sleep disorders in cancer patients. *EJC Suppl EJC Off J EORTC, Eur Organ Res Treat Cancer*. [et al]. 2013;11(2):216-224. doi:10.1016/j.ejcsup.2013.07.009
106. Vodermaier A, Linden W, MacKenzie R, Greig D, Marshall C. Disease stage predicts post-diagnosis anxiety and depression only in some types of cancer. *Br J Cancer*. 2011;105(12):1814-

1817. doi:10.1038/bjc.2011.503
107. Wen S, Xiao H, Yang Y. The risk factors for depression in cancer patients undergoing chemotherapy: a systematic review. *Support care cancer Off J Multinatl Assoc Support Care Cancer*. 2019;27(1):57-67. doi:10.1007/s00520-018-4466-9
 108. Walker J, Hansen CH, Martin P, et al. Prevalence, associations, and adequacy of treatment of major depression in patients with cancer: a cross-sectional analysis of routinely collected clinical data. *The lancet Psychiatry*. 2014;1(5):343-350. doi:10.1016/S2215-0366(14)70313-X
 109. Brandenbarg D, Maass SWMC, Geerse OP, et al. A systematic review on the prevalence of symptoms of depression, anxiety and distress in long-term cancer survivors: Implications for primary care. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2019;28(3):1-14. doi:10.1111/ecc.13086
 110. Agarwal M, Hamilton JB, Moore CE, Crandell JL. Predictors of depression among older African American cancer patients. *Cancer Nurs*. 2010;33(2):156-163. doi:https://dx.doi.org/10.1097/NCC.0b013e3181bdef76
 111. Costas R, Gany F. Depressive symptoms in a sample of Afro-Caribbean and Latino immigrant cancer patients: a comparative analysis. *Support Care Cancer*. 2013;21(9):2461-2468. doi:10.1007/s00520-013-1813-8
 112. Yu Q, Medeiros KL, Wu X, Jensen RE. Nonlinear Predictive Models for Multiple Mediation Analysis: With an Application to Explore Ethnic Disparities in Anxiety and Depression Among Cancer Survivors. *Psychometrika*. 2018;83(4):991-1006. doi:http://dx.doi.org/10.1007/s11336-018-9612-2
 113. Shen C-C, Hu L-Y, Hu Y-W, et al. The Risk of Cancer in Patients With Obsessive-Compulsive Disorder: A Nationwide Population-Based Retrospective Cohort Study. *Medicine (Baltimore)*. 2016;95(9):e2989. doi:https://dx.doi.org/10.1097/MD.0000000000002989
 114. Swartzman S, Booth JN, Munro A, Sani F. Posttraumatic stress disorder after cancer diagnosis in adults: A meta-analysis. *Depress Anxiety*. 2017;34(4):327-339. doi:10.1002/da.22542
 115. Chang C-K, Hayes RD, Broadbent MTM, et al. A cohort study on mental disorders, stage of cancer at diagnosis and subsequent survival. *BMJ Open*. 2014;4(1):e004295. doi:10.1136/bmjopen-2013-004295
 116. Nelson DE, Jarman DW, Rehm J, et al. Alcohol-attributable cancer deaths and years of potential life lost in the United States. *Am J Public Health*. 2013;103(4):641-648. doi:10.2105/AJPH.2012.301199
 117. Canadian Cancer Society. *ComPARE. Risk Factors – Attributable Cancer Case(s) Due to Smoking Tobacco in Canada for All Ages, 2015.*; 2015. <https://data.prevent.cancer.ca/current/risk-factors>.
 118. Lin H-Y, Fisher P, Harris D, Tseng T-S. Alcohol intake patterns for cancer and non-cancer individuals: a population study. *Transl Cancer Res*. 2019;8(Suppl 4):S334-S345. doi:10.21037/tcr.2019.06.31
 119. Jairam V, Yang DX, Verma V, Yu JB, Park HS. National Patterns in Prescription Opioid Use and Misuse Among Cancer Survivors in the United States. *JAMA Netw open*. 2020;3(8):e2013605. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.13605
 120. National Cancer Institute. *Cancer Trends Progress Report: Cancer Survivors and Smoking.*; 2020. <https://progressreport.cancer.gov/after/smoking>.
 121. Gritz ER, Talluri R, Fokom Domgue J, Tami-Maury I, Shete S. Smoking Behaviors in Survivors of Smoking-Related and Non-Smoking-Related Cancers. *JAMA Netw Open*. 2020;3(7):e209072-e209072. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.9072
 122. Swoboda CM, Walker DM, Huerta TR. Likelihood of Smoking Among Cancer Survivors: An Updated Health Information National Trends Survey Analysis. *Nicotine Tob Res Off J Soc Res Nicotine Tob*. 2019;21(12):1636-1643. doi:10.1093/ntr/ntz007
 123. Mayer DK, Carlson J. Smoking patterns in cancer survivors. *Nicotine Tob Res*. 2011;13(1):34-40. doi:10.1093/ntr/ntq199
 124. Tseng T-S, Lin H-Y, Martin MY, Chen T, Partridge EE. Disparities in smoking and cessation status among cancer survivors and non-cancer individuals: a population-based study from

- National Health and Nutrition Examination Survey. *J Cancer Surviv.* 2010;4(4):313-321. doi:10.1007/s11764-010-0127-9
125. Underwood JM, Townsend JS, Stewart SL, et al. Surveillance of demographic characteristics and health behaviors among adult cancer survivors--Behavioral Risk Factor Surveillance System, United States, 2009. *Morb Mortal Wkly report Surveill Summ (Washington, DC 2002).* 2012;61(1):1-23.
 126. Ho P, Rosenheck R. Substance use disorder among current cancer patients: Rates and correlates nationally in the Department of Veterans Affairs. *Psychosom J Consult Liaison Psychiatry.* 2018;59(3):267-276. doi:10.1016/j.psych.2018.01.003
 127. Jayadevappa R, Chhatre S. Association between age, substance use, and outcomes in Medicare enrollees with prostate cancer. *J Geriatr Oncol.* 2016;7(6):444-452. doi:10.1016/j.jgo.2016.06.007
 128. Boehmer U, Miao X, Ozonoff A. Cancer survivorship and sexual orientation. *Cancer.* 2011;117(16):3796-3804. doi:10.1002/cncr.25950
 129. Kamen C, Palesh O, Gerry AA, et al. Disparities in Health Risk Behavior and Psychological Distress Among Gay Versus Heterosexual Male Cancer Survivors. *LGBT Heal.* 2014;1(2):86-92. doi:10.1089/lgbt.2013.0022
 130. Boehmer U, Miao X, Ozonoff A. Health behaviors of cancer survivors of different sexual orientations. *Cancer Causes Control.* 2012;23(9):1489-1496. doi:10.1007/s10552-012-0023-x
 131. Jabson JM, Farmer GW, Bowen DJ. Health Behaviors and Self-Reported Health Among Cancer Survivors by Sexual Orientation. *LGBT Heal.* 2015;2(1):41-47. doi:10.1089/lgbt.2014.0038
 132. Zaorsky NG, Zhang Y, Tuanquin L, Bluethmann SM, Park HS, Chinchilli VM. Suicide among cancer patients. *Nat Commun.* 2019;10(1):207. doi:10.1038/s41467-018-08170-1
 133. Fässberg MM, Cheung G, Canetto SS, et al. A systematic review of physical illness, functional disability, and suicidal behaviour among older adults. *Aging Ment Health.* 2016;20(2):166-194. doi:10.1080/13607863.2015.1083945
 134. Fox JP, Philip EJ, Gross CP, Desai RA, Killelea B, Desai MM. Associations Between Mental Health and Surgical Outcomes Among Women Undergoing Mastectomy for Cancer. *Breast J.* 2013;19(3):276-284. doi:10.1111/tbj.12096
 135. Henry M, Rosberger Z, Ianovski LE, et al. A screening algorithm for early detection of major depressive disorder in head and neck cancer patients post-treatment: Longitudinal study. *Psychooncology.* 2018;27(6):1622-1628. doi:10.1002/pon.4705
 136. Darnell R PJ. *Paraneoplastic Syndromes.* Oxford University Press; 2011.
 137. Pitman A, Suleman S, Hyde N, Hodgkiss A. Depression and anxiety in patients with cancer. *BMJ Br Med J.* 2018;361. doi:http://dx.doi.org/10.1136/bmj.k1415
 138. Hamann HA, Ver Hoeve ES, Carter-Harris L, Studts JL, Ostroff JS. Multilevel Opportunities to Address Lung Cancer Stigma across the Cancer Control Continuum. *J Thorac Oncol.* 2018;13(8):1062-1075. doi:10.1016/j.jtho.2018.05.014
 139. Wick W, Hertenstein A, Platten M. Neurological sequelae of cancer immunotherapies and targeted therapies. *Lancet Oncol.* 2016;17(12):e529-e541. doi:10.1016/S1470-2045(16)30571-X
 140. Ostuzzi G, Matcham F, Dauchy S, Barbui C, Hotopf M. Antidepressants for the treatment of depression in people with cancer. *Cochrane database Syst Rev.* 2018;4:CD011006. doi:https://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD011006.pub3
 141. Yeung KS, Hernandez M, Mao JJ, Haviland I, Gubili J. Herbal medicine for depression and anxiety: A systematic review with assessment of potential psycho-oncologic relevance. *Phyther Res.* 2018;32(5):865-891. doi:10.1002/ptr.6033
 142. Nightingale CL, Rodriguez C, Carnaby G. The impact of music interventions on anxiety for adult cancer patients: a meta-analysis and systematic review. *Integr Cancer Ther.* 2013;12(5):393-403. doi:https://dx.doi.org/10.1177/1534735413485817
 143. Cramer H, Lauche R, Klose P, Lange S, Langhorst J, Dobos GJ. Yoga for improving health-related quality of life, mental health and cancer-related symptoms in women diagnosed with breast cancer. *Cochrane database Syst Rev.* 2017;1(1):CD010802-CD010802.

- doi:10.1002/14651858.CD010802.pub2
144. Li M, Kennedy EB, Byrne N, et al. Systematic review and meta-analysis of collaborative care interventions for depression in patients with cancer. *Psychooncology*. 2017;26(5):573-587. doi:10.1002/pon.4286
 145. Zhang X, Xiao H, Chen Y. Effects of life review on mental health and well-being among cancer patients: A systematic review. *Int J Nurs Stud*. 2017;74:138-148. doi:10.1016/j.ijnurstu.2017.06.012
 146. Krebber A-MH, Leemans CR, de Bree R, et al. Stepped care targeting psychological distress in head and neck and lung cancer patients: a randomized clinical trial. *BMC Cancer*. 2012;12:173. doi:10.1186/1471-2407-12-173
 147. Sharpe M, Walker J, Holm Hansen C, et al. Integrated collaborative care for comorbid major depression in patients with cancer (SMaRT Oncology-2): a multicentre randomised controlled effectiveness trial. *Lancet (London, England)*. 2014;384(9948):1099-1108. doi:10.1016/S0140-6736(14)61231-9
 148. Klemm P. Effects of online support group format (moderated vs peer-led) on depressive symptoms and extent of participation in women with breast cancer. *Comput Inform Nurs*. 2012;30(1):9-18. doi:https://dx.doi.org/10.1097/NCN.0b013e3182343efa
 149. Tasbandi MJDFKSM. Effect of Orem's Self-Care Model Training Program on Anxiety of Women with Breast Cancer: A Clinical Trial Study. *Medical-Surgical Nurs J*. 2018;7(2):1-6.
 150. Wang J, Yan C, Fu A. A randomized clinical trial of comprehensive education and care program compared to basic care for reducing anxiety and depression and improving quality of life and survival in patients with hepatocellular carcinoma who underwent surgery. *Medicine (Baltimore)*. 2019;98(44):e17552. doi:https://dx.doi.org/10.1097/MD.00000000000017552
 151. Hsieh C-C, Hsiao F-H. The effects of supportive care interventions on depressive symptoms among patients with lung cancer: A metaanalysis of randomized controlled studies. *Palliat Support Care*. 2017;15(6):710-723. doi:http://dx.doi.org/10.1017/S1478951517000335
 152. (USDHHS). UD of H and HS. *The Health Consequences of Smoking: 50 Years of Progress. A Report of the Surgeon General Atlanta, GA.; 2014.*
 153. Underwood JM, Rim SH, Fairley TL, Tai E, Stewart SL. Cervical cancer survivors at increased risk of subsequent tobacco-related malignancies, United States 1992-2008. *Cancer Causes Control*. 2012;23(7):1009-1016. doi:10.1007/s10552-012-9957-2
 154. Organization WH. About cardiovascular diseases. https://www.who.int/cardiovascular_diseases/about_cvd/en/.
 155. Cumming TB, Blomstrand C, Skoog I, Linden T. The high prevalence of anxiety disorders after stroke. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2016;24(2):154-160. doi:10.1016/j.jagp.2015.06.003
 156. Batelaan NM, Seldenrijk A, Bot M, van Balkom AJLM, Penninx BWJH. Anxiety and new onset of cardiovascular disease: critical review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2016;208(3):223-231. doi:10.1192/bjp.bp.114.156554
 157. O'Neil A, Williams ED, Stevenson CE, Oldenburg B, Sanderson K. Co-morbid depression is associated with poor work outcomes in persons with cardiovascular disease (CVD): a large, nationally representative survey in the Australian population. *BMC Public Health*. 2012;12:47. doi:10.1186/1471-2458-12-47
 158. Lespérance F, Frasere-Smith N, Talajic M, Bourassa MG. Five-year risk of cardiac mortality in relation to initial severity and one-year changes in depression symptoms after myocardial infarction. *Circulation*. 2002;105(9):1049-1053. doi:10.1161/hc0902.104707
 159. Jha MK, Qamar A, Vaduganathan M, Charney DS, Murrough JW. Screening and Management of Depression in Patients With Cardiovascular Disease: JACC State-of-the-Art Review. *J Am Coll Cardiol*. 2019;73(14):1827-1845. doi:10.1016/j.jacc.2019.01.041
 160. Ladwig S, Zhou Z, Xu Y, et al. Comparison of Treatment Rates of Depression After Stroke Versus Myocardial Infarction: A Systematic Review and Meta-Analysis of Observational Data. *Psychosom Med*. 2018;80(8).

- https://journals.lww.com/psychosomaticmedicine/Fulltext/2018/10000/Comparison_of_Treatment_Rates_of_Depression_After.9.aspx.
161. Case SM, Sawhney M, Stewart JC. Atypical depression and double depression predict new-onset cardiovascular disease in US adults. *Depress Anxiety*. 2018;35(1):10-17. doi:10.1002/da.22666
 162. Ayerbe L, Ayis S, Wolfe CDA, Rudd AG. Natural history, predictors and outcomes of depression after stroke: Systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2013;202(1):14-21. doi:10.1192/bjp.bp.111.107664
 163. Mitchell AJ, Sheth B, Gill J, et al. Prevalence and predictors of post-stroke mood disorders: A meta-analysis and meta-regression of depression, anxiety and adjustment disorder. *Gen Hosp Psychiatry*. 2017;47:48-60. doi:10.1016/j.genhosppsy.2017.04.001
 164. Goldstein BI, Schaffer A, Wang S, Blanco C. Excessive and premature new-onset cardiovascular disease among adults with bipolar disorder in the US NESARC cohort. *J Clin Psychiatry*. 2015;76(2):163-169. doi:10.4088/JCP.14m09300
 165. Isomura K, Brander G, Chang Z, et al. Metabolic and cardiovascular complications in obsessive-compulsive disorder: A total population, sibling comparison study with long-term follow-up. *Biol Psychiatry*. 2018;84(5):324-331. doi:10.1016/j.biopsych.2017.12.003
 166. Pilver CE, Potenza MN. Increased incidence of cardiovascular conditions among older adults with pathological gambling features in a prospective study. *J Addict Med*. 2013;7(6):387-393. doi:https://dx.doi.org/10.1097/ADM.0b013e31829e9b36
 167. Remch M, Laskaris Z, Flory J, Mora-McLaughlin C, Morabia A. Post-Traumatic Stress Disorder and Cardiovascular Diseases: A Cohort Study of Men and Women Involved in Cleaning the Debris of the World Trade Center Complex. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. 2018;11(7):e004572. doi:https://dx.doi.org/10.1161/CIRCOUTCOMES.117.004572
 168. Attar R, Valentin JB, Freeman P, Andell P, Aagaard J, Jensen SE. The effect of schizophrenia on major adverse cardiac events, length of hospital stay, and prevalence of somatic comorbidities following acute coronary syndrome. *Eur Hear Journal Qual Care Clin Outcomes*. 2019;5(2):121-126. doi:http://dx.doi.org/10.1093/ehjqcco/qcy055
 169. Snow SC, Fonarow GC, Ladapo JA, Washington DL, Hoggatt KJ, Ziaieian B. National Rate of Tobacco and Substance Use Disorders Among Hospitalized Heart Failure Patients. *Am J Med*. 2019;132(4):478-488.e4. doi:10.1016/j.amjmed.2018.11.038
 170. Buckland SA, Pozehl B, Yates B. Depressive Symptoms in Women With Coronary Heart Disease: A Systematic Review of the Longitudinal Literature. *J Cardiovasc Nurs*. 2019;34(1):52-59. doi:https://dx.doi.org/10.1097/JCN.0000000000000533
 171. AbuRuz ME, Masa'Deh R. Gender differences in anxiety and complications early after acute myocardial infarction. *J Cardiovasc Nurs*. 2017;32(6):538-543. doi:10.1097/JCN.0000000000000375
 172. Eurelings LSM, van Dalen JW, Riet G ter, Charante EPM van, Edo R, van Gool WA. Apathy and depressive symptoms in older people and incident myocardial infarction, stroke, and mortality: a systematic review and meta-analysis of individual participant data. *Clin Epidemiol*. 2018;10:363-379. doi:http://dx.doi.org/10.2147/CLEP.S150915
 173. Fei K, Benn EKT, Negron R, Arniella G, Tuhim S, Horowitz CR. Prevalence of Depression Among Stroke Survivors: Racial-Ethnic Differences. *Stroke*. 2016;47(2):512-515. doi:https://dx.doi.org/10.1161/STROKEAHA.115.010292
 174. Copeland VC, Newhill CE, Foster LJJ, et al. Major depressive disorder and cardiovascular disease in African-American women. *J Soc Serv Res*. 2017;43(5):624-634. doi:10.1080/01488376.2017.1370682
 175. O'Keefe-McCarthy S, McGillion M, Clarke SP, McFetridge-Durdle J. Pain and anxiety in rural acute coronary syndrome patients awaiting diagnostic cardiac catheterization. *J Cardiovasc Nurs*. 2015;30(6):546-557. doi:10.1097/JCN.0000000000000203
 176. Vidal C, Polo R, Alvarez K, et al. Co-Occurrence of Posttraumatic Stress Disorder and Cardiovascular Disease Among Ethnic/Racial Groups in the United States. *Psychosom Med*.

- 2018;80(7):680-688. doi:<https://dx.doi.org/10.1097/PSY.0000000000000601>
177. Ontario HQ. Screening and management of depression for adults with chronic diseases: an evidence-based analysis. *Ont Health Technol Assess Ser.* 2013;13(8):1-45. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24133570>.
 178. Ai AL, Rollman BL, Berger CS. Comorbid mental health symptoms and heart diseases: can health care and mental health care professionals collaboratively improve the assessment and management? *Health Soc Work.* 2010;35(1):27-38. doi:10.1093/hsw/35.1.27
 179. Lichtman JH, Bigger JTJ, Blumenthal JA, et al. Depression and coronary heart disease: recommendations for screening, referral, and treatment: a science advisory from the American Heart Association Prevention Committee of the Council on Cardiovascular Nursing, Council on Clinical Cardiology, Council o. *Circulation.* 2008;118(17):1768-1775. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.108.190769
 180. Shi WY, Stewart AG, Hare DL. Major depression in cardiac patients is accurately assessed using the cardiac depression scale. *Psychother Psychosom.* 2010;79(6):391-392. doi:10.1159/000320897
 181. Perk J, De Backer G, Gohlke H, et al. [European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012)]. *Turk Kardiyol Dern Ars.* 2012;40 Suppl 3:1-76.
 182. Hare DL, Toukhsati SR, Johansson P, Jaarsma T. Depression and cardiovascular disease: a clinical review. *Eur Heart J.* 2014;35(21):1365-1372. doi:10.1093/eurheartj/eh462
 183. Kociol RD, Greiner MA, Hammill BG, et al. Long-term outcomes of medicare beneficiaries with worsening renal function during hospitalization for heart failure. *Am J Cardiol.* 2010;105(12):1786-1793. doi:10.1016/j.amjcard.2010.01.361
 184. Amarasingham R, Moore BJ, Tabak YP, et al. An automated model to identify heart failure patients at risk for 30-day readmission or death using electronic medical record data. *Med Care.* 2010;48(11):981-988. doi:10.1097/MLR.0b013e3181ef60d9
 185. Pilowsky DJ, Wu L-T. Screening for alcohol and drug use disorders among adults in primary care: a review. *Subst Abuse Rehabil.* 2012;3(1):25-34. doi:10.2147/SAR.S30057
 186. Thylstrup B, Clausen T, Hesse M. Cardiovascular disease among people with drug use disorders. *Int J Public Health.* 2015;60(6):659-668. doi:10.1007/s00038-015-0698-3
 187. Dhar AK, Barton DA. Depression and the Link with Cardiovascular Disease. *Front psychiatry.* 2016;7:33. doi:10.3389/fpsy.2016.00033
 188. Sun J, Ma H, Yu C, et al. Association of Major Depressive Episodes With Stroke Risk in a Prospective Study of 0.5 Million Chinese Adults. *Stroke.* 2016;47(9):2203-2208. doi:<https://dx.doi.org/10.1161/STROKEAHA.116.013512>
 189. Busch LY, Pössel P, Valentine JC. Meta-analyses of cardiovascular reactivity to rumination: A possible mechanism linking depression and hostility to cardiovascular disease. *Psychol Bull.* 2017;143(12):1378-1394. doi:10.1037/bul0000119
 190. Brouwers C, Mommersteeg PMC, Nyklíček I, et al. Positive affect dimensions and their association with inflammatory biomarkers in patients with chronic heart failure. *Biol Psychol.* 2013;92(2):220-226. doi:10.1016/j.biopsycho.2012.10.002
 191. de Jonge P, Rosmalen JGM, Kema IP, et al. Psychophysiological biomarkers explaining the association between depression and prognosis in coronary artery patients: a critical review of the literature. *Neurosci Biobehav Rev.* 2010;35(1):84-90. doi:10.1016/j.neubiorev.2009.11.025
 192. de Jonge P, Roest AM. Depression and cardiovascular disease: the end of simple models. *Br J Psychiatry.* 2012;201(5):337-338. doi:10.1192/bjp.bp.112.110502
 193. Pieper B, Kirsner RS, Templin TN, Birk TJ. Injection drug use: an understudied cause of venous disease. *Arch Dermatol.* 2007;143(10):1305-1309. doi:10.1001/archderm.143.10.1305
 194. Salmon AM, Dwyer R, Jauncey M, van Beek I, Topp L, Maher L. Injecting-related injury and disease among clients of a supervised injecting facility. *Drug Alcohol Depend.* 2009;101(1-2):132-136. doi:10.1016/j.drugalcdep.2008.12.002
 195. Reece AS, Hulse GK. Impact of lifetime opioid exposure on arterial stiffness and vascular age: cross-sectional and longitudinal studies in men and women. *BMJ Open.* 2014;4(6):e004521.

- doi:10.1136/bmjopen-2013-004521
196. Reece AS, Hulse GK. Lifetime opiate exposure as an independent and interactive cardiovascular risk factor in males: a cross-sectional clinical study. *Vasc Health Risk Manag.* 2013;9:551-561. doi:10.2147/VHRM.S48030
 197. Kao D, Bucher Bartelson B, Khatri V, et al. Trends in reporting methadone-associated cardiac arrhythmia, 1997-2011: an analysis of registry data. *Ann Intern Med.* 2013;158(10):735-740. doi:10.7326/0003-4819-158-10-201305210-00008
 198. Roy AK, McCarthy C, Kiernan G, et al. Increased incidence of QT interval prolongation in a population receiving lower doses of methadone maintenance therapy. *Addiction.* 2012;107(6):1132-1139. doi:10.1111/j.1360-0443.2011.03767.x
 199. De Giorgi A, Fabbian F, Pala M, et al. Cocaine and acute vascular diseases. *Curr Drug Abuse Rev.* 2012;5(2):129-134. doi:10.2174/1874473711205020129
 200. Figueredo VM. Chemical cardiomyopathies: the negative effects of medications and nonprescribed drugs on the heart. *Am J Med.* 2011;124(6):480-488. doi:10.1016/j.amjmed.2010.11.031
 201. Seldenrijk A, Vogelzangs N, Batelaan NM, Wieman I, van Schaik DJF, Penninx BJWH. Depression, anxiety and 6-year risk of cardiovascular disease. *J Psychosom Res.* 2015;78(2):123-129. doi:10.1016/j.jpsychores.2014.10.007
 202. Jaussent I, Ancelin M-L, Berr C, et al. Hypnotics and mortality in an elderly general population: a 12-year prospective study. *BMC Med.* 2013;11:212. doi:10.1186/1741-7015-11-212
 203. Desbois AC, Cacoub P. Cannabis-associated arterial disease. *Ann Vasc Surg.* 2013;27(7):996-1005. doi:10.1016/j.avsg.2013.01.002
 204. Abuse CC on S. *Substance Abuse in Canada: Concurrent Disorders.* Ottawa; 2009.
 205. West RR, Jones DA, Henderson AH. Rehabilitation after myocardial infarction trial (RAMIT): multi-centre randomised controlled trial of comprehensive cardiac rehabilitation in patients following acute myocardial infarction. *Heart.* 2012;98(8):637-644. doi:10.1136/heartjnl-2011-300302
 206. Blumenthal JA, Sherwood A, Babyak MA, et al. Exercise and pharmacological treatment of depressive symptoms in patients with coronary heart disease: results from the UPBEAT (Understanding the Prognostic Benefits of Exercise and Antidepressant Therapy) study. *J Am Coll Cardiol.* 2012;60(12):1053-1063. doi:10.1016/j.jacc.2012.04.040
 207. Blumenthal JA, Babyak MA, O'Connor C, et al. Effects of exercise training on depressive symptoms in patients with chronic heart failure: the HF-ACTION randomized trial. *JAMA.* 2012;308(5):465-474. doi:10.1001/jama.2012.8720
 208. Sherwood A, Blumenthal JA, Smith PJ, Watkins LL, Hoffman BM, Hinderliter AL. Effects of exercise and sertraline on measures of coronary heart disease risk in patients with major depression: Results from the SMILE-II randomized clinical trial. *Psychosom Med.* 2016;78(5):602-609. doi:10.1097/PSY.0000000000000301
 209. Norlund F, Wallin E, Gustaf Olsson EM, et al. Internet-based cognitive behavioral therapy for symptoms of depression and anxiety among patients with a recent myocardial infarction: The U-CARE heart randomized controlled trial. *J Med Internet Res.* 2018;20(3). <https://ezproxy.kpu.ca:2443/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psych&AN=2018-29258-001&login.asp&site=ehost-live&scope=site>.
 210. Reavell J, Hopkinson M, Clarkesmith D, Lane DA. Effectiveness of cognitive behavioral therapy for depression and anxiety in patients with cardiovascular disease: A systematic review and meta-analysis. *Psychosom Med.* 2018;80(8):742-753. doi:10.1097/PSY.0000000000000626
 211. Dickens C, Cherrington A, Adeyemi I, et al. Characteristics of psychological interventions that improve depression in people with coronary heart disease: a systematic review and meta-regression. *Psychosom Med.* 2013;75(2):211-221. doi:10.1097/PSY.0b013e31827ac009
 212. Gulliksson M, Burell G, Vessby B, Lundin L, Toss H, Svärdsudd K. Randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy vs standard treatment to prevent recurrent cardiovascular events in patients with coronary heart disease: Secondary Prevention in Uppsala Primary

- Health Care project (SUPRIM). *Arch Intern Med*. 2011;171(2):134-140. doi:10.1001/archinternmed.2010.510
213. Hill K, House A, Knapp P, Wardhaugh C, Bamford J, Vail A. Prevention of mood disorder after stroke: a randomised controlled trial of problem solving therapy versus volunteer support. *BMC Neurol*. 2019;19(1):128. doi:10.1186/s12883-019-1349-8
 214. Jiang X, He G. Effects of an uncertainty management intervention on uncertainty, anxiety, depression, and quality of life of chronic obstructive pulmonary disease outpatients. *Res Nurs Health*. 2012;35(4):409-418. doi:https://dx.doi.org/10.1002/nur.21483
 215. Brodrick JE, Mathys ML. Antidepressant exposure and risk of dementia in older adults with major depressive disorder. *J Am Geriatr Soc*. 2016;64(12):2517-2521. doi:10.1111/jgs.14378
 216. Davidson KW, Bigger JT, Burg MM, et al. Centralized, stepped, patient preference-based treatment for patients with post-acute coronary syndrome depression: CODIACS vanguard randomized controlled trial. *JAMA Intern Med*. 2013;173(11):997-1004. doi:10.1001/jamainternmed.2013.915
 217. Kalogirou F, Forsyth F, Kyriakou M, Mantle R, Deaton C. Heart failure disease management: a systematic review of effectiveness in heart failure with preserved ejection fraction. *ESC Hear Fail*. 2020;7(1):194-212. doi:10.1002/ehf2.12559
 218. Islam SMS, Chow CK, Redfern J, et al. Effect of text messaging on depression in patients with coronary heart disease: a substudy analysis from the TEXT ME randomised controlled trial. *BMJ Open*. 2019;9(2). doi:http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2018-022637
 219. McClure T, Haykowsky MJ, Schopflocher D, Hsu ZY, Clark AM. Home-based secondary prevention programs for patients with coronary artery disease: a meta-analysis of effects on anxiety. *J Cardiopulm Rehabil Prev*. 2013;33(2):59-67. doi:https://dx.doi.org/10.1097/HCR.0b013e3182828f71
 220. Linder SM, Rosenfeldt AB, Bay RC, Sahu K, Wolf SL, Alberts JL. Improving quality of life and depression after stroke through telerehabilitation. *Am J Occup Ther*. 2015;69(2):1-9. doi:10.5014/ajot.2015.014498
 221. Kokcu PhD OD, Kaya PhD H. The Effect of Web-Based Training on Anxiety and Depression Levels in Myocardial Infarction Patients. *Int J Caring Sci*. 2019;12(3):1372-1379. <https://ezproxy.kpu.ca:2443/login?url=https://search.proquest.com/docview/2363845106?accountid=35875>.
 222. Mead H, Andres E, Katch H, Siegel B, Regenstein M. Gender differences in psychosocial issues affecting low-income, underserved patients' ability to manage cardiovascular disease. *Women's Heal issues Off Publ Jacobs Inst Women's Heal*. 2010;20(5):308-315. doi:10.1016/j.whi.2010.05.006
 223. Gellis ZD, Kang-Yi C. Meta-analysis of the effect of cardiac rehabilitation interventions on depression outcomes in adults 64 years of age and older. *Am J Cardiol*. 2012;110(9):1219-1224. doi:https://dx.doi.org/10.1016/j.amjcard.2012.06.021
 224. Association A. What is dementia? <https://www.alz.org/alzheimers-dementia/what-is-dementia>.
 225. Kuring JK, Mathias JL, Ward L. Prevalence of Depression, Anxiety and PTSD in People with Dementia: a Systematic Review and Meta-Analysis. *Neuropsychol Rev*. 2018;28(4):393. doi:http://dx.doi.org/10.1007/s11065-018-9396-2
 226. Bulloch AGM, Fiest KM, Williams JVA, et al. Depression—A common disorder across a broad spectrum of neurological conditions: A cross-sectional nationally representative survey. *Gen Hosp Psychiatry*. 2015;37(6):507-512. doi:10.1016/j.genhosppsy.2015.06.007
 227. Giebel C, Sutcliffe C, Verbeek H, et al. Depressive symptomatology and associated factors in dementia in Europe: home care versus long-term care. *Int Psychogeriatrics*. 2016;28(4):621-630. doi:http://dx.doi.org/10.1017/S1041610215002100
 228. Diniz BS, Butters MA, Albert SM, Dew MA, Reynolds CF 3rd. Late-life depression and risk of vascular dementia and Alzheimer's disease: systematic review and meta-analysis of community-based cohort studies. *Br J Psychiatry*. 2013;202(5):329-335.

- doi:10.1192/bjp.bp.112.118307
229. Demichele-sweet MAA, Weamer EA, Klei L, et al. Genetic risk for schizophrenia and psychosis in Alzheimer disease. *Mol Psychiatry*. 2018;23(4):963-972. doi:http://dx.doi.org/10.1038/mp.2017.81
230. Kørner A, Lopez AG, Lauritzen L, Andersen PK, Kessing LV. Late and very-late first-contact schizophrenia and the risk of dementia--a nationwide register based study. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2009;24(1):61-67. doi:10.1002/gps.2075
231. Flatt JD, Gilsanz P, Quesenberry CPJ, Albers KB, Whitmer RA. Post-traumatic stress disorder and risk of dementia among members of a health care delivery system. *Alzheimer's Dement J Alzheimer's Assoc*. 2018;14(1):28-34. doi:10.1016/j.jalz.2017.04.014
232. Novais F, Starkstein S. Phenomenology of Depression in Alzheimer's Disease. *J Alzheimers Dis*. 2015;47(4):845-855. doi:10.3233/JAD-148004
233. Burke AD, Goldfarb D, Bollam P, Khokher S. Diagnosing and Treating Depression in Patients with Alzheimer's Disease. *Neurol Ther*. August 2019:1-26. doi:http://dx.doi.org/10.1007/s40120-019-00148-5
234. Ng A, Tam WW, Zhang MW, et al. IL-1 β , IL-6, TNF- α and CRP in Elderly Patients with Depression or Alzheimer's disease: Systematic Review and Meta-Analysis. *Sci Rep*. 2018;8(1). doi:10.1038/s41598-018-30487-6
235. Qiu WQ, Zhu H, Dean M, et al. Amyloid-associated depression and ApoE4 allele: Longitudinal follow-up for the development of Alzheimer's disease. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2016;31(3):316-322. doi:10.1002/gps.4339
236. Burke Danielle Goldfarb Padmaja Bollam Sehar Khokher AD, Burke AD, Bollam ÁP, Goldfarb D, Khokher Wellspan Philhaven S, Gretna M. Diagnosing and Treating Depression in Patients with Alzheimer's Disease. doi:10.6084/m9.figshare.8982449
237. DeMichele-Sweet MAA, Weamer EA, Klei L, et al. Genetic risk for schizophrenia and psychosis in Alzheimer disease. *Mol Psychiatry*. 2018;23(4):963-972. doi:10.1038/mp.2017.81
238. Rafferty LA, Cawkill PE, Stevelink SAM, Greenberg K, Greenberg N. Dementia, post-traumatic stress disorder and major depressive disorder: a review of the mental health risk factors for dementia in the military veteran population. *Psychol Med*. 2018;48(9):1400-1409. doi:http://dx.doi.org/10.1017/S0033291717001386
239. Qureshi SU, Kimbrell T, Pyne JM, et al. Greater prevalence and incidence of dementia in older veterans with posttraumatic stress disorder. *J Am Geriatr Soc*. 2010;58(9):1627-1633. doi:10.1111/j.1532-5415.2010.02977.x
240. Meziab O, Kirby KA, Williams B, Yaffe K, Byers AL, Barnes DE. Prisoner of war status, posttraumatic stress disorder, and dementia in older veterans. *Alzheimers Dement*. 2014;10(3 Suppl):S236-41. doi:10.1016/j.jalz.2014.04.004
241. Yaffe K, Hoang TD, Byers AL, Barnes DE, Friedl KE. Lifestyle and health-related risk factors and risk of cognitive aging among older veterans. *Alzheimers Dement*. 2014;10(3 Suppl):S111-21. doi:10.1016/j.jalz.2014.04.010
242. Byers AL, Yaffe K. Depression and dementias among military veterans. *Alzheimers Dement*. 2014;10(3 Suppl):S166-73. doi:10.1016/j.jalz.2014.04.007
243. Sibener L, Zaganjor I, Snyder HM, Bain LJ, Egge R, Carrillo MC. Alzheimer's Disease prevalence, costs, and prevention for military personnel and veterans. *Alzheimers Dement*. 2014;10(3 Suppl):S105-10. doi:10.1016/j.jalz.2014.04.011
244. Veitch DP, Friedl KE, Weiner MW. Military risk factors for cognitive decline, dementia and Alzheimer's disease. *Curr Alzheimer Res*. 2013;10(9):907-930. doi:10.2174/15672050113109990142
245. DENT OF, JORM AF, TENNANT C, et al. Association between depression and cognitive impairment in aged male war veterans. *Aging Ment Health*. 1998;2(4):306-312. doi:10.1080/13607869856551
246. Boorman E, Romano GF, Russell A MV and PC. Are Mood and Anxiety Disorders Inflammatory Diseases? *Psychiatr Ann*. 45:240-248.

247. Butters MA, Young JB, Lopez O, et al. Pathways linking late-life depression to persistent cognitive impairment and dementia. *Dialogues Clin Neurosci*. 2008;10(3):345-357. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18979948>.
248. Forbes D, Forbes SC, Blake CM, Thiessen EJ, Forbes S. Exercise programs for people with dementia. *Cochrane database Syst Rev*. 2015;(4):CD006489. doi:<https://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD006489.pub4>
249. Potter R, Ellard D, Rees K, Thorogood M. A systematic review of the effects of physical activity on physical functioning, quality of life and depression in older people with dementia. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2011;26(10):1000-1011. doi:<https://dx.doi.org/10.1002/gps.2641>
250. Chakkalackal, L., Kalathil J. *Evaluation Report: Peer Support Groups to Facilitate Self-Help Coping Strategies for People with Dementia in Extra Care Housing*. London,; 2014. www.jcpmh.info/wp-content/uploads/10keymsgs-olderpeople.pdf.
251. Orgeta V, Tabet N, Nilforooshan R, Howard R. Efficacy of Antidepressants for Depression in Alzheimer's Disease: Systematic Review and Meta-Analysis. *J Alzheimer's Dis*. 2017;58(3):725-733. doi:10.3233/JAD-161247
252. NICE. *Dementia: Assessment, Management and Support for People Living with Dementia and Their Carers NICE Guideline [NG97]*,; 2018. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng97/chapter/Recommendations>.
253. Orgeta V, Qazi A, Spector A, Orrell M. Psychological treatments for depression and anxiety in dementia and mild cognitive impairment: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2015;207(4):293-298. doi:10.1192/bjp.bp.114.148130
254. Gellis ZD, McClive-Reed KP, Brown E. Treatments for Depression in Older Persons with Dementia. *Ann long-term care Off J Am Med Dir Assoc*. 2009;17(2):29-36.
255. Kiosses DN, Leon AC, Areán PA. Psychosocial interventions for late-life major depression: evidence-based treatments, predictors of treatment outcomes, and moderators of treatment effects. *Psychiatr Clin North Am*. 2011;34(2):377-401, viii. doi:10.1016/j.psc.2011.03.001
256. Rodrigues J, Capuano AW, Barnes LL, Bennett DA, Shah RC. Effect of antidepressant medication use and social engagement on the level of depressive symptoms in community-dwelling, older African Americans and Whites with dementia. *J Aging Health*. 2019;31(7):1278-1296. doi:10.1177/0898264318772983
257. Onega LL, Pierce TW, Epperly L. Effect of bright light exposure on depression and agitation in older adults with dementia. *Issues Ment Health Nurs*. 2016;37(9):660-667. doi:10.1080/01612840.2016.1183736
258. Organization WH. Diabetes Fact Sheet. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>. Published 2020.
259. Khaledi M, Haghghatdoost F, Feizi A, Aminorroaya A. The prevalence of comorbid depression in patients with type 2 diabetes: an updated systematic review and meta-analysis on huge number of observational studies. *Acta Diabetol*. 2019;56(6):631-650. doi:10.1007/s00592-019-01295-9
260. Tong A, Wang X, Li F, Xu F, Li Q, Zhang F. Risk of depressive symptoms associated with impaired glucose metabolism, newly diagnosed diabetes, and previously diagnosed diabetes: a meta-analysis of prospective cohort studies. *Acta Diabetol*. 2016;53(4):589-598. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s00592-016-0845-1>
261. Deschênes SS, Burns RJ, Schmitz N. Comorbid depressive and anxiety symptoms and the risk of type 2 diabetes: Findings from the Lifelines Cohort Study. *J Affect Disord*. 2018;238:24-31. doi:10.1016/j.jad.2018.05.029
262. Nieto-Martínez R, González-Rivas JP, Medina-Inojosa JR, Florez H. Are Eating Disorders Risk Factors for Type 2 Diabetes? A Systematic Review and Meta-analysis. *Curr Diab Rep*. 2017;17(12):138. doi:10.1007/s11892-017-0949-1
263. de Jonge P, Alonso J, Stein DJ, et al. Associations between DSM-IV mental disorders and diabetes mellitus: a role for impulse control disorders and depression. *Diabetologia*. 2014;57(4):699-709. doi:10.1007/s00125-013-3157-9

264. Aronson BD, Palombi LC, Walls ML. Rates and consequences of posttraumatic distress among American Indian adults with type 2 diabetes. *J Behav Med.* 2016;39(4):694-703. doi:10.1007/s10865-016-9733-y
265. Lee C-M, Chang C-F, Pan M-Y, Hsu T-H, Chen M-Y. Depression and Its Associated Factors Among Rural Diabetic Residents. *J Nurs Res.* 2017;25(1):31-40. doi:https://dx.doi.org/10.1097/jnr.0000000000000143
266. Agyemang C, Goosen S, ... KA-TEJ, 2012 undefined. Relationship between post-traumatic stress disorder and diabetes among 105 180 asylum seekers in the Netherlands. *academic.oup.com.* https://academic.oup.com/eurpub/article-abstract/22/5/658/498282. Accessed May 5, 2020.
267. Lunghi C, Moisan J, Gregoire J-P, Guenette L. Incidence of Depression and Associated Factors in Patients With Type 2 Diabetes in Quebec, Canada: A Population-Based Cohort Study. *Medicine (Baltimore).* 2016;95(21):e3514. doi:https://dx.doi.org/10.1097/MD.00000000000003514
268. van Dooren FEP, Nefs G, Schram MT, Verhey FRJ, Denollet J, Pouwer F. Depression and risk of mortality in people with diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One.* 2013;8(3):e57058. doi:10.1371/journal.pone.0057058
269. Acee AM. Diabetes, depression, and OASIS-C: a guide for home healthcare clinicians. *Home Healthc Nurse.* 2014;32(6):362-371. doi:https://dx.doi.org/10.1097/NHH.0000000000000091
270. McEniry M. Early-life conditions and older adult health in low- and middle-income countries: a review. *J Dev Orig Health Dis.* 2013;4(1):10-29. doi:10.1017/S2040174412000499
271. Bădescu S V, Tătaru C, Kobylinska L, et al. The association between Diabetes mellitus and Depression. *J Med Life.* 2016;9(2):120-125. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27453739.
272. Chen G, Xu R, Wang Y, et al. Genetic disruption of soluble epoxide hydrolase is protective against streptozotocin-induced diabetic nephropathy. *Am J Physiol Endocrinol Metab.* 2012;303(5):E563-75. doi:10.1152/ajpendo.00591.2011
273. van Dooren FEP, Pouwer F, Schalkwijk CG, et al. Advanced Glycation End Product (AGE) Accumulation in the Skin is Associated with Depression: The Maastricht Study. *Depress Anxiety.* 2017;34(1):59-67. doi:10.1002/da.22527
274. Moulton CD, Pickup JC, Ismail K. The link between depression and diabetes: the search for shared mechanisms. *lancet Diabetes Endocrinol.* 2015;3(6):461-471. doi:10.1016/S2213-8587(15)00134-5
275. Taylor WD, Aizenstein HJ, Alexopoulos GS. The vascular depression hypothesis: mechanisms linking vascular disease with depression. *Mol Psychiatry.* 2013;18(9):963-974. doi:10.1038/mp.2013.20
276. van Agtmaal MJM, Houben AJHM, Pouwer F, Stehouwer CDA, Schram MT. Association of Microvascular Dysfunction With Late-Life Depression: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA psychiatry.* 2017;74(7):729-739. doi:10.1001/jamapsychiatry.2017.0984
277. Rensma SP, van Sloten TT, Launer LJ, Stehouwer CDA. Cerebral small vessel disease and risk of incident stroke, dementia and depression, and all-cause mortality: A systematic review and meta-analysis. *Neurosci Biobehav Rev.* 2018;90:164-173. doi:10.1016/j.neubiorev.2018.04.003
278. Wardlaw JM, Smith EE, Biessels GJ, et al. Neuroimaging standards for research into small vessel disease and its contribution to ageing and neurodegeneration. *Lancet Neurol.* 2013;12(8):822-838. doi:10.1016/S1474-4422(13)70124-8
279. Mitchell GF, van Buchem MA, Sigurdsson S, et al. Arterial stiffness, pressure and flow pulsatility and brain structure and function: the Age, Gene/Environment Susceptibility--Reykjavik study. *Brain.* 2011;134(Pt 11):3398-3407. doi:10.1093/brain/awr253
280. Muris DMJ, Houben AJHM, Schram MT, Stehouwer CDA. Microvascular dysfunction is associated with a higher incidence of type 2 diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis. *Arterioscler Thromb Vasc Biol.* 2012;32(12):3082-3094. doi:10.1161/ATVBAHA.112.300291
281. Wang X, Bao W, Liu J, et al. Inflammatory markers and risk of type 2 diabetes: a systematic

- review and meta-analysis. *Diabetes Care*. 2013;36(1):166-175. doi:10.2337/dc12-0702
282. Howren MB, Lamkin DM, Suls J. Associations of depression with C-reactive protein, IL-1, and IL-6: a meta-analysis. *Psychosom Med*. 2009;71(2):171-186. doi:10.1097/PSY.0b013e3181907c1b
283. Pasco JA, Nicholson GC, Williams LJ, et al. Association of high-sensitivity C-reactive protein with de novo major depression. *Br J Psychiatry*. 2010;197(5):372-377. doi:10.1192/bjp.bp.109.076430
284. Strawbridge R, Arnone D, Danese A, Papadopoulos A, Herane Vives A, Cleare AJ. Inflammation and clinical response to treatment in depression: A meta-analysis. *Eur Neuropsychopharmacol J Eur Coll Neuropsychopharmacol*. 2015;25(10):1532-1543. doi:10.1016/j.euroneuro.2015.06.007
285. Chireh B, Li M, D'Arcy C. Diabetes increases the risk of depression: A systematic review, meta-analysis and estimates of population attributable fractions based on prospective studies. *Prev Med reports*. 2019;14:100822. doi:10.1016/j.pmedr.2019.100822
286. Hansen T, Ingason A, Djurovic S, et al. At-risk variant in TCF7L2 for type II diabetes increases risk of schizophrenia. *Biol Psychiatry*. 2011;70(1):59-63. doi:10.1016/j.biopsych.2011.01.031
287. Piette JD, Richardson C, Himle J, et al. A randomized trial of telephonic counseling plus walking for depressed diabetes patients. *Med Care*. 2011;49(7):641-648. doi:https://dx.doi.org/10.1097/MLR.0b013e318215d0c9
288. Baumeister H, Hutter N, Bengel J. Psychological and pharmacological interventions for depression in patients with diabetes mellitus and depression. *Cochrane database Syst Rev*. 2012;12:CD008381. doi:https://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD008381.pub2
289. Egede LE, Walker RJ, Payne EH, Knapp RG, Acierno R, Frueh BC. Effect of psychotherapy for depression via home telehealth on glycemic control in adults with type 2 diabetes: Subgroup analysis of a randomized clinical trial. *J Telemed Telecare*. 2018;24(9):596-602. doi:10.1177/1357633X17730419
290. McBain H, Mulligan K, Haddad M, Flood C, Jones J, Simpson A. Self management interventions for type 2 diabetes in adult people with severe mental illness. *Cochrane database Syst Rev*. 2016;4:CD011361. doi:https://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD011361.pub2
291. Hermanns N, Caputo S, Dzida G, Khunti K, Meneghini LF, Snoek F. Screening, evaluation and management of depression in people with diabetes in primary care. *Prim Care Diabetes*. 2013;7(1):1-10. doi:10.1016/j.pcd.2012.11.002
292. LeBron AMW, Valerio MA, Kieffer E, et al. Everyday Discrimination, Diabetes-Related Distress, and Depressive Symptoms Among African Americans and Latinos with Diabetes. *J Immigr Minor Heal*. 2014;16(6):1208-1216. doi:10.1007/s10903-013-9843-3
293. Taveira TH, Dooley AG, Cohen LB, Khatana SAM, Wu W-C. Pharmacist-led group medical appointments for the management of type 2 diabetes with comorbid depression in older adults. *Ann Pharmacother*. 2011;45(11):1346-1355. doi:https://dx.doi.org/10.1345/aph.1Q212
294. Kaltman S, Serrano A, Talisman N, et al. Type 2 diabetes and depression: A pilot trial of an integrated self-management intervention for latino immigrants. *Diabetes Educ*. 2016;42(1):87-95. doi:10.1177/0145721715617536
295. de Vries McClintock HF, Boyle KB, Rooney K, Bogner HR. Diabetes and depression care: A randomized controlled pilot trial. *Am J Health Behav*. 2016;40(4):503-513. doi:10.5993/AJHB.40.4.12
296. Huang Y, Wei X, Wu T, Chen R, Guo A. Collaborative care for patients with depression and diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*. 2013;13:260. doi:https://dx.doi.org/10.1186/1471-244X-13-260
297. Organization WH. *Epilepsy: A Public Health Imperative.*; 2019. https://www.who.int/mental_health/neurology/epilepsy/report_2019/en/.
298. Wiglusz MS, Landowski J, Cubala WJ. Prevalence of anxiety disorders in epilepsy. *Epilepsy Behav*. 2018;79:1-3. doi:10.1016/j.yebeh.2017.11.025
299. Munger Clary HM, Snively BM, Hamberger MJ. Anxiety is common and independently associated with clinical features of epilepsy. *Epilepsy Behav*. 2018;85:64-71. doi:10.1016/j.yebeh.2018.05.024

300. Lacey CJ, Salzberg MR, D'Souza WJ. Risk factors for depression in community-treated epilepsy: systematic review. *Epilepsy Behav.* 2015;43:1-7. doi:10.1016/j.yebeh.2014.11.023
301. Chen Y-H, Wei H-T, Bai Y-M, et al. Risk of Epilepsy in Individuals With Posttraumatic Stress Disorder: A Nationwide Longitudinal Study. *Psychosom Med.* 2017;79(6):664-669. doi:https://dx.doi.org/10.1097/PSY.0000000000000463
302. Labudda K, Illies D, Bien CG, Neuner F. Postepileptic seizure PTSD: A very rare psychiatric condition in patients with epilepsy. *Epilepsy Behav.* 2018;78:219-225. doi:10.1016/j.yebeh.2017.08.043
303. Abraham N, Buvanawari P, Rathakrishnan R, et al. A Meta-Analysis of the Rates of Suicide Ideation, Attempts and Deaths in People with Epilepsy. *Int J Environ Res Public Health.* 2019;16(8). doi:10.3390/ijerph16081451
304. Myers L, Lancman M, Vazquez-Casals G, Bonafina M, Perrine K, Sabri J. Depression and quality of life in Spanish-speaking immigrant persons with epilepsy compared with those in English-speaking US-born persons with epilepsy. *Epilepsy Behav.* 2015;51:146-151. doi:10.1016/j.yebeh.2015.07.024
305. de Oliveira GN, Lessa JMK, Gonçalves AP, Portela EJ, Sander JW, Teixeira AL. Screening for depression in people with epilepsy: comparative study among neurological disorders depression inventory for epilepsy (NDDI-E), hospital anxiety and depression scale depression subscale (HADS-D), and Beck depression inventory (BDI). *Epilepsy Behav.* 2014;34:50-54. doi:10.1016/j.yebeh.2014.03.003
306. Mehndiratta P, Sajatovic M. Treatments for patients with comorbid epilepsy and depression: a systematic literature review. *Epilepsy Behav.* 2013;28(1):36-40. doi:10.1016/j.yebeh.2013.03.029
307. Kanner AM. Depression and epilepsy: A bidirectional relation? *Epilepsia.* 2011;52 Suppl 1:21-27. doi:10.1111/j.1528-1167.2010.02907.x
308. Hoppe C, Elger CE. Depression in epilepsy: a critical review from a clinical perspective. *Nat Rev Neurol.* 2011;7(8):462-472. doi:10.1038/nrneurol.2011.104
309. McLaughlin DP, Pachana NA, McFarland K. The impact of depression, seizure variables and locus of control on health related quality of life in a community dwelling sample of older adults. *Seizure.* 2010;19(4):232-236. doi:10.1016/j.seizure.2010.02.008
310. Sankar R MA. Neurobiology of Depression as a Comorbidity of Epilepsy, 4th Edition. In: Bethesda, (MD: National Center for Biotechnology Information (US); 2012.
311. Mazarati AM, Shin D, Kwon YS, et al. Elevated plasma corticosterone level and depressive behavior in experimental temporal lobe epilepsy. *Neurobiol Dis.* 2009;34(3):457-461. doi:10.1016/j.nbd.2009.02.018
312. Mazarati AM, Pineda E, Shin D, Tio D, Taylor AN, Sankar R. Comorbidity between epilepsy and depression: role of hippocampal interleukin-1beta. *Neurobiol Dis.* 2010;37(2):461-467. doi:10.1016/j.nbd.2009.11.001
313. Maguire MJ, Weston J, Singh J, Marson AG. Antidepressants for people with epilepsy and depression. *Cochrane database Syst Rev.* 2014;(12):CD010682. doi:https://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD010682.pub2
314. Bradley PM, Lindsay B, Fleeman N. Care delivery and self management strategies for adults with epilepsy. *Cochrane database Syst Rev.* 2016;2:CD006244. doi:10.1002/14651858.CD006244.pub3
315. Canadian Frailty Network. What is frailty? <https://www.cfn-nce.ca/frailty-matters/what-is-frailty/>.
316. Vaughan L, Corbin AL, Goveas JS. Depression and frailty in later life: a systematic review. *Clin Interv Aging.* 2015;10:1947-1958. doi:10.2147/CIA.S69632
317. Rodríguez-Mañas L, Féart C, Mann G, et al. Searching for an operational definition of frailty: a Delphi method based consensus statement: the frailty operative definition-consensus conference project. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2013;68(1):62-67. doi:10.1093/gerona/gls119
318. Fried LP, Tangen CM, Walston J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2001;56(3):M146-56. doi:10.1093/gerona/56.3.m146

319. Paulson D, Lichtenberg PA. Vascular depression: An early warning sign of frailty. *Aging Ment Heal.* 2013;17(1):85-93. doi:10.1080/13607863.2012.692767
320. Arts MHL, Collard RM, Comijs HC, et al. Relationship between physical frailty and low-grade inflammation in late-life depression. *J Am Geriatr Soc.* 2015;63(8):1652-1657. doi:10.1111/jgs.13528
321. Pollok J, van Agteren JE, Carson-Chahhoud K V. Depression and frailty in old age: a narrative review of the literature published between 2008 and 2018. *Cochrane database Syst Rev.* 2018;12(12):CD012346-CD012346. doi:10.1002/14651858.CD012346.pub2
322. Berthold-Losleben M, Himmerich H. The TNF-alpha system: functional aspects in depression, narcolepsy and psychopharmacology. *Curr Neuropharmacol.* 2008;6(3):193-202. doi:10.2174/157015908785777238
323. Ting EY-C, Yang AC, Tsai S-J. Role of Interleukin-6 in Depressive Disorder. *Int J Mol Sci.* 2020;21(6):2194. doi:http://dx.doi.org/10.3390/ijms21062194
324. Farooq RK, Asghar K, Kanwal S, Zulqernain A. Role of inflammatory cytokines in depression: Focus on interleukin-1 β . *Biomed Reports.* 2017;6(1):15. doi:http://dx.doi.org/10.3892/br.2016.807
325. Monteserin R, Brotons C, Moral I, et al. Effectiveness of a geriatric intervention in primary care: a randomized clinical trial. *Fam Pract.* 2010;27(3):239-245. doi:10.1093/fampra/cmp101
326. Apóstolo J, Cooke R, Bobrowicz-Campos E, et al. Effectiveness of interventions to prevent pre-frailty and frailty progression in older adults: a systematic review. *JBI database Syst Rev Implement reports.* 2018;16(1):140-232. doi:10.11124/JBISRIR-2017-003382
327. Dent E, Morley JE, Cruz-Jentoft AJ, et al. Physical Frailty: ICFSR International Clinical Practice Guidelines for Identification and Management. *J Nutr Health Aging.* 2019;23(9):771-787. doi:10.1007/s12603-019-1273-z
328. Medicine UNL of. Huntington disease. <https://ghr.nlm.nih.gov/condition/huntington-disease>. Published 2020.
329. Dale M, Maltby J, Shimozaki S, Cramp R, Rickards H. Disease stage, but not sex, predicts depression and psychological distress in Huntington's disease: A European population study. *J Psychosom Res.* 2016;80:17-22. doi:10.1016/j.jpsychores.2015.11.003
330. Martinez-Horta S, Perez-Perez J, van Duijn E, et al. Neuropsychiatric symptoms are very common in premanifest and early stage Huntington's Disease. *Parkinsonism Relat Disord.* 2016;25:58-64. doi:10.1016/j.parkreldis.2016.02.008
331. van Duijn E, Craufurd D, Hubers AAM, et al. Neuropsychiatric symptoms in a European Huntington's disease cohort (REGISTRY). *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2014;85(12):1411-1418. doi:10.1136/jnnp-2013-307343
332. Wesson M, Boileau NR, Perlmutter JS, et al. Suicidal Ideation Assessment in Individuals with Premanifest and Manifest Huntington Disease. *J Huntingtons Dis.* 2018;7(3):239-249. doi:10.3233/JHD-180299
333. Epping EA, Mills JA, Beglinger LJ, et al. Characterization of depression in prodromal Huntington disease in the neurobiological predictors of HD (PREDICT-HD) study. *J Psychiatr Res.* 2013;47(10):1423-1431. doi:10.1016/j.jpsychires.2013.05.026
334. Bachoud-Lévi A-C, Ferreira J, Massart R, et al. International Guidelines for the Treatment of Huntington's Disease. *Front Neurol.* 2019;10:710. doi:10.3389/fneur.2019.00710
335. Read J, Jones R, Owen G, et al. Quality of life in Huntington's disease: a comparative study investigating the impact for those with pre-manifest and early manifest disease, and their partners. *J Huntingtons Dis.* 2013;2(2):159-175. doi:10.3233/JHD-130051
336. Mestre TA, van Duijn E, Davis AM, et al. Rating scales for behavioral symptoms in Huntington's disease: Critique and recommendations. *Mov Disord.* 2016;31(10):1466-1478. doi:10.1002/mds.26675
337. Epping EA, Paulsen JS. Depression in the early stages of Huntington disease. *Neurodegener Dis Manag.* 2011;1(5):407-414. doi:10.2217/nmt.11.45
338. 2 C and CF of A. The Facts About Inflammatory Bowel Diseases.

- [https://www.crohnscolitisfoundation.org/sites/default/files/2019-02/Updated IBD Factbook.pdf](https://www.crohnscolitisfoundation.org/sites/default/files/2019-02/Updated%20IBD%20Factbook.pdf). Published 2014.
339. Bennebroek Evertsz' F, Thijssens NAM, Stokkers PCF, et al. Do Inflammatory Bowel Disease patients with anxiety and depressive symptoms receive the care they need? *J Crohns Colitis*. 2012;6(1):68-76. doi:10.1016/j.crohns.2011.07.006
 340. Tribbick D, Salzberg M, Ftanou M, et al. Prevalence of mental health disorders in inflammatory bowel disease: an Australian outpatient cohort. *Clin Exp Gastroenterol*. 2015;8:197-204. doi:10.2147/CEG.S77567
 341. Lima FDV de, Ribeiro TC da R, Chebli LA, et al. Mood swings in patients with Crohn's disease: incidence and associated factors. *Rev Assoc Med Bras*. 2012;58(4):481-488.
 342. Byrne G, Rosenfeld G, Leung Y, et al. Prevalence of Anxiety and Depression in Patients with Inflammatory Bowel Disease. *Can J Gastroenterol Hepatol*. 2017;2017:6. doi:http://dx.doi.org/10.1155/2017/6496727
 343. Fuller-Thomson E, Lateef R, Sulman J. Robust Association Between Inflammatory Bowel Disease and Generalized Anxiety Disorder: Findings from a Nationally Representative Canadian Study. *Inflamm Bowel Dis*. 2015;21(10):2341-2348. doi:https://dx.doi.org/10.1097/MIB.0000000000000518
 344. Choi K, Chun J, Han K, et al. Risk of Anxiety and Depression in Patients with Inflammatory Bowel Disease: A Nationwide, Population-Based Study. *J Clin Med*. 2019;8(5):654. doi:10.3390/jcm8050654
 345. Kao L-T, Lin H-C, Lee H-C. Inflammatory bowel disease and bipolar disorder: A population-based cross-sectional study. *J Affect Disord*. 2019;247:120-124. doi:10.1016/j.jad.2019.01.014
 346. Graff LA, Walker JR, Bernstein CN. Depression and anxiety in inflammatory bowel disease: a review of comorbidity and management. *Inflamm Bowel Dis*. 2009;15(7):1105-1118. doi:10.1002/ibd.20873
 347. Faust AH, Halpern LF, Danoff-Burg S, Cross RK. Psychosocial factors contributing to inflammatory bowel disease activity and health-related quality of life. *Gastroenterol Hepatol (N Y)*. 2012;8(3):173-181.
 348. Carabotti M, Scirocco A, Maselli MA, Severi C. The gut-brain axis: interactions between enteric microbiota, central and enteric nervous systems. *Ann Gastroenterol*. 2015;28(2):203-209. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25830558>.
 349. Powell N, Walker MM, Talley NJ. The mucosal immune system: master regulator of bidirectional gut-brain communications. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*. 2017;14(3):143-159. doi:10.1038/nrgastro.2016.191
 350. Dinan TG, Cryan JF. The Microbiome-Gut-Brain Axis in Health and Disease. *Gastroenterol Clin North Am*. 2017;46(1):77-89. doi:10.1016/j.gtc.2016.09.007
 351. Mu C, Yang Y, Zhu W. Gut Microbiota: The Brain Peacekeeper. *Front Microbiol*. 2016;7:345. doi:10.3389/fmicb.2016.00345
 352. Mikocka-Walus A, Ford AC, Drossman DA. Antidepressants in inflammatory bowel disease. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*. 2020;17(3):184-192. doi:10.1038/s41575-019-0259-y
 353. Tabibian A, Tabibian JH, Beckman LJ, Raffals LL, Papadakis KA, Kane S V. Predictors of Health-Related Quality of Life and Adherence in Crohn's Disease and Ulcerative Colitis: Implications for Clinical Management. *Dig Dis Sci*. 2015;60(5):1366-1374. doi:10.1007/s10620-014-3471-1
 354. Mikocka-Walus AA, Gordon AL, Stewart BJ, Andrews JM. 'Just to get it off my chest': Patients' views on psychotherapy in inflammatory bowel disease. *Couns Psychother Res*. 2013;13(3):227-234. doi:10.1080/14733145.2012.730540
 355. Hanlon I, Hewitt C, Bell K, Phillips A, Mikocka-Walus A. Systematic review with meta-analysis: online psychological interventions for mental and physical health outcomes in gastrointestinal disorders including irritable bowel syndrome and inflammatory bowel disease. *Aliment Pharmacol Ther*. 2018;48(3):244-259. doi:10.1111/apt.14840
 356. Stapersma L, van den Brink G, van der Ende J, et al. Illness Perceptions and Depression Are Associated with Health-Related Quality of Life in Youth with Inflammatory Bowel Disease. *Int*

- J Behav Med. 2019;26(4):415-426. doi:http://dx.doi.org/10.1007/s12529-019-09791-6
357. Thompson RD, Craig A, Crawford EA, et al. Longitudinal results of cognitive behavioral treatment for youths with inflammatory bowel disease and depressive symptoms. *J Clin Psychol Med Settings*. 2012;19(3):329-337. doi:10.1007/s10880-012-9301-8
 358. Mussell M, Böcker U, Nagel N, Olbrich R, Singer M V. Reducing psychological distress in patients with inflammatory bowel disease by cognitive-behavioural treatment: exploratory study of effectiveness. *Scand J Gastroenterol*. 2003;38(7):755-762. doi:10.1080/00365520310003110
 359. Mikocka-Walus A, Bampton P, Hetzel D, Hughes P, Esterman A, Andrews JM. Cognitive-Behavioural Therapy for Inflammatory Bowel Disease: 24-Month Data from a Randomised Controlled Trial. *Int J Behav Med*. 2017;24(1):127-135. doi:10.1007/s12529-016-9580-9
 360. Neilson K, Ftanou M, Monshat K, et al. A Controlled Study of a Group Mindfulness Intervention for Individuals Living With Inflammatory Bowel Disease. *Inflamm Bowel Dis*. 2016;22(3):694-701. doi:https://dx.doi.org/10.1097/MIB.0000000000000629
 361. Berrill JW, Sadlier M, Hood K, Green JT. Mindfulness-based therapy for inflammatory bowel disease patients with functional abdominal symptoms or high perceived stress levels. *J Crohns Colitis*. 2014;8(9):945-955. doi:10.1016/j.crohns.2014.01.018
 362. Jedel S, Hoffman A, Merriman P, et al. A randomized controlled trial of mindfulness-based stress reduction to prevent flare-up in patients with inactive ulcerative colitis. *Digestion*. 2014;89(2):142-155. doi:10.1159/000356316
 363. Peters SL, Muir JG, Gibson PR. Review article: gut-directed hypnotherapy in the management of irritable bowel syndrome and inflammatory bowel disease. *Aliment Pharmacol Ther*. 2015;41(11):1104-1115. doi:10.1111/apt.13202
 364. Keefer L, Taft TH, Kiebles JL, Martinovich Z, Barrett TA, Palsson OS. Gut-directed hypnotherapy significantly augments clinical remission in quiescent ulcerative colitis. *Aliment Pharmacol Ther*. 2013;38(7):761-771. doi:10.1111/apt.12449
 365. Muscat P, Chilcot J, Weinman J, Hudson J. Exploring the relationship between illness perceptions and depression in patients with chronic kidney disease: A systematic literature review. *J Ren Care*. 2018;44(3):174-185. doi:10.1111/jorc.12243
 366. Nagler E V., Webster AC, Vanholder R, Zoccali C. Antidepressants for depression in stage 3-5 chronic kidney disease: A systematic review of pharmacokinetics, efficacy and safety with recommendations by European Renal Best Practice (ERBP). *Nephrol Dial Transplant*. 2012;27(10):3736-3745. doi:10.1093/ndt/gfs295
 367. Nagler E V, Webster AC, Vanholder R, Zoccali C. Antidepressants for depression in stage 3-5 chronic kidney disease: a systematic review of pharmacokinetics, efficacy and safety with recommendations by European Renal Best Practice (ERBP)*. *Nephrol Dial Transplant*. 2012;27(10):3736-3745. doi:10.1093/ndt/gfs295
 368. Palmer S, Vecchio M, Craig JC, et al. Prevalence of depression in chronic kidney disease: Systematic review and meta-analysis of observational studies. *Kidney Int*. 2013;84(1):179-191. doi:10.1038/ki.2013.77
 369. Tzur Bitan D, Krieger I, Berkovitch A, Comaneshter D, Cohen A. Chronic kidney disease in adults with schizophrenia: A nationwide population-based study. *Gen Hosp Psychiatry*. 2019;58:1-6. doi:10.1016/j.genhosppsy.2019.01.007
 370. Griva K, Lam KFY, Nandakumar M, Ng J-AH, McBain H, Newman SP. The effect of brief self-management intervention for hemodialysis patients (HED-SMART) on trajectories of depressive and anxious symptoms. *J Psychosom Res*. 2018;113:37-44. doi:https://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2018.07.012
 371. Zalai D, Szeifert L, Novak M. Psychological distress and depression in patients with chronic kidney disease. *Semin Dial*. 2012;25(4):428-438. doi:10.1111/j.1525-139X.2012.01100.x
 372. Tsai S-H, Wang M-Y, Miao N-F, Chian P-C, Chen T-H, Tsai P-S. CE: original research: The efficacy of a nurse-led breathing training program in reducing depressive symptoms in patients on hemodialysis: a randomized controlled trial. *Am J Nurs*. 2015;115(4):24-42.

- doi:<https://dx.doi.org/10.1097/01.NAJ.0000463023.48226.16>
373. McIntyre RS, Danilewitz M, Liauw SS, et al. Bipolar disorder and metabolic syndrome: an international perspective. *J Affect Disord.* 2010;126(3):366-387. doi:10.1016/j.jad.2010.04.012
 374. Ellingrod VL, Taylor SF, Dalack G, et al. Risk factors associated with metabolic syndrome in bipolar and schizophrenia subjects treated with antipsychotics: the role of folate pharmacogenetics. *J Clin Psychopharmacol.* 2012;32(2):261-265. doi:<https://dx.doi.org/10.1097/JCP.0b013e3182485888>
 375. Vancampfort D, Stubbs B, Mitchell AJ, et al. Risk of metabolic syndrome and its components in people with schizophrenia and related psychotic disorders, bipolar disorder and major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. *World Psychiatry.* 2015;14(3):339-347. doi:10.1002/wps.20252
 376. Vancampfort D, Vansteelandt K, Correll CU, et al. Metabolic syndrome and metabolic abnormalities in bipolar disorder: a meta-analysis of prevalence rates and moderators. *Am J Psychiatry.* 2013;170(3):265-274. doi:10.1176/appi.ajp.2012.12050620
 377. Vancampfort D, Wampers M, Mitchell AJ, et al. A meta-analysis of cardio-metabolic abnormalities in drug naïve, first-episode and multi-episode patients with schizophrenia versus general population controls. *World Psychiatry.* 2013;12(3):240-250. doi:10.1002/wps.20069
 378. Carney R, Cotter J, Bradshaw T, Firth J, Yung AR. Cardiometabolic risk factors in young people at ultra-high risk for psychosis: A systematic review and meta-analysis. *Schizophr Res.* 2016;170(2-3):290-300. doi:10.1016/j.schres.2016.01.010
 379. Emul M, Kalelioglu T. Etiology of cardiovascular disease in patients with schizophrenia: current perspectives. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2015;11:2493-2503. doi:10.2147/NDT.S50006
 380. Bartoli F, Crocamo C, Caslini M, Clerici M, Carrà G. Schizoaffective disorder and metabolic syndrome: A meta-analytic comparison with schizophrenia and other non-affective psychoses. *J Psychiatr Res.* 2015;66-67:127-134. doi:10.1016/j.jpsychires.2015.04.028
 381. Block A, Schipf S, Van der Auwera S, et al. Sex- and age-specific associations between major depressive disorder and metabolic syndrome in two general population samples in Germany. *Nord J Psychiatry.* 2016;70(8):611-620. doi:10.1080/08039488.2016.1191535
 382. Singh Balhara YP, Jain R, Kuppili PP, Shukla A, Chawla N, Gupta R. Which Criteria to Use to Identify Metabolic Syndrome among Patients with Addictive Disorders?: Observations among Patients with Alcohol and Opioid Dependence Syndrome. *Indian J Endocrinol Metab.* 2018;22(4):565-568. doi:10.4103/ijem.IJEM_617_17
 383. Butnorienė J, Steiblienė V, Saudargienė A, Bunevicius A. Does presence of metabolic syndrome impact anxiety and depressive disorder screening results in middle aged and elderly individuals? A population based study. *BMC Psychiatry.* 2018;18. doi:10.1186/s12888-017-1576-8
 384. Penninx BWJH. Depression and cardiovascular disease: Epidemiological evidence on their linking mechanisms. *Neurosci Biobehav Rev.* 2017;74(Pt B):277-286. doi:10.1016/j.neubiorev.2016.07.003
 385. Licht CMM, de Geus EJC, van Dyck R, Penninx BWJH. Longitudinal evidence for unfavorable effects of antidepressants on heart rate variability. *Biol Psychiatry.* 2010;68(9):861-868. doi:10.1016/j.biopsycho.2010.06.032
 386. Licht CMM, de Geus EJC, Seldenrijk A, et al. Depression is associated with decreased blood pressure, but antidepressant use increases the risk for hypertension. *Hypertens (Dallas, Tex 1979).* 2009;53(4):631-638. doi:10.1161/HYPERTENSIONAHA.108.126698
 387. Serretti A, Mandelli L. Antidepressants and body weight: a comprehensive review and meta-analysis. *J Clin Psychiatry.* 2010;71(10):1259-1272. doi:10.4088/JCP.09r05346blu
 388. Lamers F, Burstein M, He J, Avenevoli S, Angst J, Merikangas KR. Structure of major depressive disorder in adolescents and adults in the US general population. *Br J Psychiatry.* 2012;201(2):143-150. doi:10.1192/bjp.bp.111.098079
 389. Lasserre AM, Glaus J, Vandeleur CL, et al. Depression with atypical features and increase in

- obesity, body mass index, waist circumference, and fat mass: a prospective, population-based study. *JAMA psychiatry*. 2014;71(8):880-888. doi:10.1001/jamapsychiatry.2014.411
390. Belin RJ, Greenland P, Allison M, et al. Diet quality and the risk of cardiovascular disease: the Women's Health Initiative (WHI). *Am J Clin Nutr*. 2011;94(1):49-57. doi:10.3945/ajcn.110.011221
391. Gade W, Schmit J, Collins M, Gade J. Beyond obesity: the diagnosis and pathophysiology of metabolic syndrome. *Clin Lab Sci*. 2010;23(1):51-55.
392. Rojo LE, Gaspar PA, Silva H, et al. Metabolic syndrome and obesity among users of second generation antipsychotics: A global challenge for modern psychopharmacology. *Pharmacol Res*. 2015;101:74-85. doi:10.1016/j.phrs.2015.07.022
393. 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):435-443. doi:10.1192/bjp.bp.111.094532
394. Sundbøll J, Schmidt M, Adelborg K, et al. Impact of pre-admission depression on mortality following myocardial infarction. *Br J Psychiatry*. 2017;210(5):356-361. doi:10.1192/bjp.bp.116.194605
395. Penninx BWJH, Lange SMM. Metabolic syndrome in psychiatric patients: overview, mechanisms, and implications. *Dialogues Clin Neurosci*. 2018;20(1):63-73. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29946213>.
396. Shelton RC, Miller AH. Eating ourselves to death (and despair): the contribution of adiposity and inflammation to depression. *Prog Neurobiol*. 2010;91(4):275-299. doi:10.1016/j.pneurobio.2010.04.004
397. Sublette ME, Postolache TT. Neuroinflammation and depression: the role of indoleamine 2,3-dioxygenase (IDO) as a molecular pathway. *Psychosom Med*. 2012;74(7):668-672. doi:10.1097/PSY.0b013e318268de9f
398. Lopresti AL, Drummond PD. Obesity and psychiatric disorders: commonalities in dysregulated biological pathways and their implications for treatment. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2013;45:92-99. doi:10.1016/j.pnpbp.2013.05.005
399. van Winkel R, Rutten BP, Peerbooms O, Peuskens J, van Os J, De Hert M. MTHFR and risk of metabolic syndrome in patients with schizophrenia. *Schizophr Res*. 2010;121(1-3):193-198. doi:10.1016/j.schres.2010.05.030
400. Amare AT, Schubert KO, Klingler-Hoffmann M, Cohen-Woods S, Baune BT. The genetic overlap between mood disorders and cardiometabolic diseases: a systematic review of genome wide and candidate gene studies. *Transl Psychiatry*. 2017;7(1):e1007. doi:10.1038/tp.2016.261
401. Malan-Müller S, Kilian S, van den Heuvel LL, et al. A systematic review of genetic variants associated with metabolic syndrome in patients with schizophrenia. *Schizophr Res*. 2016;170(1):1-17. doi:10.1016/j.schres.2015.11.011
402. Rogers GB, Keating DJ, Young RL, Wong M-L, Licinio J, Wesselingh S. From gut dysbiosis to altered brain function and mental illness: mechanisms and pathways. *Mol Psychiatry*. 2016;21(6):738-748. doi:10.1038/mp.2016.50
403. De Hert M, Correll CU, Bobes J, et al. Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. *World Psychiatry*. 2011;10(1):52-77. doi:10.1002/j.2051-5545.2011.tb00014.x
404. Mitchell AJ, Delaffon V, Vancampfort D, Correll CU, De Hert M. Guideline concordant monitoring of metabolic risk in people treated with antipsychotic medication: systematic review and meta-analysis of screening practices. *Psychol Med*. 2012;42(1):125-147. doi:10.1017/S003329171100105X
405. Laugharne J, Waterreus AJ, Castle DJ, Dragovic M. Screening for the metabolic syndrome in Australia: a national survey of psychiatrists' attitudes and reported practice in patients prescribed antipsychotic drugs. *Australas psychiatry Bull R Aust New Zeal Coll Psychiatr*. 2016;24(1):62-66. doi:10.1177/1039856215618521
406. Ijaz S, Bolea B, Davies S, et al. Antipsychotic polypharmacy and metabolic syndrome in

- schizophrenia: a review of systematic reviews. *BMC Psychiatry*. 2018;18(1):275. doi:10.1186/s12888-018-1848-y
407. Breslau J, Leckman-Westin E, Yu H, et al. Impact of a Mental Health Based Primary Care Program on Quality of Physical Health Care. *Adm Policy Ment Heal Ment Heal Serv Res*. 2018;45(2):276-285. doi:http://dx.doi.org/10.1007/s10488-017-0822-1
408. Hannestad J, DellaGioia N, Bloch M. The effect of antidepressant medication treatment on serum levels of inflammatory cytokines: a meta-analysis. *Neuropsychopharmacol Off Publ Am Coll Neuropsychopharmacol*. 2011;36(12):2452-2459. doi:10.1038/npp.2011.132
409. Canada O. What is obesity? <https://obesitycanada.ca/understanding-obesity/>.
410. Lier HØ, Biringer E, Stubhaug B, Tangen T. Prevalence of psychiatric disorders before and 1 year after bariatric surgery: the role of shame in maintenance of psychiatric disorders in patients undergoing bariatric surgery. *Nord J Psychiatry*. 2013;67(2):89-96. doi:10.3109/08039488.2012.684703
411. Zhao Z, Okusaga OO, Quevedo J, Soares JC, Teixeira AL. The potential association between obesity and bipolar disorder: A meta-analysis. *J Affect Disord*. 2016;202:120-123. doi:10.1016/j.jad.2016.05.059
412. Baskaran A, Cha DS, Powell AM, Jalil D, McIntyre RS. Sex differences in rates of obesity in bipolar disorder: postulated mechanisms. *Bipolar Disord*. 2014;16(1):83-92. doi:10.1111/bdi.12141
413. Adams CE, Gabriele JM, Baillie LE, Dubbert PM. Tobacco use and substance use disorders as predictors of postoperative weight loss 2 years after bariatric surgery. *J Behav Health Serv Res*. 2012;39(4):462-471. doi:10.1007/s11414-012-9277-z
414. Bell CN, Walton QL, Thomas CS. Race and income moderate the association between depressive symptoms and obesity. *Prev Med An Int J Devoted to Pract Theory*. 2019;119:1-6. doi:10.1016/j.ypmed.2018.11.024
415. Milaneschi Y, Simmons WK, van Rossum EFC, Penninx BW. Depression and obesity: evidence of shared biological mechanisms. *Mol Psychiatry*. 2019;24(1):18-33. doi:10.1038/s41380-018-0017-5
416. de Wit L, Luppino F, van Straten A, Penninx B, Zitman F, Cuijpers P. Depression and obesity: A meta-analysis of community-based studies. *Psychiatry Res*. 2010;178(2):230-235. doi:10.1016/j.psychres.2009.04.015
417. Bornstein SR, Schuppenies A, Wong M-L, Licinio J. Approaching the shared biology of obesity and depression: the stress axis as the locus of gene-environment interactions. *Mol Psychiatry*. 2006;11(10):892-902. doi:10.1038/sj.mp.4001873
418. Hryhorczuk C, Sharma S, Fulton SE. Metabolic disturbances connecting obesity and depression. *Front Neurosci*. 2013;7:177. doi:10.3389/fnins.2013.00177
419. Roqué i Figuls M, Martínez García L, Martínez-Zapata MJ, Pacheco R, Mauricio D, Bonfill Cosp X. Interventions for treating overweight or obesity in adults: an overview of systematic reviews. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;2018(12):CD010665. doi:10.1002/14651858.CD010665.pub2
420. Prost SG, Ai AL, Ainsworth SE, Ayers J. Mental Health Professionals and Behavioral Interventions for Obesity: A Systematic Literature Review. *J evidence-informed Soc Work*. 2016;13(3):305-330. doi:10.1080/23761407.2015.1031418
421. Mannan M, Mamun A, Doi S, Clavarino A. Is there a bi-directional relationship between depression and obesity among adult men and women? Systematic review and bias-adjusted meta analysis. *Asian J Psychiatry*. 2016;21:51-66. doi:10.1016/j.ajp.2015.12.008
422. Vannucchi G, Toni C, Maremmanni I, Perugi G. Does obesity predict bipolarity in major depressive patients? *J Affect Disord*. 2014;155:118-122. doi:10.1016/j.jad.2013.10.035
423. Nousen EK, Franco JG, Sullivan EL. Unraveling the mechanisms responsible for the comorbidity between metabolic syndrome and mental health disorders. *Neuroendocrinology*. 2013;98(4):254-266. doi:10.1159/000355632
424. Szmulewicz AG, Samame C, Martino DJ, Strejilevich SA. An updated review on the neuropsychological profile of subjects with bipolar disorder. *Arch Clin Psychiatry*.

- 2015;42:139+.
425. Gálvez JF, Sanches M, Bauer IE, et al. Premorbid obesity and metabolic disturbances as promising clinical targets for the prevention and early screening of bipolar disorder. *Med Hypotheses*. 2015;84(4):285-293. doi:10.1016/j.mehy.2015.01.016
 426. Manu P, Dima L, Shulman M, Vancampfort D, De Hert M, Correll CU. Weight gain and obesity in schizophrenia: epidemiology, pathobiology, and management. *Acta Psychiatr Scand*. 2015;132(2):97-108. doi:10.1111/acps.12445
 427. Daumit GL, Dickerson FB, Wang N-Y, et al. A behavioral weight-loss intervention in persons with serious mental illness. *N Engl J Med*. 2013;368(17):1594-1602. doi:10.1056/NEJMoa1214530
 428. Baillot A, Saunders S, Brunet J, Romain AJ, Trottier A, Bernard P. A systematic review and meta-analysis of the effect of exercise on psychosocial outcomes in adults with obesity: A call for more research. *Ment Health Phys Act*. 2018;14:1-10. doi:10.1016/j.mhpa.2017.12.004
 429. Lv N, Ajilore OA, Ronneberg CR, et al. The ENGAGE-2 study: Engaging self-regulation targets to understand the mechanisms of behavior change and improve mood and weight outcomes in a randomized controlled trial (Phase 2). *Contemp Clin Trials*. 2020;95:106072. doi:10.1016/j.cct.2020.106072
 430. Gómez-De-Regil L, Avila-Nava A, Gutierrez-Solis AL, Lugo R. Mobile Apps for the Management of Comorbid Overweight/Obesity and Depression/Anxiety: A Systematic Review. *J Healthc Eng*. 2020;2020. doi:10.1155/2020/9317179
 431. Jensen MD, Ryan DH, Apovian CM, et al. 2013 AHA/ACC/TOS guideline for the management of overweight and obesity in adults: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and The Obesity Society. *Circulation*. 2014;129(25 Suppl 2):S102-38. doi:10.1161/01.cir.0000437739.71477.ee
 432. Köster L-S, Carbon M, Correll CU. Emerging drugs for schizophrenia: an update. *Expert Opin Emerg Drugs*. 2014;19(4):511-531. doi:10.1517/14728214.2014.958148
 433. Torniaainen M, Mittendorfer-Rutz E, Tanskanen A, et al. Antipsychotic treatment and mortality in schizophrenia. *Schizophr Bull*. 2015;41(3):656-663. doi:10.1093/schbul/sbu164
 434. Correll CU, Detraux J, De Lepeleire J, De Hert M. Effects of antipsychotics, antidepressants and mood stabilizers on risk for physical diseases in people with schizophrenia, depression and bipolar disorder. *World Psychiatry*. 2015;14(2):119-136. doi:10.1002/wps.20204
 435. Correll CU. From receptor pharmacology to improved outcomes: individualising the selection, dosing, and switching of antipsychotics. *Eur Psychiatry*. 2010;25 Suppl 2:S12-21. doi:10.1016/S0924-9338(10)71701-6
 436. Mason TB, Lewis RJ. Minority stress, depression, relationship quality, and alcohol use: Associations with overweight and obesity among partnered young adult lesbians. *LGBT Heal*. 2015;2(4):333-340. doi:10.1089/lgbt.2014.0053
 437. Foundation P. What Is Parkinson's? <https://www.parkinson.org/understanding-parkinsons/what-is-parkinsons>.
 438. Tagliati M, Chaudhuri K, Pagano G. Prevalence Of Non-Motor Symptoms In Parkinson's Disease: A Systematic Review With Meta-Analysis (P2.053). *Neurology*. 2014;82(10 Supplement):P2.053. http://n.neurology.org/content/82/10_Supplement/P2.053.abstract.
 439. Pachana NA, Egan SJ, Laidlaw K, et al. Clinical issues in the treatment of anxiety and depression in older adults with Parkinson's disease. *Mov Disord*. 2013;28(14):1930-1934. doi:10.1002/mds.25689
 440. Chen JJ, Marsh L. Depression in Parkinson's disease: identification and management. *Pharmacotherapy*. 2013;33(9):972-983. doi:10.1002/phar.1314
 441. Akhmadeeva GN, Magzhanov R V, Tayupova GN, Baitimerov AR, Khidiyatova IM. Depression and Anxiety in Parkinson's Disease. *Neurosci Behav Physiol*. June 2018:1-5. doi:http://dx.doi.org/10.1007/s11055-018-0609-1
 442. Kenangil G, Ozekmekci S, Sohtaoglu M, Erginoz E. Compulsive behaviors in patients with Parkinson's disease. *Neurologist*. 2010;16(3):192-195. doi:https://dx.doi.org/10.1097/NRL.0b013e31819f952b

443. Chan Y-LE, Bai Y-M, Hsu J-W, et al. Post-traumatic stress disorder and risk of Parkinson disease: A nationwide longitudinal study. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2017;25(8):917-923. doi:10.1016/j.jagp.2017.03.012
444. Goodarzi Z, Mrklas KJ, Roberts DJ, Jette N, Pringsheim T, Holroyd-Leduc J. Detecting depression in Parkinson disease: A systematic review and meta-analysis. *Neurology*. 2016;87(4):426-437. doi:10.1212/WNL.0000000000002898
445. Ahn S, Lee J, Chu SH, Sohn YH. Uncertainty and depression in people with Parkinson's disease: A cross-sectional study. *Nurs Health Sci*. 2017;19(2):220-227. doi:10.1111/nhs.12332
446. Perrin AJ, Nosova E, Co K, et al. Gender differences in Parkinson's disease depression. *Parkinsonism Relat Disord*. 2017;36:93-97. doi:10.1016/j.parkreldis.2016.12.026
447. Aarsland D, Pålhagen S, Ballard CG, Ehrt U, Svenningsson P. Depression in Parkinson disease--epidemiology, mechanisms and management. *Nat Rev Neurol*. 2011;8(1):35-47. doi:10.1038/nrneurol.2011.189
448. Wen M-C, Chan LL, Tan LCS, Tan EK. Depression, anxiety, and apathy in Parkinson's disease: insights from neuroimaging studies. *Eur J Neurol*. 2016;23(6):1001-1019. doi:10.1111/ene.13002
449. D'Souza T, Rajkumar AP. Systematic review of genetic variants associated with cognitive impairment and depressive symptoms in Parkinson's disease. *Acta Neuropsychiatr*. 2020;32(1):10-22. doi:10.1017/neu.2019.28
450. Birchall EL, Walker HC, Cutter G, et al. The effect of unilateral subthalamic nucleus deep brain stimulation on depression in Parkinson's disease. *Brain Stimul*. 2017;10(3):651-656. doi:10.1016/j.brs.2016.12.014
451. Wu P-L, Lee M, Huang T-T. Effectiveness of physical activity on patients with depression and Parkinson's disease: A systematic review. *PLoS One*. 2017;12(7):e0181515. doi:10.1371/journal.pone.0181515
452. van der Kolk NM, King LA. Effects of exercise on mobility in people with Parkinson's disease. *Mov Disord*. 2013;28(11):1587-1596. doi:10.1002/mds.25658
453. Jin X, Wang L, Liu S, Zhu L, Loprinzi PD, Fan X. The Impact of Mind-body Exercises on Motor Function, Depressive Symptoms, and Quality of Life in Parkinson's Disease: A Systematic Review and Meta-analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;17(1):31. doi:10.3390/ijerph17010031
454. Armstrong MJ, Okun MS. Diagnosis and Treatment of Parkinson Disease: A Review. *JAMA*. 2020;323(6):548-560. doi:10.1001/jama.2019.22360
455. Yang S, Sajatovic M, Walter BL. Psychosocial interventions for depression and anxiety in Parkinson's disease. *J Geriatr Psychiatry Neurol*. 2012;25(2):113-121. doi:10.1177/0891988712445096
456. Canada G of. Chronic Respiratory Diseases. <https://www.canada.ca/en/public-health/services/chronic-diseases/chronic-respiratory-diseases.html>. Published 2019.
457. Vanfleteren LEGW, Spruit MA, Groenen M, et al. Clusters of comorbidities based on validated objective measurements and systemic inflammation in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med*. 2013;187(7):728-735. doi:10.1164/rccm.201209-1665OC
458. Garvey C, Criner GJ. Impact of Comorbidities on the Treatment of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Am J Med*. 2018;131(9S):23-29. doi:10.1016/j.amjmed.2018.05.002
459. Spitzer C, Gläser S, Grabe HJ, et al. Mental health problems, obstructive lung disease and lung function: findings from the general population. *J Psychosom Res*. 2011;71(3):174-179. doi:10.1016/j.jpsychores.2011.03.005
460. Regvat J, Žmitek A, Vegnuti M, Košnik M, Šuškovič S. Anxiety and depression during hospital treatment of exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease. *J Int Med Res*. 2011;39(3):1028-1038. doi:10.1177/147323001103900338
461. Pumar MI, Gray CR, Walsh JR, Yang IA, Rolls TA, Ward DL. Anxiety and depression-Important psychological comorbidities of COPD. *J Thorac Dis*. 2014;6(11):1615-1631. doi:10.3978/j.issn.2072-1439.2014.09.28

462. Kim HF, Kunik ME, Molinari VA, et al. Functional impairment in COPD patients: the impact of anxiety and depression. *Psychosomatics*. 2000;41(6):465-471. doi:10.1176/appi.psy.41.6.465
463. Laurin C, Moullec G, Bacon SL, Lavoie KL. Impact of anxiety and depression on chronic obstructive pulmonary disease exacerbation risk. *Am J Respir Crit Care Med*. 2012;185(9):918-923. doi:10.1164/rccm.201105-0939PP
464. Abrams TE, Vaughan-Sarrazin M, Van der Weg MW. Acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease and the effect of existing psychiatric comorbidity on subsequent mortality. *Psychosomatics*. 2011;52(5):441-449. doi:10.1016/j.psym.2011.03.005
465. Pooler A, Beech R. Examining the relationship between anxiety and depression and exacerbations of COPD which result in hospital admission: a systematic review. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2014;9:315-330. doi:10.2147/COPD.S53255
466. Kessler R, Partridge MR, Miravittles M, et al. Symptom variability in patients with severe COPD: a pan-European cross-sectional study. *Eur Respir J*. 2011;37(2):264 LP - 272. doi:10.1183/09031936.00051110
467. Yin H-L, Yin S-Q, Lin Q-Y, Xu Y, Xu H-W, Liu T. Prevalence of comorbidities in chronic obstructive pulmonary disease patients: A meta-analysis. *Medicine (Baltimore)*. 2017;96(19):e6836. doi:10.1097/MD.0000000000006836
468. Matte DL, Pizzichini MMM, Hoepers ATC, et al. Prevalence of depression in COPD: A systematic review and meta-analysis of controlled studies. *Respir Med*. 2016;117:154-161. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.rmed.2016.06.006
469. Hung Y-H, Cheng C-M, Lin W-C, et al. Post-traumatic stress disorder and asthma risk: A nationwide longitudinal study. *Psychiatry Res*. 2019;276:25-30. doi:10.1016/j.psychres.2019.04.014
470. Scott KM, Saha S, Lim CCW, et al. Psychotic experiences and general medical conditions: a cross-national analysis based on 28 002 respondents from 16 countries in the WHO World Mental Health Surveys. *Psychol Med*. 2018;48(16):2730-2739. doi:http://dx.doi.org/10.1017/S0033291718000363
471. Hanania NA, Müllerova H, Locantore NW, et al. Determinants of depression in the ECLIPSE chronic obstructive pulmonary disease cohort. *Am J Respir Crit Care Med*. 2011;183(5):604-611. doi:10.1164/rccm.201003-0472OC
472. Long J, Ouyang Y, Duan H, et al. Multiple Factor Analysis of Depression and/or Anxiety in Patients with Acute Exacerbation Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2020;15:1449-1464. doi:10.2147/COPD.S245842
473. Bodescu M-M, Turcanu AM, Gavrilescu M-C, Mihăescu T. Respiratory rehabilitation in healing depression and anxiety in COPD patients. *Pneumologia*. 2015;64(4):14-18.
474. Tselebis A, Pachi A, Ilias I, et al. Strategies to improve anxiety and depression in patients with COPD: a mental health perspective. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2016;12:297-328. doi:10.2147/NDT.S79354
475. Bucks RS, Olaithe M, Eastwood P. Neurocognitive function in obstructive sleep apnoea: a meta-review. *Respirology*. 2013;18(1):61-70. doi:10.1111/j.1440-1843.2012.02255.x
476. Murali Mohan B V, Sen T, Ranganath R. Systemic manifestations of COPD. *J Assoc Physicians India*. 2012;60 Suppl:44-47.
477. Eagan TML, Ueland T, Wagner PD, et al. Systemic inflammatory markers in COPD: results from the Bergen COPD Cohort Study. *Eur Respir J*. 2010;35(3):540-548. doi:10.1183/09031936.00088209
478. Rose S, Paul C, Boyes A, Kelly B, Roach D. Stigma-related experiences in non-communicable respiratory diseases: A systematic review. *Chron Respir Dis*. 2017;14(3):199-216. doi:10.1177/1479972316680847
479. Xuei S. *Psychiatry*. Higher Education Press; 2013.
480. Howard C, Hallas CN, Wray J, Carby M. The relationship between illness perceptions and panic in chronic obstructive pulmonary disease. *Behav Res Ther*. 2009;47(1):71-76. doi:10.1016/j.brat.2008.10.004

481. Chan SMH, Selemidis S, Bozinovski S, Vlahos R. Pathobiological mechanisms underlying metabolic syndrome (MetS) in chronic obstructive pulmonary disease (COPD): clinical significance and therapeutic strategies. *Pharmacol Ther.* 2019;198:160-188. doi:10.1016/j.pharmthera.2019.02.013
482. Usmani ZA, Carson K V, Cheng JN, Esterman AJ, Smith BJ. Pharmacological interventions for the treatment of anxiety disorders in chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane database Syst Rev.* 2011;(11):CD008483. doi:10.1002/14651858.CD008483.pub2
483. Alexopoulos GS, Sirey JA, Banerjee S, et al. Two behavioral interventions for patients with major depression and severe COPD. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2016;24(11):964-974. doi:10.1016/j.jagp.2016.07.014
484. Valenza MC, Valenza-Peña G, Torres-Sánchez I, González-Jiménez E, Conde-Valero A, Valenza-Demet G. Effectiveness of controlled breathing techniques on anxiety and depression in hospitalized patients with COPD: A randomized clinical trial. *Respir Care.* 2014;59(2):209-215. doi:10.4187/respcare.02565
485. Usmani ZA, Carson K V, Heslop K, Esterman AJ, De Soyza A, Smith BJ. Psychological therapies for the treatment of anxiety disorders in chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane database Syst Rev.* 2017;3(3):CD010673. doi:10.1002/14651858.CD010673.pub2
486. Cooper V, Metcalf L, Versnel J, Upton J, Walker S, Horne R. Patient-reported side effects, concerns and adherence to corticosteroid treatment for asthma, and comparison with physician estimates of side-effect prevalence: a UK-wide, cross-sectional study. *NPJ Prim care Respir Med.* 2015;25:15026. doi:10.1038/npjpcrm.2015.26
487. Bereza BG, Troelsgaard Nielsen A, Valgardsson S, Hemels MEH, Einarson TR. Patient preferences in severe COPD and asthma: a comprehensive literature review. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.* 2015;10:739-744. doi:10.2147/COPD.S82179
488. Gale NS, Duckers JM, Enright S, Cockcroft JR, Shale DJ, Bolton CE. Does pulmonary rehabilitation address cardiovascular risk factors in patients with COPD? *BMC Pulm Med.* 2011;11:20. doi:10.1186/1471-2466-11-20
489. Malpass A, Feder G, Dodd JW. Understanding changes in dyspnoea perception in obstructive lung disease after mindfulness training. *BMJ open Respir Res.* 2018;5(1):e000309. doi:10.1136/bmjresp-2018-000309
490. Hatzenbuehler ML, Phelan JC, Link BG. Stigma as a fundamental cause of population health inequalities. *Am J Public Health.* 2013;103(5):813-821. doi:10.2105/AJPH.2012.301069
491. Frischknecht U, Beckmann B, Heinrich M, et al. The vicious circle of perceived stigmatization, depressiveness, anxiety, and low quality of life in substituted heroin addicts. *Eur Addict Res.* 2011;17(5):241-249. doi:10.1159/000328637
492. Major B, O'Brien LT. The social psychology of stigma. *Annu Rev Psychol.* 2005;56:393-421. doi:10.1146/annurev.psych.56.091103.070137
493. Mickelson KD. Perceived stigma, social support, and depression. *Personal Soc Psychol Bull.* 2001;27(8):1046-1056. doi:10.1177/0146167201278011
494. Corrigan PW, Larson JE, Rüsch N. Self-stigma and the "why try" effect: impact on life goals and evidence-based practices. *World Psychiatry.* 2009;8(2):75-81. doi:10.1002/j.2051-5545.2009.tb00218.x
495. Corrigan P. How stigma interferes with mental health care. *Am Psychol.* 2004;59(7):614-625. doi:10.1037/0003-066X.59.7.614
496. Katz IT, Ryu AE, Onuegbu AG, et al. Impact of HIV-related stigma on treatment adherence: systematic review and meta-synthesis. *J Int AIDS Soc.* 2013;16(3 Suppl 2):18640. doi:10.7448/IAS.16.3.18640
497. Frank C, Zamorski MA, Colman I. Stigma doesn't discriminate: physical and mental health and stigma in Canadian military personnel and Canadian civilians. *BMC Psychol.* 2018;6(1):61. doi:10.1186/s40359-018-0273-9
498. SBR O. *Advancing the Integration Conversation: A Report to the Toronto Central LHIN.* Toronto; 2016. http://www.torontocentrallhin.on.ca/~media/sites/tc/TC_LHIN

- Docs/Resources/Advancing the Integration Conversation Report and Appendix.pdf?la=en.
499. Committee CPSA and MH. *Collaboration for Addiction and Mental Health Care: Best Advice*. Ottawa; 2014.
 500. Van't Veer-Tazelaar P, Smit F, van Hout H, et al. Cost-effectiveness of a stepped care intervention to prevent depression and anxiety in late life: randomised trial. *Br J Psychiatry*. 2010;196(4):319-325. doi:10.1192/bjp.bp.109.069617
 501. van't Veer-Tazelaar PJ, van Marwijk HWJ, van Oppen P, et al. Stepped-care prevention of anxiety and depression in late life: a randomized controlled trial. *Arch Gen Psychiatry*. 2009;66(3):297-304. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2008.555
 502. Wood E, Ohlsen S, Ricketts T. What are the barriers and facilitators to implementing Collaborative Care for depression? A systematic review. *J Affect Disord*. 2017;214:26-43. doi:10.1016/j.jad.2017.02.028
 503. Overbeck G, Davidsen AS, Kousgaard MB. Enablers and barriers to implementing collaborative care for anxiety and depression: a systematic qualitative review. *Implement Sci*. 2016;11(1):165. doi:10.1186/s13012-016-0519-y
 504. Kates N, Mazowita G, Lemire F, et al. The evolution of collaborative mental health care in Canada: A shared vision for the future. *Can J Psychiatry / La Rev Can Psychiatr*. 2011;56(5):1-10.
 505. Fleury M-J, Farand L, Aubé D, Imboua A. Management of mental health problems by general practitioners in Quebec. *Can Fam Physician*. 2012;58(12):e732-8, e725-31.
 506. Pass LE, Kennelty K, Carter BL. Self-identified barriers to rural mental health services in Iowa by older adults with multiple comorbidities: qualitative interview study. *BMJ Open*. 2019;9(11). doi:http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2019-029976
 507. Canada MHC of. *Changing Directions, Changing Lives: The Mental Health Strategy for Canada*. Calgary, AB
https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/MHStrategy_Strategy_ENG.pdf.
 508. Ashcroft R. Inadequate performance measures affecting practices, organizations and outcomes of Ontario's family health teams. *Healthc Policy*. 2014;10(1):86-96.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25410698>.
 509. Steele LS, Durbin A, Sibley LM, Glazier R. Inclusion of persons with mental illness in patient-centred medical homes: cross-sectional findings from Ontario, Canada. *Open Med*. 2013;7(1):e9-e20. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23687535>.
 510. Leventhal, H., Meyer, D., & Nerenz D(. In S. Rachman (Ed.), *Contributions to Medical Psychology*. In: New York: Pergamon Press.; 1980:7-30.
 511. Leventhal, H., Nerenz, D. R., & Steele DJ. *Handbook of Psychology and Health*. In: Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1984:219- 252.
 512. Gustin ANJ. Shared Decision-Making. *Anesthesiol Clin*. 2019;37(3):573-580. doi:10.1016/j.anclin.2019.05.001
 513. Katon W, Guico-Pabia CJ. Improving quality of depression care using organized systems of care: a review of the literature. *Prim care companion CNS Disord*. 2011;13(1). doi:10.4088/PCC.10r01019blu
 514. Farrar S, Kates N, Crustolo AM, Nikolaou L. Integrated model for mental health care. Are health care providers satisfied with it? *Can Fam Physician*. 2001;47:2483-2488.
 515. Hughes K, Bellis MA, Hardcastle KA, et al. The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Heal*. 2017;2(8):e356-e366. doi:10.1016/S2468-2667(17)30118-4
 516. A new direction in depression treatment in Minnesota: DIAMOND program, Institute for Clinical Systems Improvement, Bloomington, Minnesota. *Psychiatr Serv*. 2010;61(10):1042-1044. doi:10.1176/ps.2010.61.10.1042
 517. Assari S, Lankarani MM. Race and Ethnic Differences in the Associations between Cardiovascular Diseases, Anxiety, and Depression in the United States. *Int J Travel Med Glob*

- Heal. 2014;2(3):107-113.
518. Fredriksen-Goldsen KI, Cook-Daniels L, Kim H-J, et al. Physical and Mental Health of Transgender Older Adults: An At-Risk and Underserved Population. *Gerontologist*. 2014;54(3):488-500. doi:10.1093/geront/gnt021
 519. Fredriksen-Goldsen KI, Emler CA, Kim H-J, et al. The Physical and Mental Health of Lesbian, Gay Male, and Bisexual (LGB) Older Adults: The Role of Key Health Indicators and Risk and Protective Factors. *Gerontologist*. 2013;53(4):664-675. doi:10.1093/geront/gns123
 520. Heidari S, Babor TF, De Castro P, Tort S, Curno M. Sex and Gender Equity in Research: rationale for the SAGER guidelines and recommended use. *Res Integr Peer Rev*. 2016;1:2. doi:10.1186/s41073-016-0007-6
 521. Keuken DG, Haafkens JA, Hellema MJ, Burgers JS, Moerman CJ. Incorporating a gender perspective into the development of clinical guidelines: a training course for guideline developers. *Implement Sci*. 2007;2:35. doi:10.1186/1748-5908-2-35
 522. Health C for A and M. *Best Practice Guidelines for Mental Health Promotion Programs: Children (7-12) and Youth (13-19)*. Toronto; 2014.
 523. Victoria Jeffries, Amanda Slaunwhite, Nicole Wallace, Matthew Menear, Julia Arndt, Jennifer Dotchin, Kathy Germann SS. *Collaborative Care for Mental Health and Substance Use Issues in Primary Health Care: Overview of Reviews and Narrative Summaries*. Ottawa; 2013. https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/PrimaryCare_Overview_Reviews_Narrative_Summaries_ENG_0.pdf.
 524. Pawson R. *The Science of Evaluation: A Realist Manifesto*. Leeds: University of Leeds; 2013.
 525. Pawson, R. and Tilley N. *Realist Evaluation*. Sage Publications Ltd.; 1997.
 526. de Leeuw E. Engagement of Sectors Other than Health in Integrated Health Governance, Policy, and Action. *Annu Rev Public Health*. 2017;38:329-349. doi:10.1146/annurev-publhealth-031816-044309
 527. Shankardass K, Muntaner C, Kokkinen L, et al. The implementation of Health in All Policies initiatives: a systems framework for government action. *Heal Res Policy Syst*. 2018;16(1):26. doi:10.1186/s12961-018-0295-z
 528. Newfoundland G of. *The Way Forward: Better Outcomes: Take a Health-in-All-Policies Approach*. <https://www.gov.nl.ca/thewayforward/action/adopt-a-health-in-all-policies-approach/>. Published 2020. Accessed August 26, 2020.
 529. Kershaw P. A “health in all policies” review of Canadian public finance. *Can J Public Health*. 2020;111(1):8-20. doi:10.17269/s41997-019-00291-4
 530. Exworthy M. Policy to tackle the social determinants of health: using conceptual models to understand the policy process. *Health Policy Plan*. 2008;23(5):318-327. doi:10.1093/heapol/czn022
 531. Kickbusch I, Williams C, Lawless A. Making the most of open windows: establishing health in all policies in South Australia. *Int J Health Serv*. 2014;44(1):185-194. doi:10.2190/HS.44.1.k
 532. Kingdon JW. *Agendas, Alternatives, and Public Policies. Second*. Glenview, IL: Pearson Education Inc.; 2011.
 533. Diallo T. *Pan-Canadian Meeting on Health in All Policies (HiAP): Québec City, October 9, 2019. Report*. Montreal; 2020. <http://www.ncchpp.ca/docs/2020-health-in-all-policies-pan-canadian-meeting-report.pdf>.
 534. Plsek PE, Greenhalgh T. Complexity science: The challenge of complexity in health care. *BMJ*. 2001;323(7313):625-628. doi:10.1136/bmj.323.7313.625
 535. BJ Holmes, Bev J, A Best, Allan, H Davies, D Hunter, MP Kelly, M Marshall JR-M. Mobilising knowledge in complex health systems: a call to action. *Evid Policy*. 2017;13(3):539-60.
 536. Bauer MS, Weaver K, Kim B, et al. The collaborative chronic care model for mental health conditions: from evidence synthesis to policy impact to scale-up and spread. *Med Care*. 2019;57 Suppl 1(10 Suppl 3):S221-S227. doi:10.1097/MLR.0000000000001145
 537. Tuohy C. *Remaking Policy: Scale, Pace and Political Strategy in Health Care Reform*. Toronto: University of Toronto Press; 2018.

538. Tuohy CH. What's Canadian about Medicare? A Comparative Perspective on Health Policy. *Healthc Policy*. 2018;13(4):11-22. doi:10.12927/hcpol.2018.25497
539. Unions CF of N. *Canadian Federation of Nurses Unions: Environics Research Poll: "Attitudes Toward Healthcare", Conducted between January 9-21, 2019, Prepared for CFNU, January 25, 2019.*; 2019. https://nursesunions.ca/wp-content/uploads/2019/02/Environics-CFNU-Report-Jan-25-19_FINAL.pdf.
540. Canada H. <https://www.canada.ca/en/Health-Canada/Corporate/about-Health-Canada/Public-Engagement/External-Advisory-Bodies/Implementation-National-Pharmacare/Final-Report.Html>.; 2019. <https://www.canada.ca/en/health-canada/corporate/about-health-canada/public-engagement/external-advisory-bodies/implementation-national-pharmacare/final-report.html>.
541. CM Flood, Colleen M BT. Fragmented Law & Fragmented Lives: Canada's Mental Health Care System (July 28, 2020). In: *Law and Mind: Mental Health Law and Policy in Canada*. Toronto: LexisNexis; 2017.
542. Reiter JT, Dobmeyer AC, Hunter CL. The Primary Care Behavioral Health (PCBH) Model: An Overview and Operational Definition. *J Clin Psychol Med Settings*. 2018;25(2):109-126. doi:10.1007/s10880-017-9531-x
543. Sunderji N, Polaha J, Ratzliff A, Reiter J. A walk on the translational science bridge with leaders in integrated care: Where do we need to build? *Fam Syst Health*. 2020;38(2):99-104. doi:10.1037/fsh0000501
544. Leutz WN. Five laws for integrating medical and social services: lessons from the United States and the United Kingdom. *Milbank Q*. 1999;77(1):77-110, iv-v. doi:10.1111/1468-0009.00125
545. Hollander MJ, Prince MJ. Organizing healthcare delivery systems for persons with ongoing care needs and their families: a best practices framework. *Healthc Q*. 2008;11(1):2,44-54. doi:10.12927/hcq.2013.19497
546. Kodner DL. All together now: a conceptual exploration of integrated care. *Healthc Q*. 2009;13 Spec No:6-15. doi:10.12927/hcq.2009.21091
547. Hughes G, Shaw SE, Greenhalgh T. Rethinking Integrated Care: A Systematic Hermeneutic Review of the Literature on Integrated Care Strategies and Concepts. *Milbank Q*. 2020;98(2):446-492. doi:10.1111/1468-0009.12459
548. Kodner DL, Spreeuwenberg C. Integrated care: meaning, logic, applications, and implications--a discussion paper. *Int J Integr Care*. 2002;2:e12. doi:10.5334/ijic.67
549. Armitage GD, Suter E, Oelke ND, Adair CE. Health systems integration: state of the evidence. *Int J Integr Care*. 2009;9:e82. doi:10.5334/ijic.316
550. Wagner EH. Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness? *Eff Clin Pract*. 1998;1(1):2-4.
551. Stevenson HM, Williams AP, Vayda E. Medical politics and Canadian Medicare: professional response to the Canada Health Act. *Milbank Q*. 1988;66(1):65-104.
552. Tuohy C. *Accidental Logics: The Dynamics of Change in the Health Care Arena in the United States, Britain, and Canada*. Oxford University Press; 1999.
553. Friedson E. *Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge*. University of Chicago Press; 1988.
554. Mechanic D. Sources of countervailing power in medicine. *J Health Polit Policy Law*. 1991;16(3):485-498. doi:10.1215/03616878-16-3-485
555. Hafferty FW, Light DW. Professional dynamics and the changing nature of medical work. *J Health Soc Behav*. 1995;Spec No:132-153.
556. Bodenheimer T, Sinsky C. From triple to quadruple aim: care of the patient requires care of the provider. *Ann Fam Med*. 2014;12(6):573-576. doi:10.1370/afm.1713
557. Jiwani I, Fleury M-J. Divergent modes of integration: the Canadian way. *Int J Integr Care*. 2011;11(Spec 10th Anniversary Ed):e018. doi:10.5334/ijic.578
558. Roth I, Thompson-Lastad A, Thomas AU. The Quadruple Aim as a Framework for Integrative Group Medical Visits. *J Altern Complement Med*. 2020;26(4):261-264.

- doi:10.1089/acm.2019.0425
559. Morgan A, Ziglio E. Revitalising the evidence base for public health: an assets model. *Promot Educ.* 2007;Suppl 2:17-22. doi:10.1177/10253823070140020701x
560. ANTONOVSKY A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promot Int.* 1996;11(1):11-18. doi:10.1093/heapro/11.1.11
561. Joseph S SS. Positive psychology in the context of salutogenesis. In: *The Handbook of Salutogenesis*. Springer; 2017.
562. M Eriksson MM. The Sense of Coherence and Its Measurement. In: *The Handbook of Salutogenesis*. Springer; 2017.
563. Van Bortel T, Wickramasinghe ND, Morgan A, Martin S. Health assets in a global context: a systematic review of the literature. *BMJ Open.* 2019;9(2):e023810. doi:10.1136/bmjopen-2018-023810
564. M Hills, S Carroll SD. Assets based interventions: Evaluating and synthesizing evidence of the effectiveness of the assets based approach to health promotion. In: *Health Assets in a Global Context*. Springer; 2010.
565. Campbell C. Social capital, social movements and global public health: Fighting for health-enabling contexts in marginalised settings. *Soc Sci Med.* 2020;257:112153. doi:10.1016/j.socscimed.2019.02.004
566. Justin Avery Aunger, Ross Millar, Joanne Greenhalgh, Russell Mannion, Anne Marie Rafferty HM. Why do some inter-organisational collaborations in healthcare work when others do not? A realist review. *BMC Syst Rev.* 2020.
567. Matcham F, Galloway J, Hotopf M, et al. The Impact of Targeted Rheumatoid Arthritis Pharmacologic Treatment on Mental Health: A Systematic Review and Network Meta-Analysis. *Arthritis Rheumatol (Hoboken, NJ).* 2018;70(9):1377-1391. doi:10.1002/art.40565
568. *Dementia: Assessment, Management and Support for People Living with Dementia and Their Carers*. London; 2018.
569. Woltmann E, Grogan-Kaylor A, Perron B, Georges H, Kilbourne AM, Bauer MS. Comparative effectiveness of collaborative chronic care models for mental health conditions across primary, specialty, and behavioral health care settings: systematic review and meta-analysis. *Am J Psychiatry.* 2012;169(8):790-804. doi:10.1176/appi.ajp.2012.11111616
570. Lamb CA, Kennedy NA, Raine T, et al. British Society of Gastroenterology consensus guidelines on the management of inflammatory bowel disease in adults. *Gut.* 2019;68(Suppl 3):s1-s106. doi:10.1136/gutjnl-2019-318484
571. Barone P, Erro R, Picillo M. Quality of Life and Nonmotor Symptoms in Parkinson's Disease. *Int Rev Neurobiol.* 2017;133:499-516. doi:10.1016/bs.irn.2017.05.023
572. Avari JN, Alexopoulos GS. Models of care for late-life depression of the medically ill: Examples from chronic obstructive pulmonary disease and stroke. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2015;23(5):477-487. doi:10.1016/j.jagp.2014.06.004
573. Scarpioni R, Ricardi M, Albertazzi V. Secondary amyloidosis in autoinflammatory diseases and the role of inflammation in renal damage. *World J Nephrol.* 2016;5(1):66-75. doi:10.5527/wjn.v5.i1.66
574. Orem DE, Taylor SG. Reflections on nursing practice science: the nature, the structure, and the foundation of nursing sciences. *Nurs Sci Q.* 2011;24(1):35-41. doi:10.1177/0894318410389061
575. Grande G, Romppel M, Vesper J-M, Schubmann R, Glaesmer H, Herrmann-Lingen C. Type D personality and all-cause mortality in cardiac patients--data from a German cohort study. *Psychosom Med.* 2011;73(7):548-556. doi:https://dx.doi.org/10.1097/PSY.0b013e318227a9bc
576. Naughton MJ, Weaver KE. Physical and mental health among cancer survivors: considerations for long-term care and quality of life. *N C Med J.* 2014;75(4):283-286. doi:10.18043/ncm.75.4.283
577. Beckie TM, Beckstead JW, Schocken DD, Evans ME, Fletcher GF. The effects of a tailored cardiac rehabilitation program on depressive symptoms in women: A randomized clinical trial. *Int J Nurs Stud.* 2011;48(1):3-12. doi:https://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2010.06.005

578. Broadbent E, Wilkes C, Koschwanez H, Weinman J, Norton S, Petrie KJ. A systematic review and meta-analysis of the Brief Illness Perception Questionnaire. *Psychol Health*. 2015;30(11):1361-1385. doi:10.1080/08870446.2015.1070851
579. Bonsaksen T, Lerdal A, Fagermoen MS. Trajectories of illness perceptions in persons with chronic illness: An explorative longitudinal study. *J Health Psychol*. 2015;20(7):942-953. doi:10.1177/1359105313504235
580. Health NCC for D of. *Foundations: Definitions and Concepts to Frame Population Mental Health Promotion for Children and Youth.*; 2017. <https://nccdh.ca/index.php?/resources/entry/foundations-definitions-and-concepts-to-frame-population-mental-health-prom>.

Annexe A : Stratégie de recherche

Les objectifs de la stratégie de recherche sont les suivants : 1) obtenir de la documentation sur les comorbidités physiques et mentales courantes qui décrit leur prévalence et leur incidence tout au long de la vie et parmi les populations prioritaires et les groupes en quête d'équité (examen de la portée), et 2) obtenir de la documentation sur les comorbidités physiques et mentales courantes et des stratégies efficaces pour les prévenir et les atténuer tout au long de la vie et parmi les populations prioritaires et les groupes en quête d'équité (examen réaliste rapide).

Définitions pratiques

Comorbidité : Cooccurrence d'au moins une maladie ou un trouble mental et d'au moins une maladie ou un trouble physique chez une même personne, peu importe l'ordre chronologique dans lequel ils sont survenus ou du lien de causalité qui les unit⁹. Aux fins de ce projet, la multimorbidité serait considérée comme un critère d'inclusion de la comorbidité.

Conditions non transmissibles : Conditions de santé physique indiquées dans les 20 principales causes de la charge de morbidité de l'OMS et d'autres études d'estimation de la charge mondiale de morbidité qui incluent le diabète, les maladies cardiovasculaires et respiratoires chroniques, la polyarthrite rhumatoïde, l'ostéoarthrite, les troubles intestinaux inflammatoires, les maladies rénales, les conditions neurologiques (maladie d'Alzheimer, démence, maladie de Parkinson).

Conditions de santé mentale : Troubles dépressifs et anxieux, troubles bipolaires et apparentés, spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques, troubles obsessionnels compulsifs et apparentés, troubles liés à un traumatisme ou à un facteur de stress, troubles liés à la consommation de substances et à la dépendance, troubles de l'alimentation et du comportement alimentaire.

Le cas échéant, l'édition la plus récente de la classification internationale des maladies sera utilisée pour le dépistage des conditions non transmissibles et des problèmes de santé mentale. Cependant, pour les problèmes de santé mentale, des versions plus anciennes devront être utilisées. De plus, le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux de l'Association psychiatrique américaine, révisions IV et 5, sera utilisé.

Populations : Femmes et hommes, communautés d'immigrants, de réfugiés, ethnoculturelles et racialisées, Premières Nations, Inuits et Métis, 2SLGBTQ+, minorités linguistiques, milieu rural, faible revenu, aînés (plus de 65 ans).

⁹ Benjamin G. Druss et Rosalynn Carter. Mental disorders and medical comorbidity. 2011. Robert Wood Foundation.

Bases de données : MEDLINE, EMBASE, CINAHL, PsycInfo, Sociological Abstracts, et EBM Reviews Multifile

Délimiteurs de recherche Anglais, textes intégraux, humain, janvier 2010

1. Recherche des bases de données universitaires

Recherche 1 : Termes généraux en santé mentale et physique

Code A	Concept (termes généraux)	Code B	Concept (termes complémentaires)
TG1	Multimorbid* ou comorbid*	TC1	Psychiatr* ou psychol* ou mental*
		TC2	Prévalence ou incidence

Recherche 2 : Recherches de maladies non transmissibles

Code A	Concept (santé mentale)	Code B	Concept (santé physique)
SM2	Dépress* ou trouble affectif	SP1	Hyperten*ou hypertension artérielle
		SP2	Cardiovasc* ou cœur* ou coronair* ou myocar* ou accident vasculaire cérébral*
			ou cérébrovas* ou ischém*
		SP3	Respir* ou asthme ou maladie pulmonaire* ou pulmon* ou BPCO ou dyspnée ou emphys* ou bronchite
		SP4	Arthr* ou ostéoarthr* ou polyarthrite rhumatoïde ou spondylarthr* ou musculosquelet*
		SP5	Diabète ou diabète sucré
		SP6	Intestin* ou colite* ou colite ulcéreuse ou Crohn
		SP7	Néoplas* ou tumeur ou cancer ou malign*
		SP8	Neurocogn* ou neurol* ou démence ou amnestique ou Alzheimer* ou Parkin* ou épilepsie
		SP9	Maladie du rein* ou urol* ou néphr*
		SP10	Obés*
		SP11	Syndrome métabolique
SP12	Fragil*		
SM2	Anxiété*	SP1	Hyperten*ou hypertension artérielle
		SP2	Cardiovasc* ou cœur ou coronair* ou myocar* ou accident vasculaire cérébral ou cérébrovas* ou ischém*
		SP3	Respir* ou asthme ou maladie pulmonaire* ou pulmon* ou BPCO ou dyspnée ou emphys* ou bronchite
		SP4	Arthr* ou ostéoarthr* ou polyarthrite rhumatoïde ou spondylarthr* ou musculosquelet*

	SP5	Diabète ou diabète sucré
	SP6	Intestin* ou colite* ou colite ulcéreuse ou Crohn
	SP7	Néoplas* ou tumeur ou cancer ou malign*
	SP8	Neurocogn* ou neurol* ou démence ou amnestique ou Alzheimer* ou Parkin* ou épilepsie
	SP9	Maladie du rein* ou urol* ou néphr*
	SP10	Obés*
	SP11	Syndrome métabolique
	SP12	Fragil*

Code A	Concept (santé mentale)	Code B	Concept (santé physique)
SM3	Bipolair* ou maniac*	SP1	Hyperten*ou hypertension artérielle
		SP2	Cardiovasc* ou cœur ou coronair* ou myocar* ou accident vasculaire cérébral ou cérébrovas* ou ischém*
		SP3	Respir* ou asthme ou maladie pulmonaire* ou pulmon* ou BPCO ou dyspnée ou emphys* ou bronchite
		SP4	Arthr* ou ostéoarthr* ou polyarthrite rhumatoïde ou spondylarthr* ou musculosquelet*
		SP5	Diabète ou diabète sucré
		SP6	Intestin* ou colite* ou colite ulcéreuse ou Crohn
		SP7	Néoplas* ou tumeur ou cancer ou malign*
		SP8	Neurocogn* ou neurol* ou démence ou amnestique ou Alzheimer* ou Parkin* ou épilepsie
		SP9	Maladie du rein* ou urol* ou néphr*
		SP10	Obés*
		SP11	Syndrome métabolique
		SP12	Fragil*
SM4	Schizophr* ou schizo-aff*	SP1	Hyperten*ou hypertension artérielle
		SP2	Cardiovasc* ou cœur ou coronair* ou myocar* ou accident vasculaire cérébral ou cérébrovas* ou ischém*
		SP3	Respir* ou asthme ou maladie pulmonaire* ou pulmon* ou BPCO ou dyspnée ou emphys* ou bronchite
		SP4	Arthr* ou ostéoarthr* ou polyarthrite rhumatoïde ou spondylarthr* ou musculosquelet*
		SP5	Diabète ou diabète sucré
		SP6	Intestin* ou colite* ou colite ulcéreuse ou Crohn
		SP7	Néoplas* ou tumeur ou cancer ou malign*
		SP8	Neurocogn* ou neurol* ou démence ou amnestique ou Alzheimer* ou Parkin* ou épilepsie
		SP9	Maladie du rein* ou urol* ou néphr*
		SP10	Obés*

	SP11	Syndrome métabolique
	SP12	Fragil*

Code A	Concept (santé mentale)	Code B	Concept (santé physique)
SM5	Psychos* ou psychot*	SP1	Hyperten*ou hypertension artérielle
		SP2	Cardiovasc* ou cœur ou coronair* ou myocar* ou accident vasculaire cérébral ou cérébrovas* ou ischém*
		SP3	Respir* ou asthme ou maladie pulmonaire* ou pulmon* ou BPCO ou dyspnée ou emphys* ou bronchite
		SP4	Arthr* ou ostéoarthr* ou polyarthrite rhumatoïde ou spondylarthr* ou musculosquelet*
		SP5	Diabète ou diabète sucré
		SP6	Intestin* ou colite* ou colite ulcéreuse ou Crohn
		SP7	Néoplas* ou tumeur ou cancer ou malign*
		SP8	Neurocogn* ou neurol* ou démence ou amnestique ou Alzheimer* ou Parkin* ou épilepsie
		SP9	Maladie du rein* ou urol* ou néphr*
		SP10	Obés*
		SP11	Syndrome métabolique
		SP12	Fragil*
SM6	Troubles obsessionnels compulsifs ou névrose	SP1	Hyperten*ou hypertension artérielle
		SP2	Cardiovasc* ou cœur ou coronair* ou myocar* ou accident vasculaire cérébral ou cérébrovas* ou ischém*
		SP3	Respir* ou asthme ou maladie pulmonaire* ou pulmon* ou BPCO ou dyspnée ou emphys* ou bronchite
		SP4	Arthr* ou ostéoarthr* ou polyarthrite rhumatoïde ou spondylarthr* ou musculosquelet*
		SP5	Diabète ou diabète sucré
		SP6	Intestin* ou colite* ou colite ulcéreuse ou Crohn
		SP7	Néoplas* ou tumeur ou cancer ou malign*
		SP8	Neurocogn* ou neurol* ou démence ou amnestique ou Alzheimer* ou Parkin* ou épilepsie
		SP9	Maladie du rein* ou urol* ou néphr*
		SP10	Obés*
		SP11	Syndrome métabolique
		SP12	Fragil*

Code A	Concept (santé mentale)	Code B	Concept (santé physique)
SM7	Trauma* ou TSPT ou post-traum* ou stress	SP1	Hyperten*ou hypertension artérielle
		SP2	Cardiovasc* ou cœur ou coronair* ou myocar* ou accident vasculaire cérébral ou cérébrovas* ou ischém*

		SP3	Respir* ou asthme ou maladie pulmonaire* ou pulmon* ou BPCO ou dyspnée ou emphys* ou bronchite
		SP4	Arthr* ou ostéoarthr* ou polyarthrite rhumatoïde ou spondylarthr* ou musculosquelet*
		SP5	Diabète ou diabète sucré
		SP6	Intestin* ou colite* ou colite ulcéreuse ou Crohn
		SP7	Néoplas* ou tumeur ou cancer ou malign*
		SP8	Neurocogn* ou neurol* ou démence ou amnestique ou Alzheimer* ou Parkin* ou épilepsie
		SP9	Maladie du rein* ou urol* ou néphr*
		SP0	Obés*
		SP11	Syndrome métabolique
		SP12	Fragil*
SM8	Substance* ou dépend* ou abus de drogue compuls* ou dépendance aux drogues	SP1	Hyperten*ou hypertension artérielle
		SP2	Cardiovasc* ou cœur ou coronair* ou myocar* ou accident vasculaire cérébral ou cérébrovas* ou ischém*
		SP3	Respir* ou asthme ou maladie pulmonaire* ou pulmon* ou BPCO ou dyspnée ou emphys* ou bronchite
		SP4	Arthr* ou ostéoarthr* ou polyarthrite rhumatoïde ou spondylarthr* ou musculosquelet*
		SP5	Diabète ou diabète sucré
		SP6	Intestin* ou colite* ou colite ulcéreuse ou Crohn
		SP7	Néoplas* ou tumeur ou cancer ou malign*
		SP8	Neurocogn* ou neurol* ou démence ou amnestique ou Alzheimer* ou Parkin* ou épilepsie
		SP9	Maladie du rein* ou urol* ou néphr*
		SP10	Obés*
		SP11	Syndrome métabolique
		SP12	Fragil*

Code A	Concept (santé mentale)	Code B	Concept (santé physique)
SM9	Trouble de l'alimentation ou du comportement alimentaire ou boulimie ou hyperphagie boulimique	SP1	Hyperten*ou hypertension artérielle
		SP2	Cardiovasc* ou cœur ou coronair* ou myocar* ou accident vasculaire cérébral ou cérébrovas* ou ischém*
		SP3	Respir* ou asthme ou maladie pulmonaire* ou pulmon* ou BPCO ou dyspnée ou emphys* ou bronchite
		SP4	Arthr* ou ostéoarthr* ou polyarthrite rhumatoïde ou spondylarthr* ou musculosquelet*

SP5	Diabète ou diabète sucré
SP6	Intestin* ou colite* ou colite ulcéreuse ou Crohn
SP7	Néoplas* ou tumeur ou cancer ou malign*
SP8	Neurocogn* ou neurol* ou démence ou amnestique ou Alzheim* ou Parkin* ou épilepsie
SP9	Maladie du rein* ou urol* ou néphr*
SP10	Obés*
SP11	Syndrome métabolique
SP12	Fragil*

Recherche 3 : Termes généraux en santé mentale et physique chez les populations prioritaires et en quête d'équité

Code A	Concept (comorbidité)	Code B	Combiné avec les groupes prioritaires
CM1	Multimorbid* ou comorbid*	GP1	Désavan* ou difficiles à rejoindre ou marginalis* ou vulnérables ou socioéconomiques ou inégalit* ou inéquit* ou inégal*
		GP2	Émigrant* ou étranger* ou né à l'étranger ou immigrant* ou migrant* ou im/migrant* ou réfugié*
		GP3	Ethni* ou minorit* ethnique ou population minoritaire* ou race* ou racial* ou minorit* raciale* ou minorit* visible
		GP4	Âgé ou vieillissant ou aîné* ou vieux* ou plus vieux ou senior* ou fragile*
		GP5	Campagne ou éloigné ou rural
		GP6	Éducation* ou littéra* ou illitéra*
		GP7	Revenu* ou pauvre ou pauvreté
		GP8	Sex* ou femmes
		GP9	Autochton* ou Premières Nations ou Inuits ou Métis
		GP10	2SLGBTQ+ ou GLBT ou person* ou non hétérosexuel* ou sexuel ou minorités ou gai ou minorit* de genre ou lesbienne ou bisexuel ou homosexuel ou queer ou pansexuel
		GP11	Canada et français Québec et anglais

2. Recherches sur la littérature grise

1) Thèses et dissertations

- Thèses et dissertations ProQuest
- Portail de Thèses Canada
- Networked Digital Library of Theses and Dissertations

2) Documents et délibérations de conférence

- PapersFirst

- ProceedingsFirst
- 3) Organismes internationaux, nationaux et provinciaux sans but lucratif (traitent des groupes de maladie ciblés et des populations prioritaires)
- a. Échelle internationale
 - Organisation mondiale de la Santé
 - Mental Health International
 - Mental Health Foundation, Royaume-Uni : <https://www.mentalhealth.org.uk/>
 - MIND UK : <https://www.mind.org.uk/>
 - Communauté internationale de recherche sur la multimorbidité
 - Equally Well, Australie : <https://www.equallywell.org.au/>
 - Equally Well, Nouvelle-Zélande : <https://www.tepou.co.nz/initiatives/equally-well-physical-health/37>
 - Equally Well, Royaume-Uni : <https://equallywell.co.uk/>
 - b. Échelle nationale
 - Société Alzheimer du Canada
 - Association canadienne des troubles anxieux
 - Société de l'arthrite
 - Société canadienne de l'asthme
 - Autisme Canada
 - Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances
 - Association canadienne du diabète
 - Canadian Frailty Network
 - Société canadienne d'hypertension artérielle
 - Association pulmonaire du Canada
 - Association canadienne pour la santé mentale
 - Centre de sensibilisation au TDAH Canada
 - Crohn et Colite Canada
 - Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada
 - Syndrome Métabolique Canada
 - Société pour les troubles de l'humeur du Canada
 - Obésité Canada
 - OCD Canada
 - Parkinson Canada
 - Société canadienne de schizophrénie
 - Diabète Canada
 - Cardiac Health Foundation of Canada
 - Société Huntington du Canada
 - Fondation canadienne du rein
 - Centre d'excellence pour la santé des femmes (pour les études pertinentes utilisant une analyse fondée sur le sexe et le genre)
 - c. Organismes provinciaux sans but lucratif

- Chapitres provinciaux d'organismes nationaux sans but lucratif énumérés ci-dessus
 - Organismes provinciaux sans but lucratif (p. ex. Organisation nationale des femmes immigrantes et des femmes appartenant à une minorité visible du Canada)
 - Medical Psychiatry Alliance (<https://www.medpsychalliance.ca/>)
- 4) Ministères et organismes gouvernementaux (internationaux et nationaux)
- Ministères de la Santé (fédéral et provinciaux), y compris les ministères pour les maladies chroniques et les soins primaires
 - Autorités sanitaires provinciales et régionales (Vancouver Coastal Health et autres en Colombie-Britannique et au Canada)
 - Agence de la santé publique du Canada
 - Centre for Health Services and Policy Research (CHSPR), Université de la Colombie-Britannique
 - Saskatchewan Health Quality Council
 - Institut de recherche en services de santé, Ontario
 - Institute of Health Economics, Alberta
 - Agency for Healthcare Research and Quality, États-Unis
 - Santé publique Ontario
- 5) Associations de fournisseurs de soins de santé nationaux et provinciaux (internationaux et nationaux)
- Association médicale canadienne
 - Association des psychiatres du Canada
 - Société canadienne de psychologie
 - Association des infirmières et infirmiers du Canada
 - Association canadienne de physiothérapie
 - Association canadienne des ergothérapeutes
 - Les diététistes du Canada
 - Chapitres provinciaux des associations énumérées ci-dessus

La liste de contrôle de la littérature grise « Matière grise », élaborée par l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé, et le Grey Literature Report de la New York Academy of Medicine seront également mis à profit afin de trouver des organisations pertinentes pour l'examen. Bien que certaines sources de littérature grise puissent utiliser des vedettes-matières normalisées pour indexer leurs publications, la grande majorité d'entre elles reposent sur l'extraction d'informations par mot clé. En général, les mots clés de la stratégie détaillée dans le tableau ci-dessous seront utilisés pour interroger les sources identifiées, en prévoyant une modification en fonction du contexte.

- 6) Vérification des sources citées (extraction de références et recherche en boule de neige)

L'extraction de références et la recherche en boule de neige, des techniques qui représentent les deux faces d'une même pièce, sont des stratégies utiles supplémentaires pour dénicher des études pertinentes. L'extraction de références consiste à passer au peigne fin des bibliographies et des listes de références d'articles clés pour trouver de la littérature pertinente similaire. La recherche en boule de neige comprend l'utilisation d'une base de données de références citées, comme Web of Science ou une fonction parallèle dans Google Scholar et d'autres bases de données pour déterminer qui a cité l'article en question.

7) Contacts personnels

Pour découvrir la littérature la plus récente, les travaux qui n'ont pas encore été indexés ou même les travaux en cours, le travail par le biais de contacts personnels est une méthode efficace. Au fur et à mesure de la recherche, nous dresserons une liste des auteurs clés à contacter.

Contexte

Objectifs de la stratégie de recherche : 1) obtenir de la documentation sur les comorbidités physiques et mentales courantes qui décrit leur prévalence et leur incidence tout au long de la vie et parmi les populations prioritaires et les groupes en quête d'équité, et 2) obtenir de la documentation sur les comorbidités physiques et mentales courantes et des stratégies efficaces pour les prévenir et les atténuer tout au long de la vie et parmi les populations prioritaires et les groupes en quête d'équité. Les critères suivants seront appliqués à la sélection des résumés.

1. Le résumé fait-il référence à au moins une des conditions de santé mentale suivantes?

- Troubles dépressifs (y compris la dépression majeure et la dépression)
- Troubles bipolaires et connexes (y compris les troubles maniacodépressifs)
- Anxiété
- Spectre de la schizophrénie (schizo-affectif)
- Troubles psychotiques (y compris la psychose)
- Troubles obsessionnels compulsifs (y compris la névrose)
- Troubles liés aux traumatismes et aux facteurs de stress (p. ex. trouble de stress post-traumatique)
- Troubles liés à la consommation de substances et à la toxicomanie (y compris les troubles compulsifs, l'abus de drogues, la dépendance aux drogues et le jeu)
- Troubles de l'alimentation et du comportement alimentaire (y compris l'anorexie, la boulimie et l'hyperphagie boulimique)

ET

2. Le résumé fait-il référence à au moins une des conditions de santé physique suivantes?

- Diabète (y compris le diabète sucré)
- Maladies cardiovasculaires (y compris l'hypertension ou la pression artérielle élevée, les infarctus du myocarde, les maladies coronariennes, les accidents vasculaires cérébraux et les cardiopathies ischémiques)
- Maladies respiratoires chroniques (y compris l'asthme, les maladies pulmonaires, les maladies pulmonaires obstructives chroniques, la dyspnée, l'emphysème et la bronchite)
- Arthrite (polyarthrite rhumatoïde, arthrose, spondylarthrite, arthrite musculosquelettique)
- Maladies inflammatoires de l'intestin (y compris les colites, les colites ulcéreuses et la maladie de Crohn)
- Cancers (néoplasme, tumeurs, tous les types)
- Maladies du rein (y compris la néphrite et les maladies rénales)
- Obésité
- Syndrome métabolique
- Fragilité

- Affections neurocognitives (démence, amnésie, maladie d'Alzheimer, maladie de Parkinson, épilepsie)

Remarque : Le résumé peut faire référence à des multimorbidités ou à des comorbidités et être propre aux conditions de santé. Dans ce cas, sélectionnez-le et il sera analysé lors de l'examen du texte intégral.

3. L'étude porte-t-elle sur des adultes (18 ans et plus)?

4. Le résumé est-il rédigé en anglais?

Exclure : Lésion cérébrale traumatique, études sur les enfants et adolescents (inclure les adultes de 18 ans et plus), études sur les animaux

La recherche inclut tous les types d'études : intervention, épidémiologie, qualitative.

Ajout de critères d'inclusion et d'exclusion pour l'examen des textes intégraux

Les combinaisons de conditions de santé mentale et physique suivantes ont obtenu un nombre élevé de résultats de recherche.

1. Dépression et diabète
2. Dépression et maladie cardiovasculaire ou hypertension
3. Dépression et maladie d'Alzheimer ou démence
4. Dépression et cancer
5. Dépression et affections respiratoires
6. Dépression et arthrite
7. Anxiété et maladies cardiovasculaires
8. Anxiété et cancer

Les critères suivants ont été appliqués :

1. études sélectionnées, revues et méta-analyses systématiques, études de cohorte, études qualitatives (à l'exclusion des études rétrospectives, des cas-témoins, des études transversales, des séries de cas, des études de cas, des lettres à l'éditeur et des revues narratives);
2. études sélectionnées qui incluent au moins une des populations prioritaires ou en quête d'équité suivantes.

Critères supplémentaires pour l'ensemble des études

Exclusion d'études

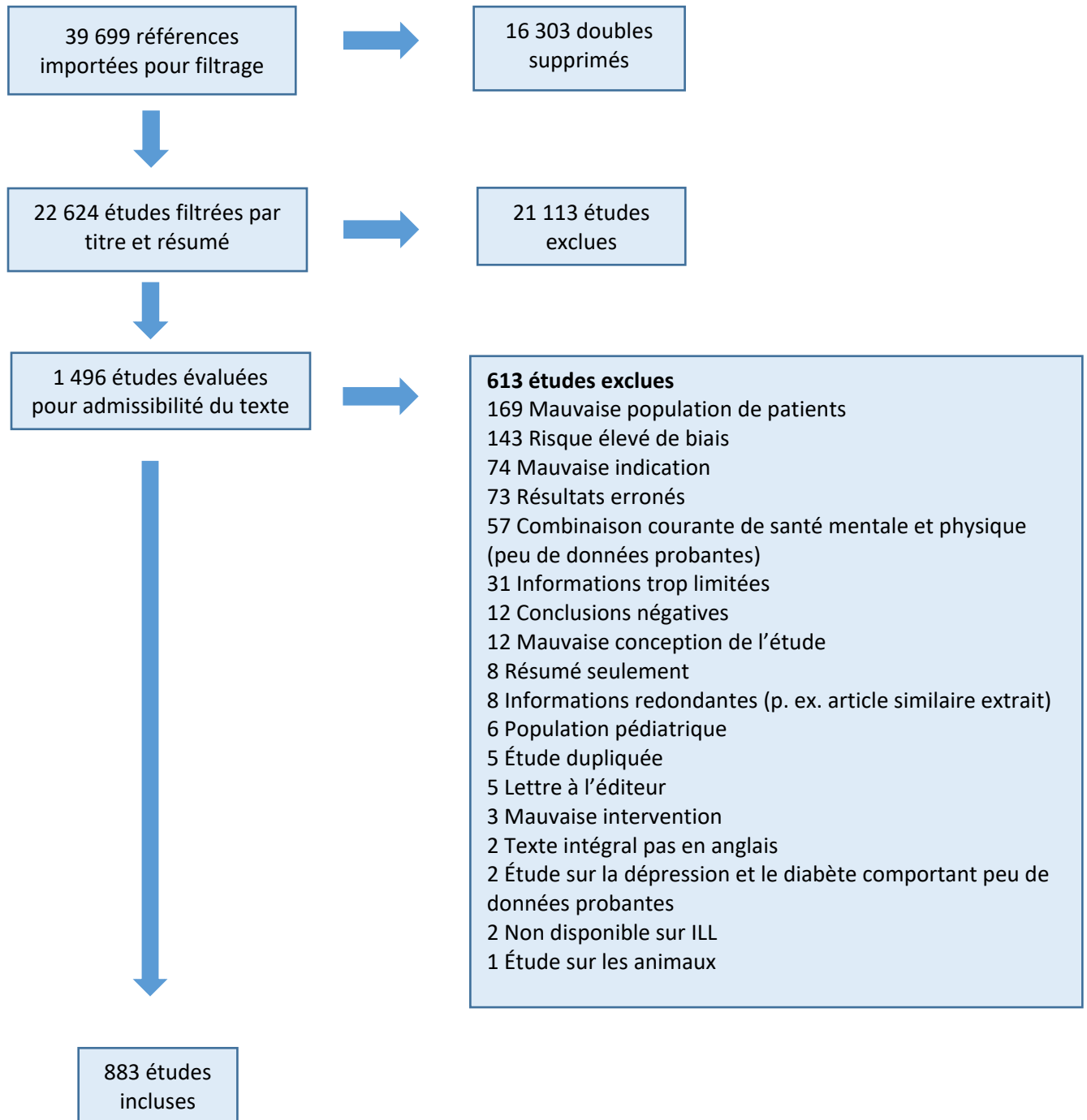
- Lorsque les facteurs comme les symptômes de dépression ou d'anxiété représentent une variable de résultat secondaire, font partie d'une autre construction (p. ex.

qualité de vie, mesures de résultats pour les patients), ou ne sont pas abordés en profondeur

- Lorsque les comorbidités primaires de santé mentale et physique ne font pas partie de la construction principale
- Études de validation d'outils de mesure où la dépression et l'anxiété constituent une sous-échelle

Annexe B : Résultats de la stratégie de recherche

Résultats PRISMA





Commission de
la santé mentale
du Canada

Mental Health
Commission
of Canada



Commission de la santé mentale du Canada

Bureau 1210, 350 rue Albert
Ottawa, ON K1R 1A4

Tel : 613.683.3755
Fax : 613.798.2989

infocsmc@commissionsantementale.ca
www.commissionsantementale.ca

[@CSMC_MHCC](https://twitter.com/CSMC_MHCC) [f/theMHCC](https://www.facebook.com/theMHCC) [y/1MHCC](https://www.youtube.com/channel/UC1MHCC) [@theMHCC](https://www.instagram.com/theMHCC)

[in/Commission de la santé mentale du Canada](https://www.linkedin.com/company/commission-de-la-santé-mentale-du-canada)