



FOND DE L'HISTOIRE^{MD}

JUIN 2018



**ON PARLE BEAUCOUP DU TRAITEMENT
DE LA DÉPRESSION
...MAIS QU'EN EST-IL DE LA PRÉVENTION?**

PAGE 2

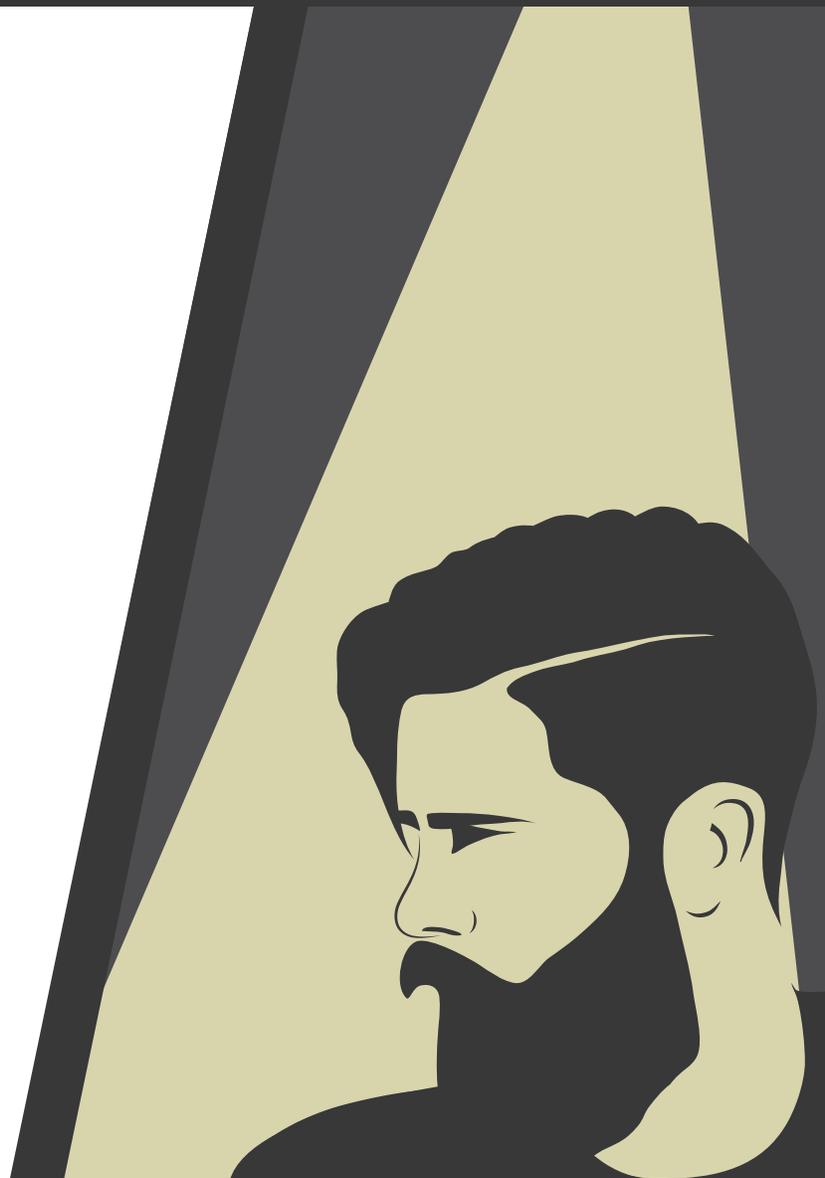
NOUVEAUTÉS

Un rapport propose d'étendre la couverture pour soins dentaires des régimes publics

Le dérèglement de l'horloge biologique est associé à des problèmes de santé mentale

Le point sur les opioïdes

PAGE 9



ON PARLE BEAUCOUP DU TRAITEMENT DE LA DÉPRESSION



...MAIS QU'EN EST-IL
DE LA PRÉVENTION?



La dépression nuisant fortement à tous les aspects de la vie – y compris la vie professionnelle, par son incidence sur l'absentéisme, le présentéisme et l'invalidité –, il existe aujourd'hui un vaste corpus de données probantes à l'appui de son traitement. Mais pourquoi ne pas miser également sur la prévention pour atténuer les répercussions de cette maladie? Heureusement, les données probantes à l'appui de la prévention de la dépression sont de plus en plus nombreuses. Nous avons donc enfin des nouvelles encourageantes à vous communiquer à ce sujet...

La prévention : un ajout à l'arsenal de prise en charge

Il existe fort heureusement des traitements efficaces contre la dépression, mais l'idéal serait évidemment de réussir à diminuer l'incidence de la maladie. Or, l'approche qui sous-tend le fonctionnement du système de soins de santé au Canada – ou, devrions-nous dire, de « soins aux malades » – est souvent loin d'être idéale. Elle consiste habituellement à réagir à la maladie en la diagnostiquant et en la traitant plutôt qu'à miser sur sa prévention.

LA DÉPRESSION TRÔNE AU SOMMET DE LA LISTE DES CAUSES DE MAUVAISE SANTÉ

Selon les dernières estimations de l'Organisation mondiale de la santé, la dépression est la principale cause de mauvaise santé et d'invalidité à l'échelle mondiale : plus de 300 millions de personnes en souffraient en 2015, ce qui représente une augmentation de plus de 18 % par rapport à 2005¹.

Cette morbidité et cette invalidité considérables se reflètent dans l'incidence de la dépression en milieu de travail. Selon une estimation du Conference Board du Canada, en 2010, seulement 17 % des personnes atteintes de dépression ou d'anxiété travaillaient à temps plein et étaient pleinement fonctionnelles au boulot, 40 % travaillaient à temps plein sans être pleinement fonctionnelles et 20 % travaillaient à temps partiel parce qu'elles étaient incapables d'être au poste à temps plein. La proportion restante, soit 23 %, n'était pas en mesure de travailler du tout².

En outre, comme vous vous en souvenez peut-être, nous indiquions dans le numéro de juin 2016 du bulletin *Le fond de l'histoire* que la dépression occupe probablement le deuxième rang, si ce n'est le premier, des demandes de règlement et des coûts liés à l'invalidité dans votre organisation. Sans compter que, bon an mal an, l'Étude sur la santé de GSC révèle que les antidépresseurs accaparent une plus grande part du volume d'affaires de GSC que toute autre catégorie de médicaments, tant en ce qui a trait au nombre de demandes de règlement qu'au coût.

De toute évidence, les promoteurs de régime investissent beaucoup d'argent dans le traitement de la dépression. Espérons que l'ajout de la prévention à l'arsenal de prise en charge contribuera non seulement à améliorer la santé des membres du régime, mais aussi à freiner les coûts.

QU'EST-CE QUE LA DÉPRESSION?

La dépression majeure – également appelée épisode (ou trouble) dépressif majeur, dépression clinique ou, tout simplement, dépression – est un trouble de l'humeur dont les symptômes persistent au-delà de deux semaines et se caractérisent par de la tristesse ou une perte d'intérêt pour les activités habituelles et une diminution du plaisir qui en est tiré. Ces symptômes ont une incidence négative sur le fonctionnement quotidien au travail ou à l'école ou sur les relations sociales. Il existe divers types de dépression, comme la dépression postpartum, la dépression saisonnière et la dépression psychotique.

Qu'est-ce qui cause la dépression?

Il n'y a pas de réponse simple à cette question, car n'importe qui peut devenir déprimé. En outre, la combinaison de plusieurs facteurs interreliés – qu'on appelle des facteurs de risque – augmente habituellement le risque de dépression.

Facteurs de risque⁵

Il est possible de souffrir de dépression sans avoir de facteurs de risque. Cela dit, habituellement, plus une personne présente de facteurs de risque parmi les suivants, plus elle est vulnérable à la dépression.

- Predisposition génétique à la dépression ou antécédents familiaux de dépression
- Sexe féminin
- Facteurs biologiques (p. ex., déséquilibre chimique du cerveau et du système endocrinien/immunitaire; ces facteurs peuvent être génétiques ou attribuables aux habitudes de vie, comme la sédentarité et une mauvaise alimentation)
- Maladies chroniques d'ordre physique ou mental
- Événements marquants de la vie
- Facteurs de risque sociaux (violence ou négligence à l'égard d'un enfant)
- Facteurs de stress liés à l'environnement
- Absence ou quasi-absence de soutien social
- Type de personnalité (p. ex., faible estime de soi, pessimisme anxieux, perfectionnisme)
- Faible statut socioéconomique
- Troubles du sommeil
- Prise de certains médicaments (p. ex., certains bêta-bloquants et inhibiteurs calciques employés pour traiter l'hypertension)
- Abus d'alcool ou d'autres drogues (ce comportement, en plus de constituer un facteur de risque, peut être secondaire à la dépression et constituer une forme d'automédication)

Dans le passé, cette approche était sensée : le système de santé canadien a en effet été créé dans le contexte de l'après-Deuxième Guerre mondiale pour prodiguer des soins de courte durée à la population. Toutefois, si l'on tient compte du fait qu'un peu plus de la moitié des adultes canadiens souffrent d'au moins une maladie chronique, on constate que cette approche n'a plus sa place dans le contexte actuel³. Il n'a jamais été aussi important de miser sur la prévention. Pourquoi alors ne pas tenter de s'attaquer à la dépression en amont, comme on le fait pour d'autres maladies chroniques depuis des décennies?

L'ajout de la prévention à l'arsenal de prise en charge de la dépression peut aussi s'avérer bénéfique compte tenu des nombreuses variantes de la maladie et des défis que pose son traitement. Vous vous souviendrez peut-être que dans les numéros de juin 2016 et de janvier 2017 du bulletin *Le fond de l'histoire*, nous expliquions que les tendances que nous observons aujourd'hui sont attribuables à divers enjeux; parmi ceux-ci figurent notamment la prescription excessive d'antidépresseurs et leur prescription à des doses sous-thérapeutiques. De même, vous vous rappellerez sans doute (étant donné que nous en parlons sans cesse) que l'observance thérapeutique est un problème non négligeable : nous voyons beaucoup de « décrocheurs » (des patients qui ne commencent jamais leur traitement) et d'« occasionnels » (des patients qui ne poursuivent pas leur traitement après la première ordonnance).

La prévention a manifestement un rôle à jouer pour atténuer l'incidence de la dépression, à l'instar de celle d'autres maladies chroniques. Mais comment s'y prendre?

Cibler les principaux facteurs de risque de dépression

Pour adopter une approche proactive en soins de santé, il faut tout d'abord catégoriser les personnes selon leurs principaux facteurs de risque. Par exemple, des recherches indiquent que quatre facteurs de risque – tabagisme, consommation d'alcool, sédentarité et mauvaise alimentation – causent 90 % des maladies chroniques⁴.

Or, ces quatre facteurs sont modifiables. Autrement dit, des interventions proactives ont le potentiel d'aider les gens à changer leurs habitudes et, ce faisant, à atténuer leurs facteurs de risque et leur vulnérabilité à certaines maladies chroniques.

Donc en théorie, pour aider les membres du régime à éviter la dépression, il nous suffit de cerner leurs facteurs de risque de dépression et de leur proposer des interventions pour atténuer ces risques. Rien de plus facile, non? Eh non! La dépression n'a rien de simple. Ce qui rend la dépression difficile à diagnostiquer, c'est entre autres sa multitude de facteurs de risque. On en sait beaucoup moins sur les facteurs de risque de la dépression que sur ceux d'autres problèmes de santé physique, comme les maladies cardiovasculaires, par exemple. Les données probantes à ce sujet sont heureusement de plus en plus nombreuses, et elles indiquent que certains des principaux facteurs de risque de dépression sont modifiables.

Pas n'importe quels facteurs de risque... des facteurs de risque modifiables

La plupart des études ayant été menées sur la prévention de la dépression portent sur des groupes d'âge précis – p. ex., les adolescents ou les personnes âgées –, et beaucoup d'attention est accordée à la prévention des rechutes. Cela dit, il existe une étude australienne qui a été menée auprès de personnes âgées de 20 à 64 ans, ce qui la rend particulièrement intéressante. Les chercheurs ont défini le profil des participants en se basant notamment sur leurs caractéristiques démographiques et celles liées à leur mode de vie, puis ils ont fait le suivi des sujets pendant quatre ans pour évaluer leur état de santé.

Ils se sont rendu compte que les participants qui présentaient un trouble dépressif majeur manifeste avaient déjà signalé certains symptômes s'apparentant à ceux de la dépression, ce qui tend à indiquer que la maladie pointait à l'horizon. De plus, l'intensité de la dépression était significativement plus élevée chez les patients « jeunes, fumeurs, consommant de l'alcool en quantité nocive, voire dangereuse, consommant de la marijuana, ne faisant pas d'activité physique modérée, ne se considérant pas être en très bonne santé, peu scolarisés, occupant un emploi peu stable ou éprouvant des difficultés financières, ou ayant vécu davantage d'événements marquants⁶ ».

Des conclusions comme celles-là témoignent du fait que le risque de dépression est étroitement lié aux facteurs de risque modifiables. Il est permis d'espérer que si les membres du régime réussissent à modifier leurs habitudes de vie, ils pourront diminuer leurs facteurs de risque (et, peut-être, d'atténuer par le fait même leur risque de dépression). Il est également possible qu'une intervention précoce contribue à empêcher les premiers symptômes de dépression de prendre plus d'ampleur. Voici les faits saillants de plusieurs études ayant contribué à étoffer le corpus de données probantes sur certains des principaux facteurs de risque modifiables de la dépression.

MÊME UN PEU D'EXERCICE DE FAIBLE INTENSITÉ EST BÉNÉFIQUE

Dans une étude s'étendant sur 11 ans, des chercheurs ont suivi 33 908 adultes en bonne santé n'ayant aucun symptôme de problèmes de santé mentale ou physique. Les chercheurs ont découvert que faire régulièrement de l'exercice dans ses temps libres était associé à un risque moindre de souffrir de dépression dans le futur. La vraie bonne nouvelle, c'est que cet effet protecteur s'est majoritairement manifesté à un faible niveau d'exercice et a été observé quel que soit le degré d'intensité. En un mot, pour obtenir des bienfaits au chapitre de la prévention, peu importe combien d'exercice vous faites : il vous suffit de consacrer au moins une heure de votre temps à l'exercice chaque semaine. Vous avez bien lu, un total d'une heure suffit⁸!

La sédentarité

Pour examiner le rôle de l'activité physique dans la prévention de la dépression, des chercheurs ont récemment colligé les données de 49 études pour créer un échantillon de plus de 266 000 personnes sur quatre continents. Les sujets ayant suivi la directive consistant à faire 150 minutes d'activité aérobie modérée par semaine – p. ex., du vélo ou de la marche rapide – étaient moins susceptibles de faire une dépression au cours de la période de suivi, qui s'étendait sur près de huit ans, que ceux qui n'avaient pas suivi cette directive.

Selon les chercheurs, cela pourrait être attribuable au fait que l'exercice peut influencer sur des facteurs de risque biologiques par la chimie du cerveau et les systèmes endocriniens et immunitaires. De plus, l'exercice peut modifier les facteurs de risque environnementaux en créant des possibilités d'interaction sociale, par exemple. Globalement, les chercheurs en sont venus à la conclusion que l'exercice offre une protection contre la dépression à tout âge et quel que soit l'endroit où l'on se trouve dans le monde. Difficile de faire mieux! Difficile, mais pas impossible : selon une autre étude d'envergure réalisée récemment, l'exercice est bénéfique même à petites doses et à faible intensité. Génial, non? Jetez un coup d'œil sur l'encadré ci-contre pour en savoir plus⁷.



Une mauvaise alimentation

Les aliments-réconfort ne sont peut-être pas aussi réconfortants que leur nom l'indique. En fait, ils pourraient même faire plus de mal que de bien dans la prévention de la dépression. Des chercheurs ont analysé des données sur plus de 5 500 adultes pour examiner le lien entre la dépression et cinq facteurs prédéterminés associés à maladie : les caractéristiques démographiques, le mode de vie, le régime alimentaire, les biomarqueurs et les symptômes somatiques (sensations corporelles qu'une personne déprimée peut percevoir comme déplaisantes ou inquiétantes, comme des changements touchant les habitudes de sommeil, l'appétit ou la digestion, ou encore de la fatigue ou de la douleur). Les résultats obtenus témoignent non seulement du fait qu'une mauvaise alimentation augmente le risque de dépression, mais aussi que le régime alimentaire est le facteur le plus étroitement lié à la manifestation de cette maladie. Cette conclusion, de l'avis des chercheurs, contribuera largement à sensibiliser la population à la relation entre la dépression et le régime alimentaire; elle concorde d'ailleurs avec les données probantes selon lesquelles la santé intestinale influe sur la santé du cerveau et le comportement, lesquelles sont de plus en plus nombreuses⁹.

Ce qui se passe dans votre tête peut avoir une incidence sur vos intestins : c'est un fait bien documenté. Or, des chercheurs se sont rendu compte que l'inverse pourrait aussi être vrai. En fait, les intestins sont maintenant considérés comme un « deuxième cerveau » ou, plus scientifiquement, comme le système nerveux entérique (SNE). Il semblerait que le SNE échange de l'information avec le système nerveux central et notre autre cerveau (celui qui se trouve dans la tête). De plus en plus de recherches prouvent en effet que l'irritation du SNE peut générer des signaux au cerveau qui déclenchent des changements de l'humeur comme la dépression et l'anxiété¹⁰.

Un sommeil non réparateur

Les preuves à cet effet s'accumulent : une bonne nuit de sommeil peut améliorer notre humeur (tout nous semble moins tragique le matin, d'ailleurs). Diverses études témoignent du fait qu'un sommeil non réparateur – comme les troubles du sommeil ou un sommeil de courte durée – est corrélé à une augmentation du risque de dépression chez diverses populations reconnues pour manquer de sommeil, comme les étudiants universitaires, les nouvelles mères et les stagiaires en médecine (ou peut-être vous-même pendant les séries éliminatoires de la coupe Stanley)¹¹. De plus, un certain nombre d'études longitudinales – dans le cadre desquelles les chercheurs procèdent à l'observation des participants et à la collecte de données pendant une période allant de quelques mois à plusieurs années – indiquent que l'insomnie rend une personne plus vulnérable à une première dépression et à une rechute de dépression.

Par exemple, dans le cadre d'une étude, 1 244 adultes d'âge moyen ont fait l'objet d'un suivi pendant 12 ans. Le tiers des femmes et le quart des hommes de la population à l'étude souffraient d'insomnie. Au terme du suivi, après 12 ans, les trois quarts des participants qui se disaient insomniaques au départ l'étaient toujours. Les femmes qui avaient déclaré souffrir d'insomnie au début de l'étude étaient toutefois nettement plus susceptibles de se dire déprimées, ce qui n'était pas le cas des hommes (on remarquera que cette observation concorde avec les causes de la dépression énumérées dans l'encadré ci-dessus : le seul fait d'être une femme constitue un facteur de risque)¹².

Bien que les problèmes de sommeil soient courants chez les personnes souffrant de divers troubles de santé mentale – la dépression, entre autres –, l'inverse est probablement vrai aussi : le manque de sommeil peut favoriser certains troubles de santé mentale. En fait, les chercheurs estiment qu'il existe un lien si étroit entre le sommeil et l'humeur qu'il est souvent difficile, d'un point de vue clinique, de déterminer si c'est le manque de sommeil qui cause l'état dépressif ou vice versa.

Un stress chronique ou soutenu

Quand nous sommes détendus, les hormones et les substances chimiques de l'organisme régulent harmonieusement des fonctions comme le sommeil, la faim et l'énergie, de même que l'humeur et les émotions. Or, quand le stress se met de la partie – en particulier si ce stress dure depuis longtemps ou devient chronique –, on peut dire bye-bye à la régulation normale des fonctions corporelles. La sécrétion d'hormones comme le cortisol grimpe, tandis que celle d'autres hormones comme la sérotonine et la dopamine est à la baisse. Et quand la réponse au stress persiste, elle peut conduire à la dépression. Des recherches indiquent que dans bien des cas, les événements stressants de la vie sont associés à une augmentation des symptômes dépressifs chez les adultes et les adolescents¹³. Forcément, plus la vie d'une personne est jalonnée d'événements stressants, plus celle-ci sera susceptible de souffrir de dépression¹⁴.

Les études scientifiques prouvant l'existence d'un lien entre le stress chronique et la dépression s'accumulent. Cela dit, la science nous donne également de l'espoir au chapitre de la prévention. Récemment, les auteurs d'une méta-analyse scientifique ont examiné les résultats d'études portant sur les régions du cerveau touchées par le stress chronique, l'anxiété et la peur chez les humains et les animaux. Les résultats de la méta-analyse sont formels : on doit chercher à atténuer notre stress chronique et notre anxiété, faute de quoi le stress peut causer des dommages au cerveau pouvant mener à la dépression, voire à la démence. Une note d'espoir, toutefois : les chercheurs donnent à entendre que les dommages au cerveau causés par le stress ne seraient pas complètement irréversibles. Ils sont d'avis que certaines interventions – l'exercice, la pleine conscience et la thérapie cognitivo-comportementale, notamment – devraient être envisagées plus sérieusement¹⁵.

Résumons un peu le b. a.-ba de la prévention : manger sainement... faire de l'exercice (ne serait-ce qu'un peu)... bien dormir... se détendre...

Ça vous dit quelque chose? Les facteurs de risque modifiables de la dépression sont, dans bien des cas, les mêmes que ceux qui sont associés à diverses affections chroniques. Par voie de conséquence, les mesures préventives sont bien souvent semblables. Et comme pour les autres affections chroniques, il n'existe pas de solution miracle : c'est la *combinaison* de changements dans les habitudes de vie qui jouera un rôle déterminant dans la prévention de la dépression. De même, en encourageant les membres de votre régime à adopter de saines habitudes de vie, vous ne les aidez pas seulement à diminuer leur risque de dépression : vous les aidez aussi à se prémunir contre d'autres problèmes de santé.

Évidemment, pour adopter un mode de vie sain, il est important d'apprendre à tenir le stress en échec au travail. Vous vous souviendrez peut-être que dans le numéro de novembre de 2017 du bulletin *Le fond de l'histoire*, nous soulignons que les bienfaits de la psychothérapie – comme la pleine conscience et la thérapie cognitivo-comportementale – sont de plus en plus reconnus : on la considère non seulement comme un moyen de traiter la dépression par l'atténuation du stress, mais aussi comme une façon de la prévenir. Des recherches plus poussées doivent toutefois être menées à ce sujet, notamment pour mieux évaluer le rôle de la psychothérapie dans la prévention de la dépression avant qu'elle se manifeste (par opposition à la seule prévention des rechutes). Il faut aussi déterminer comment mettre en œuvre des techniques de psychothérapie en milieu de travail. On s'en occupe! Restez à l'écoute : les résultats de notre nouveau projet pilote sur la prévention de la dépression seront annoncés au cours des années 2018 et 2019.



PROJET PILOTE SUR LA PRÉVENTION DE LA DÉPRESSION

GSC entreprend un projet pilote en partenariat avec l'Institut de recherche en santé mentale de l'Université d'Ottawa. Ce projet vise à évaluer la convivialité et l'efficacité d'un programme en ligne destiné à prévenir l'apparition de la dépression chez des employés qui y sont particulièrement vulnérables.

Voici les étapes que nous suivrons :

- Nous recruterons 200 participants à l'étude par l'intermédiaire d'une autoévaluation à faire sur le portail Changerpourelavie^{MD}.
- Nous répartirons au hasard les patients qui répondent aux critères d'admissibilité – parmi lesquels figure le fait d'être exposé à un risque élevé de dépression majeure – dans un groupe témoin ou dans un groupe d'intervention.
- Nous fournirons au groupe témoin et au groupe d'intervention un lien vers un site Web d'autothérapie en santé mentale, lequel contient des ressources d'aide, des témoignages personnels et de l'information sur des problèmes de santé mentale courants.
- Seul le groupe d'intervention aura accès au programme en ligne de prévention de la maladie mentale. Ce programme, pierre angulaire du projet pilote, comprend huit séances hebdomadaires de 30 minutes qui se déroulent en ligne et qui sont axées sur deux stratégies thérapeutiques : la thérapie cognitivo-comportementale et la thérapie de résolution de problèmes.
- Après chaque séance, le participant a un travail à faire, qu'il doit ensuite soumettre en ligne.
- Le programme est encadré par des intervenants dûment formés accessibles par téléphone ou par messagerie texte. Ces intervenants peuvent par exemple commenter les devoirs des participants et leur expliquer les techniques et les principes de la thérapie cognitivo-comportementale et de la thérapie de résolution de problèmes. Soit dit en passant, si vous voulez en savoir plus sur la thérapie cognitivo-comportementale, cliquez ici : <https://www.camh.ca/fr/info-sante/index-sur-la-sante-mentale-et-la-dependance/la-therapie-cognitivo-comportementale>. Et pour en savoir plus sur la thérapie de résolution de problèmes, cliquez ici : <http://www.div12.org/sites/default/files/WhatsProblemSolvingTherapy.pdf>.

Finalement, nous procéderons à l'analyse des données : nous nous baserons à cette fin sur les réponses aux questionnaires en ligne et sur le suivi effectué par les intervenants auprès de tous les participants après trois et six mois. Les résultats mettront en lumière les différences observées entre le groupe témoin et le groupe d'intervention en ce qui a trait aux symptômes de dépression et d'anxiété. Ils permettront aussi d'évaluer les répercussions du programme en milieu de travail, notamment au chapitre du présentisme et de l'absentéisme.

Gardez l'œil ouvert : nous procéderons cet été au lancement du programme sur le portail Changerpourelavie. Les participants auront même droit à des points Changerpourelavie!



Sources :

- ¹ Des cerveaux sains au travail : Effets estimés des avantages sociaux et programmes en santé mentale offerts au travail; Le Conference Board du Canada, septembre 2016. Consulté en mai 2018 : <http://www.conferenceboard.ca/e-library/abstract.aspx?did=8243>.
- ² La dépression : parlons-en; site Web de l'Organisation mondiale de la santé – Santé mentale, avril 2017. Consulté en mai 2018 : http://www.who.int/mental_health/management/depression/fr/.
- ³ Améliorer les résultats en santé – un changement de paradigme : Centre de prévention des maladies chroniques plan stratégique 2016-2019; Agence de la santé publique du Canada, décembre 2015. Consulté en mai 2018 : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies-chroniques/centre-prevention-maladies-chroniques-plan-strategique-2016-2019-ameliorer-resultats-sante-changement-paradigme.html>.
- ⁴ Transforming health: Shifting from reactive to proactive and predictive care; Emily MacIntosh, Nirusan Rajakulendran, Zayna Khayat et Alexis Wise; MaRS, le 29 mars 2016. Consulté en mai 2018 : <https://www.marsdd.com/news-and-insights/transforming-health-shifting-from-reactive-to-proactive-and-predictive-care/>.
- ⁵ Depression in Parents, Parenting, and Children: Opportunities to Improve Identification, Treatment, and Prevention; MJ England, LJ Sim, éd.; US National Library of Medicine – National Institutes of Health, 2009. Consulté en mai 2018 : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK215119/>; **et** Patient Care & Health Information, site Web de la clinique Mayo – Diseases and Conditions, Depression (major depressive disorder). Consulté en mai 2018 : <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/depression/symptoms-causes/syc-20356007>; **et** Common high blood pressure meds affect mood disorders; Hypertension Journal Report, site Web de l'American Heart Association – catégorie : Heart News, le 10 octobre 2016. Consulté en mai 2018 : <https://newsroom.heart.org/news/common-high-blood-pressure-meds-affect-mood-disorders?preview=979c>.
- ⁶ Modifiable risk factors predicting major depressive disorder at four year follow-up: a decision tree approach; Philip J Batterham, Helen Christensen et Andrew J Mackinnon; *BMC Psychiatry*, 2009. Consulté en mai 2018 : <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-244X-9-75>.
- ⁷ Exercise lowers risk of depression at all ages, researchers find; Amina Zafar, CBC News, avril 2018. Consulté en mai 2018 : <http://www.cbc.ca/news/health/exercise-depression-prevention-1.4634002>; **et** Exercise protects against depression world over: comprehensive study; Lynn Desjardins, Radio Canada International, avril 2018. Consulté en mai 2018 : <http://www.rcinet.ca/en/2018/04/27/physical-activity-protection-depression-young-old/>.
- ⁸ Can Exercise Prevent Depression?; Emily Deans, *Psychology Today*, octobre 2017. Consulté en mai 2018 : <https://www.psychologytoday.com/us/blog/evolutionary-psychiatry/201710/can-exercise-prevent-depression>.
- ⁹ Exercise and the Prevention of Depression: Results of the HUNT Cohort Study; Samuel B. Harvey, *et al.*, *The American Journal of Psychiatry*, octobre 2017. Consulté en mai 2018 : <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/appi.ajp.2017.16111223?journalCode=ajp&>; **et** Getting RID of the blues: Formulating a Risk Index for Depression (RID) using structural equation modeling; JF Dipnall, *et al.*, US National Library of Medicine – National Institutes of Health, le 31 août 2017. Consulté en mai 2018 : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28856902>; **et** <https://www.smh.com.au/lifestyle/health-and-wellness/the-five-risk-factors-for-depression-20171016-gz1kww.html>.
- ¹⁰ The Brain-Gut Connection, site Web John Hopkins Medicine – Healthy Aging. Consulté en mai 2018 : https://www.hopkinsmedicine.org/health/healthy_aging/healthy_body/the-brain-gut-connection.
- ¹¹ Sleep Disturbance and Short Sleep as Risk Factors for Depression and Perceived Medical Errors in First-Year Residents; DA Kalmbach, *et al.*, 2017. Consulté en mai 2018 : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28369654>; **et** The effects of improving sleep on mental health (OASIS); Daniel Freeman, *et al.*, *The Lancet Psychiatry*, septembre 2017. Consulté en mai 2018 : [https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(17\)30328-0/fulltext?elsca1=tlpr](https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(17)30328-0/fulltext?elsca1=tlpr).
- ¹² Relationship between insomnia, depression, and mortality: a 12-year follow-up of older adults in the community; L Mallon, JE Broman et J Hetta, National Library of Medicine – National Institutes of Health, septembre 2000. Consulté en mai 2018 : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11081951>; **et** Sleep disturbances and depression: risk relationships for subsequent depression and therapeutic implications; Peter L. Franzen, Daniel J. Buysse, et Daniel J. Buysse, National Library of Medicine – National Institutes of Health, décembre 2008. Consulté en mai 2018 : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3108260/#ref27>.
- ¹³ Stressful Life Events and Depression Symptoms: The Effect of Childhood Emotional Abuse on Stress Reactivity; Benjamin G. Shapero, *et al.*, National Library of Medicine – National Institutes of Health, mars 2014. Consulté en mai 2018 : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3884028/>.
- ¹⁴ Life stress as potential risk factor for depression and burnout; T. Pliegera, *et al.*, *Science Direct*, mars 2015. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2213058614200088>.
- ¹⁵ Chronic stress, anxiety can damage the brain, increase risk of major psychiatric disorders; Baycrest Centre for Geriatric Care, janvier 2016. Consulté en mai 2018 : <https://www.sciencedaily.com/releases/2016/01/160121121818.htm>; **et** Can anxiety damage the brain?; L Mah, C Szabuniewicz, AJ Fiocco, National Library of Medicine – National Institutes of Health, janvier 2016. Consulté en mai 2018 : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26651008>.

NOUVEAUTÉS

UN RAPPORT PROPOSE D'ÉTENDRE LA COUVERTURE POUR SOINS DENTAIRES DES RÉGIMES PUBLICS

L'Institut C.D. Howe, dans un nouveau rapport intitulé *Filling the Cavities: Improving the Efficiency and Equity of Canada's Dental Care System*, fait une proposition en faveur de l'accès à une couverture pour soins dentaires pour tous les Canadiens. L'Institut suggère en effet que les gouvernements provinciaux étendent la portée des programmes publics de remboursement des soins dentaires et visent à offrir une assurance dentaire universelle à la population.

Le rapport propose que les gouvernements provinciaux élargissent graduellement l'accès aux programmes publics existants et fusionnent peu à peu ces programmes jusqu'à ce que tous les Canadiens bénéficient d'une couverture universelle. Cela dit, il suggère également le maintien des régimes privés en parallèle. La structure qui sera mise en place dans le futur pourrait être un « modèle mixte » dans lequel les régimes publics et privés coexistent. Les auteurs du rapport soutiennent qu'un tel modèle créerait une saine compétition, au sens où il permettrait au secteur de la dentisterie de gagner en efficacité et contribuerait à diminuer les coûts.

Le rapport souligne par ailleurs que la plupart des travailleurs à faible revenu et bon nombre de personnes retraitées ne bénéficient pas d'une couverture pour soins dentaires. Cette situation est à la fois attribuable à l'inadmissibilité aux programmes gouvernementaux de remboursement des soins dentaires et à l'absence de couverture par certains régimes privés. Les auteurs du rapport prévoient en outre que l'accès à une couverture pour soins dentaires se raréfiera probablement dans la prochaine décennie avec le départ à la retraite des baby-boomers et la perte de la couverture rattachée à leur statut d'employé. Sans compter que l'économie à la demande – caractérisée par une prédominance de travailleurs contractuels et de pigistes – devrait continuer de croître, diminuant d'autant la proportion de travailleurs ayant droit à un régime d'assurance collective.

Le rapport souligne que l'accès aux soins dentaires entraîne divers bienfaits, comme une amélioration de la qualité de vie et, dans certains cas, la capacité de prévenir des problèmes de santé tels la cardiopathie, l'accident vasculaire cérébral et certaines formes de cancer; ces pathologies ont toutes été associées à un manque d'accès aux soins dentaires. La démocratisation de ces soins contribuerait également à réduire la fréquence de la consultation de médecins de première ligne et les visites aux urgences ainsi que les coûts prohibitifs qui y sont associés.

Étendre la couverture pour soins dentaires à tous les Canadiens aurait, selon le rapport, plusieurs avantages. Cela dit, les auteurs reconnaissent du même souffle que la mise sur pied de cette structure ne se ferait pas sans heurt. Par exemple, pour que l'élargissement de la couverture débouche sur une prestation de services efficace, il faudrait déterminer de façon claire quels services seraient remboursés, les modèles de paiement et la réglementation applicable.

Pour en savoir plus et télécharger le rapport, rendez-vous à <https://www.cdhowe.org/public-policy-research/filling-cavities-improving-efficiency-and-equity-canada's-dental-care-system>.

LE DÉRÈGLEMENT DE L'HORLOGE BIOLOGIQUE EST ASSOCIÉ À DES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE

Les auteurs d'une nouvelle étude intitulée *Association of disrupted circadian rhythmicity with mood disorders, subjective wellbeing, and cognitive function* ont découvert qu'il existe une forte corrélation entre le dérèglement de l'horloge biologique et l'augmentation du risque de souffrir de troubles de l'humeur, notamment de dépression et de trouble bipolaire. Le dérèglement de l'horloge biologique est aussi étroitement lié à la diminution du bien-être subjectif, à l'augmentation du névrosisme et à une plus grande instabilité de l'humeur.

Notre horloge biologique – qu'on désigne également par le terme technique « rythmes circadiens » – correspond aux variations naturelles de notre comportement et de notre activité dans une période de 24 heures. Au cours de cette période, notre corps est notamment soumis à un cycle veille-sommeil et à des fluctuations de la libération d'hormones.

Les chercheurs ont accédé à des données portant sur 91 105 adultes faisant partie de la cohorte de la UK Biobank, au Royaume-Uni (la UK Biobank regroupe des données colligées auprès de 500 000 adultes [caractéristiques initiales et prélèvements] dans le but de favoriser la prévention, le diagnostic et le traitement d'une vaste gamme de maladies). L'analyse des données visait à définir le rythme activité-repos des participants au jour le jour. Les participants chez qui il était plus difficile de distinguer les périodes actives des périodes de repos – c'est-à-dire dont l'horloge biologique était perturbée – étaient exposés à un risque accru de dépression et de trouble bipolaire. De plus, ces patients faisaient une évaluation subjective peu favorable de leur degré de bonheur et de leur satisfaction par rapport à leur santé, et ils étaient plus susceptibles de souffrir de solitude.

De l'avis des chercheurs, ces résultats ont une importance particulière du fait que cette étude est la plus vaste du genre et que de plus en plus de gens vivent en milieu urbain. La vie urbaine est en effet reconnue pour augmenter le risque de dérèglement du rythme circadien et, si l'on se fie aux résultats de l'étude, elle pourrait par conséquent accroître le risque de souffrir de problèmes de santé mentale.

Pour en savoir plus et télécharger le rapport, rendez-vous à [https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(18\)30139-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(18)30139-1/fulltext).

LE POINT SUR LES OPIOÏDES

Un autocollant de mise en garde et de l'information à l'intention des patients sur l'utilisation des opioïdes sont maintenant obligatoires

Pour s'assurer que les patients reçoivent des renseignements cohérents et pertinents sur l'utilisation sécuritaire des opioïdes d'ordonnance et sur les risques qui y sont associés, Santé Canada a publié un règlement en vertu duquel les pharmacies et les cabinets de médecin de tout le pays seront tenus, dès octobre 2018, de fournir au patient un autocollant de mise en garde et une brochure d'information chaque fois qu'une ordonnance d'opioïde est exécutée. Ces mesures réglementaires obligeront aussi les entreprises pharmaceutiques à mettre en œuvre des plans de gestion des risques, c'est-à-dire à élaborer des documents d'information visant à réduire les méfaits qui pourraient être associés à l'utilisation des opioïdes.

PRINCIPES RAISONS JUSTIFIANT L'AMORCE D'UN TRAITEMENT PAR UN OPIOÏDE

Les chercheurs ont regroupé les raisons justifiant l'amorce d'un traitement par un opioïde en six catégories selon le pourcentage des ordonnances.

- Douleur dentaire : 23,2 %
- Douleur postopératoire : 17,4 %
- Douleur musculosquelettique : 12 %
- Douleur liée à un trauma : 11,2 %
- Cancer ou soins palliatifs : 6,5 %
- Autres types de douleur : 17,7 %

Le reste des ordonnances (12 %) ne figuraient pas dans les catégories susmentionnées.

L'autocollant de mise en garde indiquera que les opioïdes peuvent causer une dépendance, une toxicomanie et une surdose. La brochure à l'intention des patients fera état des effets secondaires possibles et des signes de surdose d'opioïdes. Elle comprendra aussi des mises en garde, comme de ne pas partager le médicament avec d'autres et de toujours le conserver loin de la portée des enfants.

Pour en savoir plus, rendez-vous à <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/nouvelles/2018/05/ajout-de-reglements-pour-fournir-aux-patients-de-meilleurs-renseignements-sur-lusage-securitaire-des-opioides.html>.

Les doses d'opioïdes prescrites en Ontario excèdent celles figurant dans les lignes directrices

Une nouvelle étude intitulée *Clinical indications associated with opioid initiation for pain management in Ontario, Canada: a population-based cohort study* indique que près du quart des nouvelles ordonnances d'opioïdes en Ontario excèdent les doses limites recommandées. L'an dernier, les médecins nord-américains appelés à traiter la douleur non liée au cancer par des opioïdes ont reçu la directive suivante : la dose d'opioïdes prescrite doit être limitée à moins de 90 mg d'équivalent morphine par jour, et idéalement à moins de 50 mg. Or, quand des chercheurs de l'Institute for Clinical Evaluative Sciences et de l'Hôpital St. Michael ont examiné les nouvelles ordonnances d'opioïdes rédigées à l'intention de plus de 650 000 Ontariens entre avril 2015 et mars 2016, ils se sont rendu compte que dans 23,9 % des cas, la dose quotidienne prescrite était supérieure à 50 milligrammes d'équivalent morphine.

Dans l'ensemble des indications cliniques, un important pourcentage de patients se sont fait prescrire une dose quotidienne supérieure à 50 milligrammes d'équivalent morphine et un traitement d'une durée excédant sept jours. Or, une dose élevée et un traitement prolongé sont des facteurs qui, une fois combinés, ont été associés à des effets indésirables liés aux opioïdes et au recours à cette catégorie de médicaments à long terme.

Les chercheurs estiment que les conclusions de cette étude devraient constituer un outil de sensibilisation à l'importance de mieux connaître les solutions de rechange dont nous disposons pour prendre en charge la douleur et qui pourraient convenir à certains patients, comme la thérapie cognitivo-comportementale et la physiothérapie; ces solutions pourraient contribuer à freiner le recours indu aux opioïdes.

Pour en savoir plus, rendez-vous à <https://www.ices.on.ca/Publications/Journal-Articles/2018/May/Clinical-indications-associated-with-opioid-initiation-for-pain-management-in-Ontario>.

Forte utilisation des opioïdes dans les établissements de soins de longue durée

Selon un nouveau rapport de l'Institut canadien d'information sur la santé fondé sur des données de 2016 et intitulé *Utilisation des médicaments chez les personnes âgées au Canada, 2016*, les personnes âgées résidant dans les établissements de soins de longue durée de cinq provinces sont deux fois plus susceptibles de se faire prescrire des opioïdes que les autres personnes de leur âge et trois fois plus susceptibles de prendre des antidépresseurs.

En ce qui a trait aux opioïdes, ceux-ci ont été prescrits à près de 40 % des résidents d'établissements de soins de longue durée en Colombie-Britannique, au Manitoba, au Nouveau-Brunswick, en Ontario et à l'Île-du-Prince-Édouard. En comparaison, 20,4 % des personnes âgées vivant dans la collectivité s'en sont fait prescrire. Quant aux antidépresseurs, ils ont été administrés à quelque 60 % des résidents des établissements de soins de longue durée de ces provinces, comparativement à 19,1 % des personnes âgées vivant dans la collectivité.

Pour en savoir plus et consulter le rapport, rendez-vous à <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/drug-use-among-seniors-2016-fr-web.pdf>.

CHEZ VOUS ET AILLEURS... *Des événements à ne pas manquer*

HR Tech Summit

Les 26 et 27 juin – Toronto Congress Centre

<http://hrtechsummit.com/toronto/>

Peter Gove, dirigeant de l'innovation en matière de la gestion de la santé de GSC, parlera des occasions et des limites à envisager lors de l'introduction de portails santé aux employés.

GAGNANT DU TIRAGE D'UN FITBIT

Toutes nos félicitations à **M. BRILLANTES, SCARBOROUGH (ONTARIO)**, gagnant de notre tirage mensuel d'un Fitbit. Dans le cadre de ce concours, le nom d'un membre sera tiré au sort parmi les membres du régime qui se sont inscrits aux Services en ligne des membres du régime.

Windsor	1.800.265.5615	Vancouver	1.800.665.1494
London	1.800.265.4429	Montréal	1.855.789.9214
Toronto	1.800.268.6613	Atlantique	1.844.666.0667
Calgary	1.888.962.8533	Service à la clientèle	1.888.711.1119



greenshield.ca