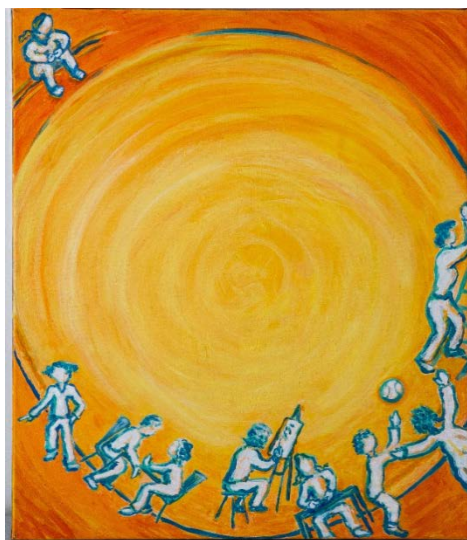


Programme Santé globale : un tremplin vers mon mieux-être

**Pour un complément thérapeutique
de premier choix**

Cadre de référence – Kinésiologie

version du 25 septembre 2019



Remerciements

Ce document a pu être réalisé grâce à la contribution de :

Auteurs

Donald Allaire, kinésiologue
Marianne Blais, kinésiologue
Nathalie Coulombe, chef de programme
Claudine Doire, kinésiologue
Louis Mercille, kinésiologue
Annick Simard, nutritionniste

Collaboration

Denis Boulanger, éducateur physique
Anika Dionne, kinésiologue
Brigitte Gagnon, éducatrice physique
Claude-Émilie Lefebvre, kinésiologue
Mylène B. Lemay, kinésiologue
Isabelle Lespérance, kinésiologue
Maxime Murray-Côté, kinésiologue
Mélanie Pelletier, éducatrice physique

Soutien administratif

Manon Bidégaré, agente administrative
Louise Carrière, agente administrative
Claudia-Kim Labrie, agente administrative

Table des matières

Lexique.....	4
1. Philosophie d'intervention	6
2. Données probantes tirées de la littérature	7
2.1 Constats majeurs	7
2.2 Impacts positifs sur la personne ayant un trouble de santé mentale	8
2.2.1 Sur le plan psychologique	8
2.2.2 Sur le plan physique.....	12
2.3 Facteurs d'engagement	19
3. Modèles de pratique en kinésiologie	21
4. Domaines d'activités cliniques.....	24
5. Objectifs cliniques	25
6. Offre de service.....	25
6.1 Clientèle en santé mentale-volet hospitalisation	25
6.2 Clientèle en santé mentale-volet externe	25
6.3 Services complémentaires	28
6.4 Activités de transfert de connaissances	28
6.5 Plateaux d'activité physique	28
7. Ambitions pour les cinq prochaines années.....	30
Annexe 1 : Indicateurs de mieux-être – kinésiologie.....	31
Annexe 2 : Fondements du programme.....	33
Annexe 3 : Objectifs cliniques généraux et spécifiques	34
Annexe 4 : Interfaces de collaborations interprofessionnelles au PSG.....	35
Annexe 5 : Valeurs ajoutées.....	36
Annexe 6 : Critères d'admissibilité	37
Annexe 7 : Trajectoire de référence	38
Annexe 8 : Maillage avec nos partenaires de la communauté	39
Annexe 9 : Fil conducteur – kinésiologie.....	41
Bibliographie.....	46

Lexique

Activité physique : Tout mouvement du corps produit par les muscles qui amènent une augmentation de la dépense d'énergie, au-delà de la dépense énergétique de repos.

Capacité fonctionnelle : Appelée aussi capacité cardiovasculaire ou capacité cardiorespiratoire, il s'agit de la consommation maximale d'oxygène à l'effort d'un individu (VO_2 max). Elle peut être mesurée ou estimée lors d'un test à l'effort maximal avec mesure directe (analyse des échanges gazeux) ou indirecte (charge maximale atteinte), ou à l'aide d'un test sous-maximal. La capacité fonctionnelle permet d'identifier la gamme d'activités physiques qu'un individu peut accomplir dans l'ensemble des aspects de sa vie. Une personne avec une capacité fonctionnelle de 5 METs peut avoir de la difficulté à vaquer à certaines activités de la vie domestique et quotidienne.

Composition corporelle : Attribut de la condition physique relié à la santé, il s'agit de la quantité absolue (kg) et relative (%) de masse maigre (muscles, os, tissus conjonctifs) et de masse adipeuse composant la masse totale du corps.

Condition physique : Aussi appelée forme physique, il s'agit d'une série d'attributs reliés à la santé ou à la performance. Les attributs reliés à la santé sont l'endurance cardiovasculaire, la composition corporelle, la force musculaire, l'endurance musculaire et la flexibilité. Ceux reliés à la performance sont l'agilité, la coordination, l'équilibre, la puissance, le temps de réaction et la vitesse. En plus de ces caractéristiques, la condition physique est définie comme l'habileté à accomplir les activités quotidiennes avec vigueur, sans fatigue excessive, et à constituer une réserve d'énergie suffisante pour profiter des activités de loisirs et rencontrer les situations d'urgence physique et mentale. Elle contribue non seulement à la santé, mais aussi à la vie active.

Dépense énergétique de repos : Aussi appelée métabolisme de base, c'est la quantité d'énergie dont l'organisme a besoin pour remplir ses fonctions vitales (travail du cœur, poumons, reins, foie, etc.). Elle représente généralement environ 70 % des calories brûlées dans une journée par notre organisme.

Endurance cardiovasculaire : Attribut de la condition physique relié à la santé, il s'agit de l'habileté du cœur, des poumons et du système circulatoire à amener efficacement l'oxygène aux muscles durant un effort sous-maximal soutenu. L'endurance cardiovasculaire témoigne de l'efficacité à mobiliser les grands groupes musculaires de façon dynamique durant une période prolongée.

Endurance musculaire : Attribut de la condition physique relié à la santé, il s'agit de l'habileté d'un groupe musculaire à exécuter des contractions musculaires répétées durant une période de temps suffisante pour générer une fatigue musculaire, ou à maintenir un pourcentage d'une contraction maximale volontaire pour une période de temps prolongée.

Exercice : Il s'agit d'une forme d'activité physique qui est planifiée, structurée et répétitive. Elle amène une augmentation substantielle de la dépense énergétique, bien au-delà de la dépense énergétique de repos. Son but est d'améliorer ou de maintenir une bonne condition physique. On pense alors aux activités physiques qui incluent l'entraînement, les sports, etc.

Flexibilité : Attribut de la condition physique relié à la santé, il s'agit de l'habileté à bouger facilement une articulation en fonction de son amplitude (angle de mobilité) maximale sans provoquer de blessure.

Force musculaire : Attribut de la condition physique relié à la santé, il s'agit de la force maximale ou du niveau maximal de tension produit par un muscle ou par un groupe musculaire. Elle est reliée à l'habileté de réaliser une activité qui nécessite un haut niveau de force musculaire.

Inactivité physique : Elle inclut les comportements sédentaires qui impliquent la position assise prolongée, les comportements de basse intensité de moins de 1.5 MET et les comportements de basse intensité se situant entre 1.6 et 2.9 MET (la station debout, l'hygiène personnelle, la marche lente).

MET « metabolic equivalent » : Valeur utilisée pour exprimer la dépense énergétique de l'organisme. Les METs sont une expression de la consommation relative d'oxygène d'une activité physique. Un MET représente la quantité d'énergie dépensée par l'organisme au repos pendant une minute ($3,5 \text{ ml O}_2 \times \text{kg}^{-1} \times \text{min}^{-1}$). Généralement, les activités physiques d'intensité faible demandent moins de 3 METs, celles d'intensité modérée se situent entre 3 et 6 METs, et celles d'intensité élevée sont ≥ 6 METs. Par exemple, un individu qui marche à 3 mi/h (± 3 METs) pendant 20 minutes triple sa dépense énergétique de repos pendant cette période. Sachant qu'il a une capacité fonctionnelle de 10 METs, on pourra aussi affirmer qu'il n'utilise que 30 % de cette capacité en marchant.

Sédentarité : Mode de vie caractérisé par l'absence de participation à toute forme d'exercice (inactivité physique), par l'absence de participation régulière à un programme d'exercices ou par le fait de ne pas rencontrer les recommandations minimales concernant la pratique d'une activité physique.

Symptômes sous-cliniques : Symptômes légers de dépression ou d'anxiété qui, en général, ne sont pas traités mais qui demeurent débilissants.

Programme Santé globale : un tremplin vers mon mieux-être

1. Philosophie d'intervention

Au programme Santé globale (PSG), la pratique de la kinésiologie est destinée à favoriser un état d'équilibre et de bien-être physique, mental, émotionnel et social par la pratique d'une activité physique.

Le kinésologue¹ est un professionnel de la santé, spécialiste de l'activité physique, qui utilise le mouvement à des fins de prévention, de traitement et de performance. Il amène les personnes à se questionner sur leurs habitudes de vie, dépiste et mesure les facteurs de risque, informe des ressources disponibles, oriente vers d'autres professionnels de la santé et accompagne au besoin les participants dans les ressources externes. Les interventions visent la responsabilisation de la personne dans la modification graduelle de ses habitudes de vie par l'acquisition d'une pratique régulière de l'activité physique, l'adoption d'une saine alimentation et la cessation tabagique. Elles favorisent l'appropriation du pouvoir d'agir de la personne sur sa vie et l'accompagnement dans ses choix (Initiative canadienne de collaboration en santé mentale 2006; Kates et al. 2011). Ainsi, son implication dans le choix des modalités de ses changements lui amène un sentiment de contrôle sur sa vie et sur sa maladie en lui permettant de franchir une étape importante vers son rétablissement.

Le kinésologue s'implique activement dans le processus de rétablissement de chaque participant. Pour les kinésologues du PSG, le rétablissement se vit par l'écoute et le respect des choix de la personne, en misant sur son potentiel, ses forces et ses valeurs, l'acceptation sans réserve de son projet de vie et l'encouragement à exercer sa pleine citoyenneté.

Le kinésologue adopte une approche proactive et utilise couramment l'entretien motivationnel. Ce type de dialogue est une façon directionnelle de communiquer à partir d'un mode collaboratif en portant une attention particulière au discours de changement. Il vise à renforcer la motivation intrinsèque pour soutenir et engager le changement de la personne en suscitant et explorant les arguments en faveur du changement. Il prône l'écoute empathique, encourage l'espoir et l'optimisme, remet le pouvoir d'action à la personne, en plus de renforcer et de reconnaître son autonomie (Miller et Rollnick 2013; Rubak et al. 2005).

En conclusion, l'ensemble des interventions du PSG en kinésiologie encourage un changement dans la condition de vie de la personne en agissant sur sa motivation et son engagement à adopter et à persévérer dans l'acquisition et le maintien de saines habitudes de vie.

¹ Le terme *kinésologue* inclut l'ensemble des professionnels avec le titre d'emploi « éducateur physique/kinésologue » au sein du Programme Santé globale. La désignation *kinésologue* sera utilisée dans l'ensemble du document afin d'alléger le texte.

2. Données probantes tirées de la littérature

2.1 Constats majeurs

Des recommandations formulées à l'égard des personnes atteintes de troubles mentaux soutiennent qu'une mise en œuvre adéquate des services de kinésiologie dans les soins en santé mentale permet de réduire les impacts négatifs sur la santé physique et mentale tout en favorisant le rétablissement, considérant que :

L'espérance de vie des personnes atteintes d'une maladie mentale sévère est de 15 à 25 ans inférieure à celle de la population générale, principalement en raison des risques accrus de maladies chroniques (Ministerial Advisory Committee on Mental Health 2012). Cet écart s'accroît de manière plus importante depuis 2010 (Hayes et al. 2017).

Les personnes atteintes de dépression majeure, de maladie bipolaire et de schizophrénie ont un risque augmenté de 40 à 60 % de mourir prématurément de problèmes de santé physique non diagnostiqués comme les cancers, les maladies cardiovasculaires, le diabète ou l'infection au VIH (OMS 2013).

L'effet combiné de la maladie mentale et de son traitement sur la santé physique, des habitudes de vie néfastes pour la santé (sédentarité, mauvaise alimentation, tabagisme et autres dépendances), des conditions de vie précaires et des problèmes d'accès aux soins sont des facteurs pouvant expliquer la mortalité précoce (Fleury et al. 2012).

La prévalence des facteurs de risque de maladies cardiovasculaires comme l'obésité, la dyslipidémie, l'hypertension, le tabagisme et l'hyperglycémie est plus élevée chez les individus vivant avec un trouble de santé mentale que chez la population générale, ce qui pourrait contribuer en grande partie aux taux de mortalité et de morbidité plus élevés chez cette clientèle (Faulkner et al. 2006; Newcomer et Hennekens 2007).

La prévalence du syndrome métabolique serait quatre fois plus élevée chez les personnes atteintes de troubles de santé mentale que dans la population générale (Mitchell et al. 2013).

Le taux de sédentarité des personnes atteintes de troubles mentaux est plus élevé que celui de la population générale de même âge et de même sexe, tous diagnostics confondus (Gignoux-Froment 2010; Liu et al. 2017).

En plus d'être reconnue comme le principal facteur prédictif de mortalité cardiovasculaire (Blair 2009; Myers et al. 2002), la sédentarité est étroitement associée à la mortalité générale, toutes causes confondues (Kerling et al. 2013).

Une faible capacité fonctionnelle, en plus d'être un facteur de risque de maladies cardiovasculaires, constitue une barrière au processus de réadaptation et de réintégration dans la communauté (Firth et al. 2016).

La pratique d'activités physiques a démontré des bienfaits non seulement sur la prévention, la gestion et le traitement des comorbidités physiques, mais aussi sur les symptômes déficitaires de la maladie, la qualité de vie et le rétablissement des personnes atteintes de troubles mentaux (Bredin et al. 2013; Firth et al. 2016; Vancampfort et al. 2015; Williams et al. 2016).

L'activité physique est une habitude de vie qui, à elle seule et en tant que facteur indépendant, peut prévenir l'incidence d'environ 30 % de l'hypertension, du diabète, du cancer et des maladies cardiovasculaires, en prévention primaire ou secondaire, en plus de contribuer au contrôle du poids (Boisvert 2013).

L'adoption de saines habitudes de vie (arrêt tabagique, pratique régulière d'une activité physique, adoption d'une saine alimentation, prévention du gain de poids, etc.) amène des changements favorables à la santé physique au même titre que les changements bénéfiques à la santé mentale favorisent le processus de rétablissement (International Physical Health in Youth (iphYs) working group 2013).

Ces constats démontrent le lien d'interdépendance entre la santé mentale et la santé physique. Afin de traiter ou de prévenir adéquatement, l'état de santé de l'individu doit être considéré dans son ensemble.

2.2 Impacts positifs sur la personne ayant un trouble de santé mentale

L'activité physique est recommandée comme traitement adjuvant des troubles mentaux graves en raison de ses nombreux bienfaits à la fois physiques, psychologiques, cognitifs, affectifs et sociaux (INSPQ 2015; Knöchel et al. 2012). Vue aussi comme une habitude de vie essentielle à développer dans une approche visant la prévention primaire et secondaire des comorbidités observées chez cette clientèle, le développement de la pratique d'une activité physique devrait s'intégrer le plus tôt possible dans le plan de traitement en santé mentale et les ressources spécialisées devraient être allouées en conséquence (Firth et al. 2016).

2.2.1 Sur le plan psychologique

Symptômes et comorbidités

La pratique régulière d'activités physiques permet de réduire les symptômes négatifs et les déficits cognitifs, aspects de la maladie qui demeurent souvent non traités et qui compromettent le fonctionnement des personnes à long terme (Firth et al. 2017). L'activité aérobie exerce une influence favorable sur l'évolution des troubles mentaux en modifiant le cours évolutif de la maladie et la plasticité cérébrale ainsi qu'en optimisant la réponse thérapeutique (Knöchel et al. 2012).

La dépression et l'anxiété, en plus d'être en elles-mêmes des maladies mentales délétères, sont aussi des comorbidités fréquemment rencontrées chez les personnes atteintes de troubles mentaux graves. La pratique d'une activité physique régulière, en plus d'être considérée comme un complément efficace au traitement, aide aussi à prévenir le développement de ces comorbidités ainsi que les symptômes anxieux et dépressifs (Richardson et al. 2005).

L'activité physique a un effet protecteur sur l'apparition des symptômes anxieux et dépressifs chez les adolescents, les adultes et les personnes âgées, et sur le risque de suicide chez les adolescents et les jeunes adultes. Dans la population générale, les preuves scientifiques confirment que l'activité physique réduit les symptômes sous-cliniques de la dépression de façon modérée, et faiblement ceux de l'anxiété. Cela vient s'ajouter à une étude précédente qui confirme que les personnes qui sont régulièrement actives ont 45 % moins de risques de développer une dépression, et entre 28 % et 48 % moins de risques de développer un trouble anxieux (Rebar et al. 2015). Les données épidémiologiques montrent une relation inverse entre le niveau de participation à des activités physiques et le développement de symptômes dépressifs (Rosenbaum et al. 2016). Les bénéfices sur la santé mentale associés à l'activité physique chez les adolescents et les jeunes adultes seraient liés à l'amélioration de l'estime de soi et à un soutien social accru (INSPQ 2015). La pratique d'une activité physique de type aérobie d'une durée minimale de 20 minutes est associée à une diminution du stress et de l'anxiété, à un relâchement des tensions musculaires et à une sensation de bien-être pendant et après l'activité. Elle stimule la sécrétion de monoamines (dont la sérotonine), neurotransmetteurs qui ont des effets antidépresseurs et qui contribuent à la régulation de l'humeur. L'activité physique stimule également la libération d'endorphines, hormones qui atténuent la douleur, diminuent les effets du

stress, favorisent l'interruption des pensées négatives et procurent une sensation de bien-être (INSPQ 2015). Ainsi, il existe actuellement des études convaincantes démontrant que l'augmentation d'une pratique régulière d'activités physiques dans la population générale peut diminuer la symptomatologie dépressive et anxieuse et prévenir l'apparition de la dépression et de troubles anxieux (Rebar et al. 2015).

L'activité physique a été reconnue comme un traitement efficace pour diminuer les symptômes dépressifs, améliorer la qualité de vie et le fonctionnement global des personnes atteintes de schizophrénie (Firth et al. 2016; Dauwan et al. 2016). De plus, les activités physiques structurées ont démontré des effets significatifs sur la réduction des symptômes positifs et négatifs ainsi que sur le fonctionnement social des personnes atteintes de schizophrénie (Gorczynski et Faulkner 2010). L'activité physique est aussi associée à une diminution des symptômes psychotiques lorsque pratiquée une ou deux fois par semaine, pendant une heure (Scheewe et al. 2013).

La pratique d'une activité physique contribue à l'amélioration de l'humeur chez les personnes atteintes de troubles dépressifs légers à modérés et au traitement des personnes atteintes de troubles dépressifs sévères (Josefsson et al. 2014). Ses effets sur les symptômes dépressifs sont dose-dépendants et s'expliquent, entre autres, par son action sur le sommeil, le sentiment de contrôle et les contacts sociaux (Pelletier et al. 2017). L'activité physique favorise l'interruption des pensées négatives associées au stress, à la dépression et à l'anxiété. Elle renforce l'amour-propre, le contrôle de soi et le sentiment d'efficacité personnelle (Alexandratos et al. 2012). Une revue de littérature concernant les caractéristiques des programmes d'entraînement associés à l'efficacité du traitement de la dépression révèle que la dose et les modalités d'exercices considérées comme efficaces sont similaires à celles incluses dans les recommandations pour la population générale et pour les traitements des maladies chroniques. Plusieurs types d'interventions (exercice aérobic, musculation, groupe multimodal d'exercices, marche, exercices aquatiques, tai-chi, danse thérapeutique, yoga) visant à augmenter la pratique d'activités physiques sont efficaces dans la réduction des symptômes de dépression, et ce, indépendamment du diagnostic psychiatrique (Rosenbaum et al. 2014). Une méta-analyse a démontré que plusieurs modalités d'exercices peuvent être efficaces pour améliorer les résultats de santé et avoir des bénéfices significatifs sur les symptômes dépressifs et psychotiques, pourvu qu'un volume total d'activité physique soit atteint (INSPQ 2015).

L'activité physique est considérée comme un traitement adjuvant aux antidépresseurs. Elle permet de potentialiser les effets de la médication et de réduire les risques de rechute après un traitement (Richeux 2016). L'exercice aérobic aurait un effet similaire aux antidépresseurs chez les personnes âgées souffrant de dépression majeure (INSPQ 2015).

Une diminution plus importante du risque de dépression a été observée lorsque l'activité physique est effectuée dans un contexte de loisir comparativement à son utilisation aux fins de transport, de travail ou pour des tâches domestiques (INSPQ 2015). De plus, tous les professionnels de la santé ont un rôle crucial à jouer en recommandant la pratique d'une activité physique particulièrement auprès des personnes vivant avec un trouble de l'humeur et celles avec des comorbidités physiques (Pelletier et al. 2017).

Une association inverse entre l'activité physique et les symptômes anxiodépressifs a été démontrée. Le niveau de condition physique est corrélé négativement avec la dépression, l'anxiété et le repli sur soi (INSPQ 2015). Une autre revue de littérature a démontré que l'exercice semble améliorer les symptômes d'anxiété chez les adultes en santé, chez les personnes souffrant d'une maladie chronique ainsi que chez ceux souffrant de trouble lié à l'anxiété incluant les troubles d'anxiété généralisée et de panique. Aussi bien l'exercice de type aérobic que l'exercice de type musculaire sont considérés comme des traitements adjuvants dans les troubles d'anxiété, quoique moins efficaces que les médicaments. La faisabilité et l'acceptabilité des deux modalités d'entraînement ont aussi été démontrées chez les personnes souffrant d'un trouble d'anxiété généralisée (Rosenbaum et al. 2016).

Une étude récente a trouvé un effet significatif en ajoutant à un programme combiné de marche et de musculation une approche structurée et individualisée chez les personnes souffrant d'un syndrome de stress post-traumatique (SSPT). L'intervention a significativement réduit les symptômes psychiatriques, les symptômes autorapportés du SSPT liés à la dépression, à l'anxiété et au stress. Un court programme d'exercices aérobie a aussi démontré une réduction de ces symptômes, ainsi que deux études portant sur les effets du yoga (Rosenbaum et al. 2016).

Chez les personnes avec un trouble affectif bipolaire, les études concernant les effets de l'activité physique manquent. Toutefois, une étude rétrospective concernant ce type de clientèle ayant été intégré à un groupe de marcheurs volontaires d'une ressource psychiatrique porte à croire qu'il existerait un effet positif chez cette dernière (Rosenbaum et al. 2016).

Effets sur le cerveau

L'activité physique permet d'optimiser et de maintenir le fonctionnement cognitif en retardant le déclin associé au vieillissement (Zschucke et al. 2013). Elle diminue les risques de démence et de maladie de Parkinson et constitue un des principaux facteurs de protection contre la maladie d'Alzheimer. L'activité physique permet également d'atténuer la sévérité des symptômes de la maladie d'Alzheimer, notamment les symptômes dépressifs (Knöchel et al. 2012), d'améliorer les capacités intellectuelles, le fonctionnement social et la qualité de vie (Chen et Huang 2016).

À plus long terme, l'activité prévient le déclin (Sofi et al. 2011) et améliore les capacités cognitives en stimulant la neurogenèse par la synthèse du facteur de croissance de l'endothélium vasculaire (VEGF) qui, à son tour, exerce un rôle fondamental sur la plasticité cérébrale (Richeux 2016). Elle permet d'accroître la production de l'Insulin-like Growth Factor-1 (IGF-1), molécule jouant un rôle essentiel dans la croissance tissulaire et le maintien des neurones (Santi et Cabut 2015).

L'activité physique améliore de façon significative la cognition globale des personnes atteintes de schizophrénie, plus particulièrement la mémoire de travail, la cognition sociale, l'attention et la vigilance, facteurs prédictifs des résultats socio-occupationnels. Son effet est dose-dépendant; pour la plupart des effets recherchés, les activités physiques d'intensité modérée à élevée semblent induire davantage de bénéfices que les activités d'intensité légère de durée équivalente (Firth et al. 2017). Elle augmente le niveau d'éveil, la concentration et l'activité mentale dont la prise de décision, la planification et la mémoire à court terme. Elle favorise des rythmes de sommeil sains (Alexandratos et al. 2012) et est associée à une réduction de l'épuisement professionnel (INSPQ 2015).

Aspects sociaux

Les déterminants sociaux agissent de façon notable sur l'état de santé des personnes atteintes de troubles mentaux graves (Te Pou 2014). La pratique d'une activité physique au sein d'un groupe favorise les interactions, le soutien et l'intégration sociale qui, en développant un sentiment d'appartenance et d'attachement, exercent un effet protecteur contre les déséquilibres psychologiques et émotionnels (INSPQ 2015). Le niveau de condition physique est corrélé positivement avec la satisfaction personnelle et l'adaptation sociale (INSPQ 2015). La capacité cardiovasculaire est aussi corrélée avec un meilleur fonctionnement psychosocial autant chez les personnes schizophrènes que chez celles présentant une première psychose, ce qui met en lumière l'importance d'améliorer leur capacité fonctionnelle (Rosenbaum et al. 2016).

Dépendance aux substances : drogues, alcool, tabac

La prévalence des troubles concomitants est accrue chez les personnes atteintes de troubles mentaux graves. Aussi, les personnes aux prises avec un problème d'alcoolisme et de toxicomanie risquent davantage d'être atteintes d'un trouble de santé mentale. Les troubles de santé mentale le plus souvent observés en concomitance avec l'usage de substances psychoactives sont les troubles d'hyperactivité avec déficit de l'attention, les troubles bipolaires, les troubles des conduites (caractérisés par des conduites persistantes d'agression, de destruction, de fraude, de vol ou de violation des règles), la dépression, les troubles de l'alimentation, les troubles causés par l'alcoolisation fœtale, les troubles d'apprentissage, le stress post-traumatique, la schizophrénie et l'anxiété sociale. La consommation et l'abus de substances peuvent accentuer les symptômes et l'évolution des troubles mentaux ou diminuer l'efficacité de la pharmacothérapie. Ils entraînent une augmentation du taux d'hospitalisation, en plus d'accroître les dépenses liées aux soins de santé. Plus de 50 % des personnes atteintes de troubles mentaux graves présenteront un problème d'abus ou de dépendance à l'alcool ou aux drogues au cours de leur vie. Comparativement à la population générale, les risques de développer des problèmes de consommation d'alcool sont deux fois plus élevés alors que ceux liés à l'abus de drogues sont quatre fois plus élevés. Il est estimé que 24 % des personnes atteintes de troubles anxieux souffrent également d'un problème d'alcoolisme ou de toxicomanie. Les estimations s'élèvent à 56 % pour les personnes atteintes de troubles bipolaires et à 47 % pour celles qui sont atteintes de schizophrénie. Environ 80 % des personnes atteintes de schizophrénie présentent un trouble lié aux substances psychoactives. Les personnes atteintes de troubles anxieux ont un risque deux à cinq fois plus élevé de développer des problèmes de consommation d'alcool ou de drogues. Les personnes atteintes de schizophrénie ont un risque cinq fois plus élevé de développer des troubles de toxicomanie (trois fois plus pour l'alcool et six fois plus pour les drogues), comparativement aux personnes non atteintes (Agence de la santé publique du Canada 2002).

Il est fortement encouragé de mettre l'emphase sur l'amélioration des habitudes de vie et les activités de loisirs auprès des personnes en rémission précoce dans les programmes de traitement des dépendances en raison de leur impact sur la diminution des risques de rechute et les chances accrues de succès. Récemment, l'attention des chercheurs s'est portée sur l'exercice comme traitement adjuvant potentiel de l'alcoolisme et des troubles de consommation de substances. Les groupes d'exercices d'intensité modérée, le yoga ainsi que les sessions d'exercices vigoureux furent tous démontrés comme efficaces dans le traitement de l'alcoolisme. L'entraînement par intervalles de haute intensité et l'entraînement combiné d'exercices aérobie et musculaire ont été démontrés comme faisables, acceptables et efficaces dans le traitement de la consommation d'amphétamines et des troubles de consommation de substances (Rosenbaum et al. 2016). L'activité physique aide à prévenir les problèmes de consommation, permet de diminuer les quantités consommées et favorise l'abstinence en soulageant les états de manque liés à l'alcool et au cannabis (Agence de la santé publique du Canada 2002).

Le taux de tabagisme est particulièrement élevé chez les personnes atteintes de troubles mentaux graves, et les maladies liées au tabac constituent l'une des principales causes de mortalité. La forte consommation de tabac des personnes atteintes de schizophrénie (entre 22 et 27 cigarettes par jour en moyenne) est associée à l'augmentation de symptômes psychotiques tels que les délires et les hallucinations, l'abus de substances, la hausse du risque suicidaire et d'hospitalisation. Le tabagisme nuit au rétablissement et les troubles mentaux graves des personnes qui fument compliquent le processus d'abandon tabagique. Parmi les personnes qui tentent un arrêt, le degré de dépendance à la nicotine semble davantage être à l'origine des difficultés rencontrées pour cesser de fumer que la pathologie psychiatrique en elle-même. Les symptômes de sevrage sont plus importants, les rechutes, plus fréquentes, et les taux d'abstinence, plus faibles (O'Grady et Skinner 2008).

L'exercice physique peut être proposé pour soulager les envies de fumer et pour diminuer les symptômes de sevrage. Il constitue donc un acteur important de l'arrêt tabagique (Lemieux et Thibault 2010). Il est aussi utile pour

prévenir la prise de poids et le risque de développer un diabète à la suite d'un arrêt tabagique (Stubbs et al. 2015).

Peu de recherches ont été faites concernant l'exercice comme méthode d'arrêt tabagique. Une des seules études pilotes sur le sujet rapporte une réduction significative de la consommation tabagique et du taux de monoxyde de carbone expiré. Des personnes schizophrènes ont été suivies pendant les 8 semaines où elles étaient exposées à des conseils sur l'arrêt tabagique ainsi qu'à un programme d'exercices (Bernard et al. 2013).

L'arrêt tabagique est associé à une diminution des symptômes dépressifs et anxieux, du stress, et à une amélioration de l'humeur et de qualité de vie. Les effets de l'arrêt tabagique sur les troubles anxieux et de l'humeur sont équivalents et parfois même supérieurs à ceux des antidépresseurs (Réseau des hôpitaux sans tabac 2009).

2.2.2 Sur le plan physique

Les maladies chroniques constituent la principale cause de mortalité et de morbidité à l'échelle mondiale (Organisation mondiale de la santé 2010). Au Québec, 44 % de la population de 20 ans et plus présente au moins une maladie chronique (ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec 2012).

La pratique d'une activité physique est associée à une diminution des facteurs de risques liés aux maladies cardiovasculaires et métaboliques. Tant dans le domaine de la prévention de complications de l'état de santé que celui du traitement direct de certains facteurs de risques, les effets positifs sont tout aussi présents (Haskell et al. 2007). Il ne fait maintenant plus aucun doute que la pratique régulière d'une activité physique génère un large éventail de bénéfices pour la santé. Ces effets vont de la réduction du risque de développer une maladie chronique telle qu'une maladie cardiaque, un diabète de type 2 et certains types de cancer, jusqu'à l'amélioration des différentes fonctions du corps et de leur préservation avec l'âge (Blair 2009; Kyu et al. 2016).

Il existe un lien direct entre la capacité fonctionnelle exprimée en MET et les coûts du système de santé. Chez une clientèle référée pour un test à l'effort (881 personnes, 95 % d'hommes, moyenne d'âge de 59 ans) dont les coûts au système de santé ont été analysés pendant 1 an à la suite du test, une diminution de 5 % de la facture totale en soins de santé pour chaque augmentation d'un MET a été observée. Plus précisément, dans la zone de 4 à 8 METs, où les changements sont les plus marqués pour la santé de l'individu, la facture serait réduite de 15 000 \$ par année pour chaque augmentation d'un MET (Weiss et al. 2004).

En ce qui concerne l'utilisation des ressources médicales et hospitalières dans un programme de réadaptation, l'activité physique favorise une diminution de 76 % des coûts sur 10 ans dans un contexte d'angioplastie (Belardinelli et al. 2015), une diminution de 56 % sur 12 mois des ressources nécessaires post-chirurgie (Perk et al. 1990), ainsi qu'une diminution de 40 % sur 12 mois pour les cas de MPOC (Bourbeau et al. 2003). Pour être réellement efficace, plusieurs études ont mis de l'avant le fait que la réadaptation doit nécessairement intégrer de l'activité physique supervisée par un professionnel de l'activité physique (Taylor et al. 2004).

Gestion des facteurs de risque primaires et secondaires

Le risque cardiométabolique

En 2010, l'Organisation mondiale de la santé identifiait l'hypertension artérielle, le tabagisme, l'hyperglycémie, l'inactivité physique, l'obésité et les dyslipidémies comme étant les six facteurs de risque de mortalité prématurée modifiables les plus importants (Organisation mondiale de la santé 2010). Les comportements délétères attribuables aux mauvaises habitudes de vie comme l'inactivité physique, le tabagisme, la prise excessive d'alcool et une

mauvaise alimentation engendrent une diminution de l'espérance de vie chez la population canadienne. En effet, ces comportements mènent à une perte de 6 ans d'espérance de vie chez les hommes comme chez les femmes alors que dans la population qui adoptait des comportements favorables à la santé, on observait une espérance de vie augmentée de 17,9 ans lorsqu'on la comparait à ceux présentant un profil défavorable à la santé (Manuel et al. 2016).

On reconnaît aussi que les personnes schizophrènes présentent non seulement la plupart de ces facteurs de risque, mais aussi une plus grande intensité de chacun de ces facteurs. La littérature nous suggère qu'une capacité cardiovasculaire et musculaire réduite est parmi les plus forts prédicteurs de mortalité, toutes causes confondues (Wildgust et Beary 2010).

L'activité physique est l'un des facteurs modifiables les plus déterminants dans l'amélioration du risque cardiovasculaire en raison de ses avantages sur les paramètres hémodynamiques, métaboliques et la capacité fonctionnelle (Blair et al. 2009).

Une mise en œuvre adéquate de services en activité physique dans les soins en santé mentale pourrait réduire les risques cardiometaboliques et la mortalité tout en favorisant le rétablissement des personnes atteintes de troubles mentaux graves. En effet, le risque cardiovasculaire double durant les premières années de maladies psychotiques en raison des risques accrus de tabagisme et de sédentarité (Srihari et al. 2013).

Syndrome métabolique

Le syndrome métabolique se définit par la présence chez l'individu d'au moins 3 des 5 facteurs de risque suivants : circonférence de taille (> 102 cm chez l'homme et > 88 cm chez la femme), prédiabète ou intolérance au glucose (glycémie à jeun > 5,5 mmol/L), triglycérides (> 1,7 mmol/L), HDL (< 1,04 mmol/L) et HTA (> 140/90 mmHg).

Sachant que les personnes souffrant d'un trouble de santé mentale sévère sont 58 % plus à risque de développer un syndrome métabolique, comparées à la population générale (Vancampfort et al. 2015b); sachant que les personnes traitées pour un premier épisode de psychose, le risque de développer un syndrome métabolique serait au moins 5 fois plus élevé que celui d'un groupe contrôle (Saddichha et al. 2008); il est primordial de souligner l'impact de l'activité physique sur chacun des facteurs, autant dans la prévention que dans la gestion du syndrome métabolique (Vancampfort et al. 2012). D'ailleurs, une étude transversale portant sur un échantillon de 1119 adultes âgés de 18 à 64 ans qui présentent un syndrome métabolique a démontré que 150 minutes d'activité physique d'intensité modérée à élevée par semaine, soit par des périodes de 10 minutes et plus ou par de plus petites périodes de 1 à 3 minutes, entraînent des effets positifs sur la santé. Dans les deux cas, on constate une diminution similaire (9 % et 11 %) du risque relatif associé au syndrome métabolique. Cette étude met en lumière le fait qu'aucune contribution n'est négligeable dans l'atteinte des 150 minutes recommandées par plusieurs organisations (OMS, CDC, ACSM, SCPE) dans le monde et que les effets sur la santé métabolique d'une population sont tout aussi importants que lors d'une pratique standard d'une activité physique (Clarke et Janssen 2014).

Sédentarité et capacité fonctionnelle

La nécessité d'accorder une attention particulière à l'amélioration de la condition physique et plus particulièrement à la capacité fonctionnelle des personnes atteintes de troubles mentaux a fait l'objet de nombreuses recommandations internationales dans les dernières années. En effet, les personnes aux prises avec des troubles mentaux ont des taux de sédentarité significativement plus élevés que ceux de la population générale et ont tendance à pratiquer des activités physiques de plus faible intensité (Shor et Shalev 2016) de façon sporadique plutôt que continue (Stanley 2011). Leur adhésion aux programmes d'activité physique est moins bonne et leur taux d'abandon, plus élevé, soit

de 90 % à 6 mois comparativement à 50 % pour la population générale (Bernard et al. 2013). Or, la sédentarité est un facteur de risque bien documenté de comorbidités physiques, en plus d'être associée à la sévérité des symptômes négatifs et à un moins bon fonctionnement socioprofessionnel (Firth et al. 2016). Reconnue comme un facteur de risque majeur des maladies cardiovasculaires, voire comme le principal facteur prédictif de mortalité (Kodama et al. 2009; Lee et al. 2010; Myers et al. 2002), toutes causes confondues (Blair et al. 2009; Yusuf et al. 2004), la sédentarité représente une barrière réelle au processus de réadaptation et de réintégration dans la communauté (Firth et al. 2016). La sédentarité est également associée à une diminution de la capacité fonctionnelle (Kerling et al. 2013), reflet du fonctionnement global d'une personne dans sa vie quotidienne. En comparaison avec la population générale de même âge et de même sexe, tous diagnostics confondus, les personnes atteintes de troubles mentaux graves sont plus sédentaires et elles ont par conséquent une capacité fonctionnelle diminuée (Vancampfort et al. 2016).

Une méta-analyse a démontré que les personnes atteintes de troubles psychotiques demeuraient inactives près de 13 heures par jour durant leur période d'éveil, soit 3 heures de plus que la population générale (Stubbs et al. 2016). La dépense énergétique totale des personnes atteintes de schizophrénie est inférieure de 20 % aux valeurs recommandées par l'Organisation mondiale de la santé, et leur capacité fonctionnelle est réduite de 30 à 40 % (Nilsson et al. 2012; Strassnig et al. 2011). Parmi les facteurs incriminés, la période d'hospitalisation s'avère un facteur prédictif d'une faible capacité fonctionnelle (Stubbs et al. 2016), une diminution de 10 % ayant été observée après 5 jours d'hospitalisation de même qu'une diminution de la force musculaire (Suesada et al. 2007).

Dans les comportements qui ne sont pas considérés comme de l'exercice ou de l'activité physique, on distingue maintenant les comportements sédentaires (être assis ou couché : 1.0-1.5 METs) des comportements de basse intensité (être debout, faire son hygiène personnelle, marche lente : 1.6-2.9 METs). Dans la littérature, ces comportements sédentaires sont dorénavant associés à un risque accru de mortalité cardiovasculaire et de mortalité toutes causes confondues. Cette relation a été démontrée en ce qui concerne le temps passé devant la télévision, le temps passé assis durant la journée et le temps passé assis dans une voiture (Owen et al. 2010). Plusieurs études démontrent qu'aider les personnes qui présentent des comportements sédentaires à augmenter, en dépit de leur niveau de pratique d'activité, la fréquence des comportements de basse intensité amène des bénéfices non négligeables pour la santé. Parallèlement à ces constatations, on peut maintenant considérer les comportements sédentaires comme un nouveau facteur de risque des maladies cardiométaboliques et de mortalité, toutes causes confondues, indépendamment du temps passé à faire de l'exercice. Cette nouvelle compréhension du risque pour la santé qu'impliquent les comportements sédentaires ouvre une perspective plus large en ce qui concerne la pratique d'une activité physique en relation avec la santé en montrant la nécessité de diminuer les périodes prolongées en position assise et celle d'augmenter les activités de basse intensité de façon volontaire, en plus de s'engager dans une pratique d'activité physique d'intensité modérée à élevée (Owen et al. 2010).

Selon l'Enquête sur les personnes atteintes de maladies chroniques au Canada, 51 % des personnes aux prises avec des troubles de l'humeur et d'anxiété ne font pas d'exercice sur une base régulière (au moins une fois par semaine), en dépit des bienfaits démontrés sur la gestion des symptômes psychiatriques (Pelletier et al. 2017). À l'inverse, une capacité fonctionnelle modérée à élevée ou l'amélioration de celle-ci est liée à un plus faible risque de mortalité (Blair et al. 2009). Ainsi, une augmentation de l'activité physique, même légère, peut entraîner des bénéfices importants sur la santé mentale et la qualité de vie. Cet objectif est réaliste et devrait constituer une cible clé de toute initiative de modification des habitudes de vie (Vancampfort et al. 2016).

Capacité fonctionnelle, mortalité et morbidité

La capacité fonctionnelle est augmentée par la pratique d'une activité physique (ACSM 2009; Garber et al. 2011; Warburton et al. 2006). Une augmentation de un MET entraîne une diminution de 13 à 15 % du risque de maladie cardiovasculaire et de mortalité, toutes causes confondues (ACSM 2009), et une augmentation de 12 % de la survie à long terme ainsi qu'une diminution de 15 % d'événements cardiaques futurs ont été observées (Myers et al. 2002). L'amélioration de la capacité fonctionnelle permet d'optimiser la santé et de réduire la mortalité de façon significative, indépendamment de la variation du poids, du tour de taille et de l'IMC (Blair et al. 2009; Kodama et al. 2009).

Il faut savoir qu'une faible capacité fonctionnelle est un facteur de risque de maladie cardiovasculaire indépendant de celui de l'inactivité physique (Kodama et al. 2009; Williams 2001). Une faible capacité fonctionnelle est liée à un risque accru de morbidité et de mortalité cardiovasculaires. Elle est reconnue comme un plus grand facteur prédictif de mortalité que les facteurs de risque traditionnels comme l'hypertension, le tabagisme et le diabète de type 2 (Haskell et al. 2007; Kodama et al. 2009; Myers et al. 2002). Dans l'étude « Aerobics Center Longitudinal Study » (ACLS), on associe une faible aptitude cardiorespiratoire à 16 % de la mortalité chez les hommes et les femmes; c'est substantiellement plus que pour les autres facteurs de risque (obésité, tabagisme, cholestérol élevé, diabète), exception faite de l'hypertension artérielle (Blair et al. 2009).

Surpoids et obésité

Le risque relatif d'obésité chez les personnes souffrant de troubles mentaux graves est de 1,5 à 2 fois plus élevé que celui de la population générale. En plus des complications métaboliques qui lui sont associées, le surplus de poids peut avoir un impact négatif sur l'image corporelle, affecter l'estime de soi et entraîner un rejet social. La prise de poids constitue une cause importante d'abandon du traitement pharmacologique, ce qui expose les personnes à un risque accru de rechutes, de réadmissions et de complications métaboliques à plus long terme (Baptista et al. 2008).

Le taux d'obésité varie de 40 à 60 % chez les personnes atteintes de schizophrénie alors qu'il se situe à 24 % pour la population adulte canadienne. Le taux d'adiposité viscérale (facteur impliqué dans le développement des maladies cardiovasculaires et ses facteurs de risque, dont le diabète) est également 3 fois plus élevé. Les personnes qui ont vécu plusieurs épisodes aigus de schizophrénie et qui sont traitées avec des antipsychotiques ont un risque 4 fois plus élevé de présenter de l'obésité abdominale que la population générale (ministère de la Santé et des Services sociaux 2012).

La pratique régulière d'une activité physique est considérée comme une composante essentielle d'une stratégie de gestion de la prévention du gain de poids, de la perte de poids et de la prévention de la reprise de poids. Un volume d'activité physique variant entre 150 et 250 minutes par semaine semble efficace dans la prévention du gain de poids. Une pratique d'activités physiques de plus de 250 minutes par semaine a été associée à une perte de poids cliniquement significative. Plusieurs études transversales et prospectives démontrent qu'après une perte de poids, la gestion du maintien du poids semble plus facile avec une pratique d'activités physiques de plus de 250 minutes par semaine. L'entraînement musculaire ne semble pas favoriser la perte de poids, mais augmente la masse maigre associée elle-même à une diminution des risques pour la santé. C'est maintenant une évidence que l'entraînement cardiovasculaire ou musculaire sans perte de poids diminue les risques pour la santé (ACSM 2009).

Dans l'étude « Aerobics Center Longitudinal Study » (ACLS), le suivi de 2316 hommes diabétiques pendant 15,9 ans en moyenne montre une relation inverse entre la capacité cardiovasculaire et l'IMC. Pour ces hommes diabétiques, pour chaque catégorie d'IMC, plus la capacité cardiovasculaire est bonne, plus le risque de décéder d'une maladie

cardiovasculaire est faible. De plus, on note que ce risque est presque 2 fois plus bas chez les obèses présentant une aptitude cardiovasculaire modérée ou élevée par rapport aux hommes avec un poids normal et une faible aptitude cardiovasculaire (Blair 2009).

Hypertension artérielle

L'inactivité physique est l'un des facteurs de risque majeurs qui conduit à l'hypertension artérielle (Kokkinos et al. 2001). Au Canada, 22 % de la population âgée de 18 à 70 ans fait de l'hypertension artérielle, ainsi que 50 % des Canadiens dont l'âge dépasse 65 ans (Joffres et al. 2001). L'hypertension artérielle contribue à l'apparition de plusieurs maladies : insuffisance cardiaque, AVC, insuffisance rénale, anévrisme aortique, rétinopathie, coronaropathie, infarctus du myocarde, etc. (Dustan et al. 1996). La pratique régulière d'une activité physique prévient l'apparition de l'hypertension artérielle et contribue à son traitement (Eagle et al. 2004; Hemmelgarn et al. 2006; Kavey et al. 2003).

L'entraînement en aérobic pourrait permettre de réduire la tension artérielle systolique et diastolique d'environ 10,5 mmHg et 7,6 mmHg respectivement, indépendamment de l'âge ou du sexe (Kokkinos et al. 2001). L'entraînement musculaire pourrait permettre quant à lui une baisse de la tension artérielle de 2 à 4 % (Kelley et Kelley 2000). On sait aussi que la tension artérielle peut descendre de 20 mmHg postexercice pour une période de 12 heures (Kavey et al. 2003). Selon plusieurs méta-analyses, une pratique d'activités physiques de 120 à 150 minutes par semaine ou une marche quotidienne de 12 500 pas chez des adultes hypertendus abaisserait les valeurs de tension artérielle systolique de 7,4 à 10 mmHg, et celles de la tension artérielle diastolique de 5,8 à 8 mmHg (Padwal et al. 2005).

Dyslipidémies

Pratiquée à une intensité modérée à élevée, l'activité physique améliore le profil lipidique. Elle peut entraîner une réduction des triglycérides allant jusqu'à 25 % et une augmentation du HDL cholestérol de 10 % (Kodama et al. 2007; Warburton et al. 2006; Anderson et al. 2016). Des changements significatifs peuvent également être observés pour les taux de LDL plasmatiques (Huttunen et al. 1979). Le risque de développer une maladie cardiovasculaire augmente linéairement avec la quantité de cholestérol total présent dans le sérum sanguin (Castelli 1984).

Prédiabète

Chez les personnes présentant une intolérance au glucose et une altération de la glycémie à jeun ou de l'hémoglobine glyquée, la prévention et/ou le report de l'apparition du diabète de type 2 passe par une perte de poids d'au moins 7 % et une augmentation de la pratique d'activités physiques d'intensité modérée d'au moins 150 minutes par semaine (American Diabetes Association 2012).

Le vieillissement prématuré

« Le vieillissement en tant que conséquence du temps qui passe est un phénomène obligatoire et inéluctable [...]. Aussi, il est maintenant établi que certains effets du vieillissement, étant sous le contrôle de facteurs biologiques, sont modulables par des interventions sur ces facteurs, si bien que des stratégies capables de ralentir le vieillissement sont envisageables [...]. L'activité physique a certains effets qui s'opposent à ceux du vieillissement. Une activité physique régulière ralentit la diminution de la masse musculaire liée à l'avancée en âge. Parallèlement, l'activité physique limite l'augmentation de la masse grasse et les problèmes métaboliques associés comme l'intolérance au

glucose par insulino-résistance. Les fonctions cardiovasculaires et respiratoires sont aussi mieux préservées chez les sujets âgés qui ont une activité physique régulière. De plus, l'activité physique exerce un effet préventif sur le risque de maladie cardiovasculaire. Même débutée à un âge avancé, l'activité physique peut aussi avoir des effets positifs sur la santé, notamment en réduisant le risque de maladie cardiovasculaire et aussi en prévenant le risque de chute. » (Université Médicale Virtuelle Francophone 2008).

Gestion des maladies chroniques

Les troubles mentaux influencent la prévalence, l'évolution et le traitement de nombreuses maladies chroniques dont les maladies cardiovasculaires, le diabète, le cancer et les maladies pulmonaires. À leur tour, les maladies chroniques ont un impact similaire sur les troubles mentaux. Les comorbidités physiques assombrissent le pronostic des troubles mentaux. De 60 à 80 % de cette surmortalité est attribuable à des causes naturelles induites par des maladies chroniques traitables. Ces dernières augmentent de 2 à 3 fois le taux de mortalité des personnes atteintes de schizophrénie et de troubles bipolaires (Saravane et al. 2016).

Les comorbidités physiques altèrent les capacités d'autogestion de la santé, exacerbent les symptômes de la maladie, doublent la durée moyenne des hospitalisations, augmentent l'utilisation des services, accroissent les risques d'invalidité, diminuent la qualité de vie et compromettent le rétablissement des personnes atteintes de troubles mentaux graves. Elles augmentent le taux d'invalidité à long terme, limitent la participation à la main-d'œuvre, ce qui entraîne une baisse de la productivité, et majorent les probabilités de dépendance sociale et de pauvreté. De fait, les problèmes de santé physique, dont le diabète, l'arthrite, la maladie pulmonaire obstructive chronique, la maladie cardiaque, l'asthme, la douleur, les antécédents d'accidents vasculaires cérébraux et les besoins de soins physiques non comblés sont des facteurs prédictifs de réadmission dans les soins de santé mentale. De plus, la sévérité des symptômes dépressifs et psychotiques de même que le taux de tentatives de suicide sont proportionnels au nombre de comorbidités physiques. La coexistence de la maladie physique et mentale a un impact plus important sur le statut fonctionnel et la qualité de vie des personnes que les maladies physiques à elles seules, et ce, indépendamment de leur degré de sévérité. La qualité de vie est un élément important à prendre en considération dans le traitement des personnes atteintes de troubles mentaux graves, considérant l'influence qu'elle exerce sur la réponse au traitement, la progression de la maladie et la mortalité. De plus, elle est parfois perçue comme le seul enjeu important par les personnes aux prises avec un trouble mental (Dickerson et al. 2008).

Maladies cardiovasculaires

La surmortalité cardiovasculaire des personnes atteintes de troubles mentaux graves est largement attribuée à une majoration des facteurs de risque coronariens modifiables dont l'obésité, le tabagisme, le diabète, l'hypertension, les dyslipidémies et la sédentarité, maintenant reconnue comme l'un des plus importants facteurs de risque de maladies cardiovasculaires. Les personnes atteintes de troubles mentaux graves ont un risque 6 fois plus élevé de décéder d'une maladie cardiovasculaire (Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists 2015).

Alors qu'on sait très clairement maintenant qu'une pratique régulière d'activités physiques diminue le risque de faire un infarctus du myocarde, il est établi qu'elle offre en outre une protection contre les dommages associés à cet événement. Cet effet peut aussi bien être obtenu par la pratique régulière d'une activité d'endurance cardiovasculaire, par la pratique régulière d'une activité plus intense par intervalles que par une pratique d'exercices musculaires (Wiggs et al. 2015).

Une méta-analyse comparant les individus par rapport à leur niveau d'activité physique affirme que le risque relatif de développer une maladie cardiaque est diminué de 25 % et celui de faire un accident vasculaire cérébral

de 26 %, lorsque le groupe le plus sédentaire est comparé au groupe le plus actif (Kyu et al. 2016). Une autre méta-analyse, qui compare les individus par rapport à leur adhésion aux recommandations américaines concernant la pratique d'activités physiques, démontre que les Américains qui suivent les recommandations de base ont une baisse de 14 % du risque de développer une maladie cardiovasculaire par rapport aux personnes sédentaires. Elle démontre aussi que ceux qui suivent des recommandations plus exigeantes par rapport à leur pratique d'activités physiques voient leur risque abaissé de 20 %. Les résultats concernant les individus qui ne respectent pas les recommandations de base supportent l'affirmation qu'un peu d'activité physique est mieux que rien du tout (Sattelmair et al. 2011).

Diabète de type 2

L'activité physique constitue une composante essentielle du traitement du diabète en régularisant le contrôle glycémique, en diminuant la masse adipeuse et en optimisant la sensibilité à l'insuline (ACSM; ADA 2010). Ses impacts sur la maladie sont présents pour le diabète de type I, celui de type II, de même que pour le diabète gestationnel (Colberg et al. 2016).

Les personnes atteintes de troubles mentaux graves ont un risque de 2 à 3 fois plus élevé de développer un diabète de type 2 (Stubbs et al. 2015). La schizophrénie est d'ailleurs reconnue comme un facteur de risque de diabète de type 2 par l'Association canadienne du diabète (Canadian Diabetes Association 2013). L'activité physique devrait faire partie intégrante du traitement de toutes les personnes diabétiques ne présentant pas de contre-indication. La participation à un programme d'entraînement structuré associée à une légère perte de poids pourrait réduire les risques de développer un diabète de type II de 58 % chez les populations à risque. Une combinaison de l'entraînement aérobie et de l'entraînement en résistance serait la plus efficace pour la prévention et la gestion du diabète de type II (ACSM; ADA 2010).

Cancer

L'exercice joue un rôle protecteur sur certains types de cancer. Elle réduit de 50 % le risque de cancer du côlon, de 40 % celui du sein, de 30 à 40 % celui de l'endomètre, de 30 à 40 % celui des poumons, de 10 à 30 % celui de la prostate et du pancréas. L'exercice aurait un effet protecteur, indépendamment de l'âge, du sexe ou d'un changement de poids (US National Cancer Institute 2017).

Les personnes atteintes de troubles mentaux graves ont un risque accru de 90 % de développer un cancer de l'intestin, particulièrement chez les personnes atteintes de schizophrénie, et de 42 % de développer un cancer du sein, particulièrement chez les femmes atteintes de schizophrénie (Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists 2015).

Lorsque l'état physique et émotionnel de la personne le permet, plusieurs effets bénéfiques de l'exercice durant la chimiothérapie ont aussi été démontrés. Cela permettrait d'atténuer les pertes musculaires et la diminution de la capacité cardiorespiratoire, tout en diminuant la fatigue et les inconvénients liés à l'hospitalisation (Adamsen et al. 2009).

Maladies vasculaires (AVC, MVP)

Les personnes atteintes de troubles mentaux graves ont un risque accru d'avoir un accident vasculaire cérébral avant l'âge de 55 ans (Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists 2015). Le lien entre l'inactivité physique et les accidents vasculaires cérébraux a été clairement établi. L'augmentation du niveau d'activité

physique est fortement corrélée avec une diminution du risque d'AVC, par son effet sur le contrôle de plusieurs facteurs de risque des maladies cardiovasculaires (Gillum et al. 1996; Goldstein et al. 2006).

L'entraînement structuré est efficace et sécuritaire pour la population souffrant de maladie vasculaire périphérique (évidence de classe A). Il augmente de façon drastique la tolérance à l'effort et la qualité de vie (Gerhard-Herman et al. 2017).

Maladies pulmonaires

Les personnes atteintes de troubles mentaux graves ont un risque accru de développer une maladie respiratoire avant l'âge de 55 ans (Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists 2015). Selon les grandes institutions mondiales du domaine (ATS, CTS, ERS), l'activité physique devrait être la pierre angulaire de tous les programmes de réadaptation pulmonaire. Il s'agit de la stratégie thérapeutique la plus efficace pour améliorer la dyspnée, l'endurance cardiovasculaire et la qualité de vie de la clientèle souffrant de MPOC (Nici et al. 2006; O'Donnell et al. 2007).

Maladies osseuses (ostéopénie, ostéoporose)

Un faible volume d'activité physique aurait un effet sur la perte de la masse osseuse (ostéopénie) et de la masse musculaire (sarcopénie) dans plusieurs populations, ce qui favoriserait, entre autres, une apparition précoce d'ostéoporose et une augmentation des risques de fracture (Szulc et al. 2004; Walsh et al. 2006).

La pratique régulière de certains types d'activités physiques (principalement avec mise en charge) est essentielle à la santé osseuse à chaque période de la vie. Elle renforce les os en améliorant leur contenu minéral et leur architecture, freine la diminution de la résistance des os liée au vieillissement, améliore la posture et la mobilité, développe et entretient la sensibilité proprioceptive, l'équilibre, la flexibilité, la souplesse et l'agilité. Elle peut contribuer à réduire de 20 à 35 % le risque de fracture non seulement parce qu'elle diminue le risque de chute chez les personnes âgées, mais aussi parce qu'elle a un effet direct sur la résistance des os, et ce, à tout âge (Comité scientifique de Kino Québec 2008).

2.3 Facteurs d'engagement

L'adhésion et l'assiduité aux programmes d'activité physique constituent un enjeu majeur, tant pour les personnes atteintes de troubles mentaux graves que pour celles qui sont atteintes de maladies chroniques. De façon générale, l'adhésion varie de 30 à 50 %, ce qui correspond à environ 3 ou 4 séances d'entraînement par mois au lieu des 8 à 12 séances habituellement recommandées. Des mesures motivationnelles et des mécanismes de suivi rigoureux, particulièrement dans les 4 à 6 premiers mois suivant le début d'un programme d'entraînement, période reconnue à risque d'abandon, devraient être mis en place (Gorzynski et Faulkner 2010).

L'accompagnement par un spécialiste de l'activité physique ou encore les recommandations d'un médecin ou d'un professionnel de la santé sont considérés comme des facilitateurs de la pratique d'activités physiques par les personnes atteintes de troubles mentaux, voire comme le facteur le plus important associé à la décision de faire de l'activité physique (Bernard et al. 2013; Pelletier et al. 2017). Malgré les preuves établies, seulement 10 % des professionnels en santé mentale recommandent la pratique d'activités physiques. Un article publié dans la « Harvard Mental Health Letter » reconnaît d'ailleurs que l'activité physique est un traitement profitable à la santé, peu dispendieux, mais insuffisamment utilisé pour une variété de troubles en psychiatrie (Walsh 2011).

Les personnes atteintes de troubles mentaux se disent ouvertes aux interventions de promotion de l'activité physique, mais sont ambivalentes quant à sa pratique (Soundy et al. 2014). Des barrières liées à leur condition physique, mentale ou à leur situation sociale (pauvreté, chômage, etc.) expliquent les difficultés qu'elles ont à s'engager dans des programmes d'entraînement (Firth et al. 2016a; Glover et al. 2013; Shor et Shalev 2016). Les principaux obstacles à la pratique d'activités physiques identifiés sont le manque d'habiletés sociales, la faible image de soi (Bernard et al. 2013; Pelletier et al. 2017) et l'absence de motivation, particulièrement pour les activités intenses qui requièrent des efforts et de la constance (Stanley 2011). Les préoccupations liées aux symptômes de la maladie (humeur dépressive, fatigue, manque d'énergie, stress et anxiété dont l'anxiété sociale), aux effets secondaires de la médication tels que le gain de poids, la sédation, l'apathie et les atteintes neuromusculaires (Bak et al. 2014; Glover et al. 2013; Newcomer 2007), aux comorbidités physiques, à l'absence de soutien social, au manque d'initiatives, à la stigmatisation, à l'absence d'installations sportives ou encore au manque d'incitatifs ou d'encouragements du personnel dans les milieux de soins constituent d'autres obstacles (Shor et Shalev 2016). Enfin, le manque de ressources financières (transport, abonnement, vêtements, etc.), la méconnaissance des services, le manque d'expérience, la crainte pour sa sécurité et l'absence d'intervenants significatifs sur place constituent d'autres barrières (Bernard et al. 2013; Firth et al. 2016a; Soundy et al. 2014; Groupes Focus 2017).

Les résultats d'une méta-analyse ont démontré que 91 % des personnes atteintes de troubles mentaux pratiquaient de l'exercice dans le but d'améliorer leur santé. Les principaux éléments de motivation rapportés étaient la perte de poids, l'amélioration de l'humeur et la réduction du stress (Firth et al. 2016a). En plus des processus motivationnels semblables à ceux de la population générale, d'autres facteurs tels que l'efficacité du traitement, le soutien social, l'attitude, la participation et les connaissances du personnel ont un impact positif sur la motivation et l'adhésion aux programmes d'activité physique (Chalfoun et al. 2015). Notons aussi que l'exercice aérobie agit positivement sur l'estime, la confiance en soi et le sentiment de compétence personnelle, facteurs prédictifs d'adhésion aux saines habitudes de vie (INSPQ 2015).

La notion de plaisir et la motivation intrinsèque (le fait de s'adonner à une activité pour le plaisir et la satisfaction que l'on ressent) jouent un rôle important dans la pratique d'une activité physique. Un niveau élevé de motivation intrinsèque est associé à un volume élevé d'activité physique tant pour les personnes atteintes de troubles mentaux graves que pour la population générale (Bernard et al. 2013). De plus, seule l'activité physique liée à des motivations intrinsèques est associée à des indicateurs positifs de santé mentale (INSPQ 2015). Dans ce contexte, un milieu d'entraînement favorisant la motivation intrinsèque chez une clientèle en santé mentale doit accorder de l'importance à trois principaux besoins psychologiques, soit le besoin d'autonomie (se sentir libre de s'engager dans une activité), le besoin de compétence (se sentir capable d'atteindre ses objectifs) et le besoin d'entrer en relation avec les autres (se sentir faire partie d'un groupe) (Deci et Ryan 2000). Le kinésologue peut favoriser l'autonomie de la personne en lui offrant des choix clairs, en évitant l'utilisation de récompenses et en lui fournissant des informations pertinentes liées à des changements de comportement concernant sa pratique d'activités physiques en utilisant un langage favorisant l'autonomie (pouvoir faire et choisir de faire plutôt que de devoir faire ou d'avoir à faire) (Ryan et al. 2011). Le sentiment de compétence est favorisé quand la personne vit du succès dans ses activités physiques. Les activités doivent être ajustées à la capacité de la personne avec suffisamment d'explications, de pratique et de rétroactions positives pour assurer le succès (Vancampfort et al. 2012a). Le sentiment d'être en relation avec les autres est aussi important avec le professionnel qu'avec ses pairs. Il est favorisé lorsque le kinésologue montre de l'enthousiasme et de l'intérêt envers sa clientèle. De plus, les groupes d'activité physique augmentent le sentiment d'être en relation avec les autres et diminuent celui d'être isolé (Ryan et al. 2011).

La pratique d'une activité physique durant une hospitalisation en psychiatrie a d'ailleurs démontré des effets positifs sur la symptomatologie. Les interventions en activité physique étant susceptibles d'offrir plus de renforcement et une meilleure cohésion sociale sont des facteurs qui favorisent l'assiduité à l'entraînement (Tordeurs et al. 2011).

Une meilleure compréhension des éléments qui influencent la motivation et l'adhésion des personnes atteintes de schizophrénie à un programme d'activités physiques est un facteur clé pour la mise en place d'interventions efficaces. Une prescription d'activité physique personnalisée prenant en compte les difficultés individuelles des personnes souffrant de schizophrénie devrait augmenter leur niveau de confiance à devenir physiquement actif et ainsi améliorer les chances de traitement (Vancampfort et al. 2012).

3. Modèles de pratique en kinésiologie

Les interventions de modification des habitudes de vie, incluant la pratique d'activités physiques, la saine alimentation, la cessation tabagique, l'éducation à la santé, de même que les stratégies de changement de comportement doivent être considérées comme des pratiques cliniques démontrées efficaces en santé mentale (Mental Health Commission of NSW 2016).

Les interventions adaptées et personnalisées qui combinent des rencontres individuelles et de groupe, qui ont une durée minimale de 4 à 6 mois, qui sont soutenues (phase initiale intensive) et assurées par une équipe interdisciplinaire et qui comportent plusieurs composantes axées, entre autres, sur l'alimentation, l'activité physique et les changements de comportement, ont des effets positifs significatifs (Mental Health Commission of NSW 2016).

Les interventions qui identifient de façon proactive les personnes à risque de comorbidités physiques et qui offrent un soutien adapté et personnalisé sont plus efficaces. L'efficacité des interventions est accrue lorsqu'elles ciblent les facteurs de risque ou les besoins fonctionnels spécifiques des personnes atteintes de troubles mentaux graves et de comorbidités physiques (Duggan 2015).

D'après une étude où plus de 415 000 individus ont été suivis pendant 8 ans, le fait de s'adonner à 15 minutes d'activité physique modérée par jour réduit de 14 % le risque de mortalité, toutes causes confondues (Wen et al. 2011).

La pratique d'activités physiques a été démontrée comme étant sécuritaire, tant en prévention primaire que secondaire. Il est toutefois pertinent de réaliser une évaluation initiale qui inclut une épreuve de tolérance à l'effort, afin de déceler de potentielles limitations liées à la condition physique de l'individu (Pescatello et al. 2014).

La pratique d'activités physiques supervisée par un professionnel qualifié joue un rôle majeur sur l'adhésion à un programme d'exercices. Une supervision accrue lors de l'entraînement est associée à une meilleure capacité à faire face aux difficultés rencontrées (Bernard et al. 2013; Firth et al. 2016). L'entraînement supervisé permet d'assurer le bon déroulement des activités et un renforcement positif en début de programme (Zschucke et al. 2013). Ainsi, des professionnels de l'activité physique qualifiés pour soutenir les personnes dans l'atteinte et le maintien d'un mode de vie sain et actif devraient faire partie des équipes interdisciplinaires en santé mentale. Par la suite, les participants devraient être encouragés à devenir autonomes dans la pratique d'activités physiques (Vancampfort et al. 2016).

La prescription d'activités physiques ne consiste pas en une intervention standardisée et uniforme pour tous. Plusieurs facteurs dont les symptômes psychiatriques, les effets secondaires de la médication, les antécédents en activité physique et l'accessibilité des services influencent les modalités d'entraînement et doivent être pris en considération lors de la prescription d'exercices (Vancampfort et al. 2015).

Les interventions gagnent à être adaptées aux préférences individuelles et au contexte de vie, afin de viser à améliorer la capacité d'amorcer des changements. Elles devraient miser sur les activités qui sont appréciées et qui

s'intègrent facilement au quotidien comme la marche. Cette dernière a d'ailleurs été identifiée comme la forme d'exercice la plus accessible et la plus pratiquée et appréciée des personnes atteintes de schizophrénie. En résumé, le programme idéal d'activité physique est celui qu'une personne est prête à suivre (Bernard et al. 2013; Stanley 2011; Williams et al. 2016).

Les différents types d'exercices n'ont pas les mêmes impacts sur la santé cardiovasculaire, respiratoire et métabolique. Les améliorations les plus significatives de la capacité fonctionnelle ont été observées avec l'exercice de type aérobie par intervalles (EPI). Celui-ci est constitué de périodes de haute intensité entrecoupées par des périodes de récupération d'intensité basse à modérée. Il est d'autant plus efficace lorsque pratiqué de façon régulière (au moins 3 fois par semaine) et encadré par du personnel qualifié (Heggelund et al. 2014; Vancampfort et al. 2015).

Les familles et les organismes communautaires jouent un rôle clé dans le soutien et la promotion d'un mode de vie sain et actif. Les partenariats avec les organismes communautaires et municipaux favorisent le maintien d'une vie saine et active en facilitant l'accès à des infrastructures municipales et communautaires abordables (telles que des salles d'entraînement, des piscines, etc.) (Mental Health Commission of NSW 2016).

Le risque cardiovasculaire double durant les premières années de maladies psychotiques en raison de la prévalence élevée de tabagisme et de sédentarité. Cette période représente une opportunité d'intégrer des interventions préventives dans les programmes de premières psychoses dans le but de réduire la morbidité et la mortalité, contribuant ainsi à l'amélioration de la qualité de vie des personnes (Srihari et al. 2013; Vancampfort et al. 2016).

Les interventions ciblées de modification des habitudes de vie, effectuées dès le début du traitement, atténuent les comorbidités physiques liées à la médication psychotrope. Les interventions psychoéducatives, incluant le counseling sur l'activité physique et la nutrition, contribuent à la gestion des facteurs de risque chez les personnes atteintes d'un premier épisode de psychose (Duggan 2015).

L'aménagement de lieux accessibles dédiés à la pratique d'activités physiques dans les milieux de soins en santé mentale est essentiel au maintien d'un niveau minimal d'activité physique chez les personnes atteintes de schizophrénie. Des stratégies d'organisation des soins favorisant la pratique d'activités physiques devraient être élaborées. Des programmes structurés et encadrés, qui sont adaptés aux besoins particuliers des personnes atteintes de troubles mentaux graves, devraient être mis en place (Bernard et al. 2013).

Les cliniciens devraient considérer la capacité fonctionnelle comme une mesure essentielle compte tenu de sa relation significative avec la morbidité et la mortalité. Son ajout aux examens cliniques traditionnels (ex. : tension artérielle et bilans sanguins) pourrait contribuer à la prévention des maladies chroniques (Lee et al. 2010). Les informations fournies par l'évaluation de la capacité fonctionnelle peuvent s'avérer de précieux éléments de motivation pour les personnes (Firth et al. 2016). Ainsi, la promotion de l'activité physique devrait être considérée comme un élément central de l'équipe multidisciplinaire (Vancampfort et al. 2015).

L'activité physique axée sur l'image corporelle pratiquée essentiellement dans le but de perdre du poids ou de gagner de la masse musculaire est associée à un risque accru de troubles anxieux, de troubles dépressifs et à une faible estime de soi (INSPQ 2015). Il est préférable de cibler l'amélioration de la condition physique plutôt que la simple diminution du poids lors de l'élaboration d'objectifs. Cela apparaît d'autant plus pertinent étant donné que l'amélioration de la capacité fonctionnelle est un objectif qui semble plus facilement accessible, réaliste et évocateur pour les personnes atteintes de troubles mentaux (Vancampfort et al. 2016). De la sensibilisation et du

soutien devraient être offerts afin que l'activité physique soit adoptée et maintenue pour des raisons de santé et de bien-être, indépendamment de la variation pondérale (Firth et al. 2016).

L'association de périodes d'exercices structurées et supervisées en groupe ainsi que d'interventions individuelles est plus efficace que l'une ou l'autre de ces stratégies prises isolément. Une approche combinée favorise l'adhésion, renforce la motivation et permet de fournir un enseignement individualisé basé sur des principes établis d'autogestion. Les interventions individuelles réalisées en face à face, même si elles requièrent une utilisation plus intensive des ressources, sont plus efficaces que les interventions téléphoniques ou en ligne (Firth et al. 2016).

Les programmes qui utilisent des méthodes de changement de comportement basées sur l'atteinte d'objectifs, l'autoévaluation, le soutien social et les changements graduels donnent de meilleurs résultats que les programmes d'enseignement traditionnels non participatifs (Bernard et al. 2013).

Selon les recommandations provenant de trois revues de littérature (Chalfoun et al. 2015; Nyström et al. 2015; Rosenbaum et al. 2014) concernant la pratique d'activités physiques chez une population souffrant de troubles de santé mentale :

- ▶ Il est nécessaire d'avoir recours à des professionnels de l'activité physique afin que la prescription d'exercices reflète les meilleures pratiques. La mise en place de stratégies de modification des habitudes de vie en est également bonifiée. L'évaluation de la condition physique par un kinésologue est conseillée avant d'entreprendre un programme d'entraînement.
- ▶ Une activité physique d'intensité faible à moyenne a des effets bénéfiques sur la santé mentale et physique si elle est pratiquée régulièrement. Lorsqu'il est adapté à la personne, l'entraînement par intervalles à haute intensité peut avoir des bénéfices supplémentaires sur les paramètres métaboliques et cardiorespiratoires. Les différentes intensités d'entraînement étant efficaces, le choix devrait dépendre des préférences de la personne.
- ▶ Les séances d'entraînement devraient durer au moins 30 minutes trois fois par semaine. Cependant, il est primordial de viser à encourager la personne à être active au quotidien (sans égard au type, à la durée et à la fréquence de l'activité) et de s'assurer que l'activité physique soit jugée agréable afin d'en assurer le maintien.

4. Domaines d'activités cliniques

Activité physique

- ▶ Évaluation de la condition physique;
- ▶ Prescription d'activité physique;
- ▶ Supervision et accompagnement personnalisé à la pratique d'activité physique;
- ▶ Collaboration à la recherche.

Saines habitudes de vie

- ▶ Promotion – enseignement;
- ▶ Évaluation;
- ▶ Counseling;
- ▶ Interventions brèves.

Maladies chroniques

- ▶ Prévention – dépistage;
- ▶ Monitoring;
- ▶ Collaboration interprofessionnelle : concertation clinique, référence aux professionnels de la santé.

Accompagnement biopsychosocial

- ▶ Accueil adapté à la condition de santé mentale;
- ▶ Prise en charge de la globalité de l'individu;
- ▶ Capacité à diriger les personnes vers les ressources externes;
- ▶ Soutien psychologique et social.

5. Objectifs cliniques

6. Offre de service

6.1 Clientèle en santé mentale-volet hospitalisation

- ▶ **Consultation individuelle et suivi en kinésiologie, à la demande des équipes traitantes des unités de soins.**
 - ▶ S'adresse à la clientèle hospitalisée en soins de courte et longue durée au site Institut universitaire en santé mentale de Québec dont la condition physique et mentale requiert un suivi en kinésiologie pour l'atteinte d'objectifs dans le cadre du processus de rétablissement (plan de traitement et d'intervention, et projet de vie);
 - ▶ L'offre de service propose les activités cliniques suivantes : évaluation de la condition physique, prescription d'activité physique, supervision et accompagnement personnalisé, activités individuelles ou de groupe, intégration et maintien d'un mode de vie actif dans la communauté;
 - ▶ L'intensité et la durée du suivi sont variables selon l'état de la personne, son stade et son évolution. La poursuite du suivi en externe est possible, au besoin;
- ▶ **Entraînement en salle et programmation d'activités sportives de groupe.**
 - ▶ S'adresse à la clientèle hospitalisée en soins de courte et longue durée au site Institut universitaire en santé mentale de Québec pouvant accéder à nos plateaux d'entraînement.
- ▶ **Programmation d'activités physiques de groupe sur les unités de soins afin de répondre à un besoin spécifique ponctuel ou périodique de l'équipe traitante.**
 - ▶ S'adresse à la clientèle hospitalisée en soins de courte et longue durée au site Institut universitaire en santé mentale de Québec ne pouvant accéder à nos plateaux d'entraînement.
- ▶ **Intervention de groupe, uni ou interdisciplinaire, sur des problématiques touchant les domaines d'expertises en kinésiologie.**
 - ▶ Capsules psychoéducatives.

6.2 Clientèle en santé mentale-volet externe

- ▶ **Consultation individuelle et suivi en kinésiologie, à la clinique externe du site Institut universitaire en santé mentale de Québec, à domicile ou dans la communauté.**
 - ▶ S'adresse à la clientèle du CIUSSS de la Capitale-Nationale dont la condition physique et mentale requiert un suivi en kinésiologie pour l'atteinte d'objectifs dans le cadre du processus de rétablissement (plan de traitement et d'intervention, et projet de vie);

- ▶ L'offre de service propose les activités cliniques suivantes : évaluation de la condition physique, prescription d'activité physique, supervision et accompagnement personnalisé, activités individuelles ou de groupe, intégration et maintien d'un mode de vie actif dans la communauté;
- ▶ L'intensité et la durée du suivi en kinésiologie sont variables selon l'état de la personne, son stade et son évolution.

Objectif général	Objectif spécifique
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Favoriser l'acquisition de saines habitudes de vie : activité physique, saine alimentation, cessation/réduction tabagique, qualité du sommeil, gestion du stress, réduction des dépendances. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Offrir des activités de promotion de la santé; ▶ Stimuler l'adhésion à de saines habitudes de vie; ▶ Enseigner les impacts des habitudes de vie sur les différentes conditions de santé; ▶ Accompagner la personne dans la modification graduelle de ses habitudes de vie.
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Contribuer à l'augmentation de la capacité fonctionnelle. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Réaliser une prescription d'exercices adaptés à la personne, basée sur une évaluation et sur les données probantes; ▶ Développer l'autonomie dans la pratique d'activités physiques; ▶ Encourager la pratique de l'activité physique sous toutes ses formes; ▶ Permettre à la personne atteinte d'une maladie mentale de choisir les modalités de sa pratique d'activités physiques; ▶ Favoriser le plaisir lors de la pratique d'une activité physique.
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Contribuer à l'atteinte des objectifs de rétablissement. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Collaborer à la réalisation du projet de vie; ▶ Évaluer, développer et maintenir la motivation à s'engager dans un processus de changement lié à sa santé; ▶ Diminuer les symptômes associés à la condition de santé mentale et physique;

	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Créer des conditions favorables (climat, relation de confiance, etc.) à la gestion quotidienne des symptômes; ▶ Sensibiliser l'individu à l'importance de l'observance thérapeutique (traitement et médication); ▶ Contrer les impacts négatifs de l'hospitalisation; ▶ Favoriser l'intégration et le maintien dans la communauté.
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Collaborer à la prévention, au dépistage et à la gestion des maladies chroniques. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Favoriser la gestion des facteurs de risque modifiables par l'adoption de saines habitudes de vie; ▶ Monitoring des paramètres physiques; ▶ Favoriser l'autogestion de sa condition de santé; ▶ Considérer l'impact de la prise des médicaments sur la personne et sur sa pratique d'activités physiques; ▶ Collaborer avec les professionnels de la santé pour le diagnostic et le traitement des maladies chroniques.
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Contribuer à l'amélioration de la qualité de vie. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Favoriser un bien-être psychologique; ▶ Favoriser un bien-être physique; ▶ Favoriser l'autonomie et le maintien dans la réalisation des tâches de la vie quotidienne; ▶ Encourager le développement de relations interpersonnelles positives et une participation sociale active.

▶ **Intervention de groupe, uni ou interdisciplinaire, sur des problématiques touchant les domaines d'expertises en kinésiologie.**

- ▶ Capsules psychoéducatives.

6.3 Services complémentaires

- ▶ **Activités de sensibilisation, de prévention et de promotion de la santé (acquisition de saines habitudes de vie)**
 - ▶ **Ateliers motivationnels** : ateliers de groupe offerts à tous les usagers du PSG, bâtis sur le modèle d'entretien motivationnel, explorant différentes thématiques en lien avec les saines habitudes de vie et le mieux-être.
 - ▶ **Groupes thérapeutiques** : groupes interactifs rassemblant des usagers ayant des caractéristiques ou des buts communs reliés au bien-être physique, mental et social.
 - ▶ **Tremplin** : ateliers de groupe interactifs, animés par les professionnels du PSG et des usagers partenaires, axés sur la sensibilisation, la prévention et la promotion de la santé globale. Basé sur une approche populationnelle et dispensé dans divers points de services dans la communauté, Tremplin vise à développer la capacité d'autogestion de sa santé, l'intégration dans la communauté, la participation sociale et la socialisation.
- ▶ **Conférences à la demande de nos partenaires de la communauté.**

6.4 Activités de transfert de connaissances

- ▶ **Collaboration à des projets de recherche en kinésiologie avec une clientèle atteinte de troubles de santé mentale.**
- ▶ **Conseils pour les professionnels de la santé et les intervenants de la communauté.**
 - ▶ S'adresse aux professionnels et intervenants en santé mentale qui ont besoin d'un soutien dans l'atteinte d'objectifs liés au processus de rétablissement de la personne;
 - ▶ L'offre de service propose des activités de transfert des connaissances : enseignement et *coaching* de proximité;
 - ▶ La durée du service et le lieu sont variables.
- ▶ **Enseignement et supervision de stages.**

6.5 Plateaux d'activité physique

Depuis 2012, le secteur de la kinésiologie a pris un virage à l'égard de ses pratiques cliniques en favorisant l'externalisation de ses services. Le développement de partenariats avec différentes ressources dans la communauté a permis aux personnes d'intégrer ou de maintenir un mode de vie active. Le fait d'être en contact avec les personnes de la communauté est normalisant. L'implication des partenaires et le soutien professionnel offert par les kinésologues du PSG favorisent grandement l'adhésion des participants à une pratique d'activités physiques dans la communauté.

Le milieu d'entraînement est choisi en fonction du cheminement personnel et des caractéristiques de chaque personne. Le moment et le lieu du transfert pour la pratique de l'activité physique sont variables. Certains coûts peuvent être associés à l'un et l'autre des plateaux.

- ▶ **Institut universitaire en santé mentale de Québec (IUSMQ)**
 - ▶ Installations : salle d'entraînement, gymnase
- ▶ **PEPS de l'Université Laval**
 - ▶ Installations : salle d'entraînement, piscine, gymnase, piste de course
- ▶ **Com-uni-gym du Centre Monseigneur-Marcoux**
 - ▶ Installations : salle d'entraînement, gymnase
- ▶ **Cégep Limoilou, campus Charlesbourg et Québec**
 - ▶ Installations : salle d'entraînement
- ▶ **Programme Adaptavie – Institut de réadaptation en déficience physique de Québec (IRDPQ)**
 - ▶ S'adresse à la clientèle en déficience intellectuelle
 - ▶ Installation : salle d'entraînement
- ▶ **Pavoi de Québec**
 - ▶ S'adresse à la clientèle de 18 à 35 ans
 - ▶ Installations : Club Hors-Piste
- ▶ **Autres installations : domicile, salle d'entraînement privée, extérieur, piscine publique, etc.**

7. Ambitions pour les cinq prochaines années

Accessibilité

- ▶ Faire connaître nos services;
- ▶ Joindre la clientèle vulnérable, itinérante, marginalisée et désaffiliée par le déploiement de collaborations avec des partenaires de la communauté;
- ▶ Offrir des services de proximité.

Collaboration

- ▶ Optimiser la collaboration interprofessionnelle avec les intervenants du PSG et les équipes/intervenants en santé mentale du territoire du CIUSSS de la Capitale-Nationale;
- ▶ Développer des partenariats dans la communauté;
- ▶ Poursuivre l'intégration des proches de la personne à nos processus de travail et de prestation de services;
- ▶ Poursuivre et optimiser la collaboration avec nos partenaires actuels.

Perfectionnement

- ▶ Optimiser la pratique professionnelle en se basant sur l'évolution des besoins de la personne et sur les données probantes;
- ▶ Améliorer la qualité des services et les processus à l'aide du Système de gestion intégrée de l'amélioration continue de la performance;
- ▶ Implanter de nouveaux outils pour la prescription d'activités physiques (feuille de calculs métaboliques, etc.);
- ▶ Contribuer au développement d'une offre de groupe intégrée en soins de santé mentale et physique portant sur l'autogestion de la santé et du bien-être en douleur chronique;
- ▶ Développer le volet cessation tabagique.

Partage d'expertise

- ▶ Augmenter notre capacité d'accueil et standardiser la supervision clinique des stagiaires de 1^{er} et 2^e cycle en kinésiologie;
- ▶ Optimiser l'enseignement clinique et la supervision auprès des étudiants en kinésiologie de 1^{er} et 2^e cycle;
- ▶ Poursuivre la participation à différents projets de recherche.

Annexe 1 : Indicateurs de mieux-être – kinésiologie

Indicateurs retenus pour mesurer l'amélioration globale de la condition de santé mentale, physique et de la qualité de vie de la personne atteinte d'un trouble de santé mentale.

Adoption de saines habitudes de vie

- Taux d'activité physique;
- Consommation tabagique;
- Taux de monoxyde de carbone;
- Consommation d'aliments néfastes;
- Consommation de fruits et légumes;
- Nombre de repas par jour ou prendre 3 repas par jour.

Capacité fonctionnelle

- Niveau d'autonomie dans la pratique d'activités physiques;
- Transfert ou intégration de la pratique de l'activité physique dans la communauté;
- Augmentation de la capacité fonctionnelle d'au moins un MET;
- Augmentation moyenne de la capacité fonctionnelle.

Rétablissement

- Nombre de personne utilisatrices déclarant se sentir mieux outillées à la réalisation de leur projet de vie;
- Nombre de personnes utilisatrices identifiant une amélioration de leur :
 - Engagement dans un processus de changement lié à leur santé;
 - Niveau de fatigue;
 - Niveau d'énergie;
 - Humeur;
 - Niveau d'anxiété/stress.

Prévention, dépistage et gestion des maladies chroniques

- Nombre de personnes utilisatrices présentant une amélioration de leur :

- ▶ Circonférence de taille;
- ▶ Moyenne de la circonférence de taille;
- ▶ Pourcentage de masse grasse;
- ▶ Moyenne du pourcentage de gras.
- ▶ Tension artérielle systolique au repos (TAS);
- ▶ Tension artérielle diastolique au repos (TAD);
- ▶ TAS/TAD au repos;
- ▶ Écart entre la fréquence cardiaque maximale et la fréquence cardiaque de récupération à 1 minute (12 bpm);
- ▶ Moyenne de l'écart entre la fréquence cardiaque maximale et la fréquence cardiaque de récupération à 1 minute;
- ▶ Saturation d'oxygène
- ▶ Valeur de triglycérides;
- ▶ Valeur de HDL (bon cholestérol);
- ▶ Valeur de LDL (mauvais cholestérol);
- ▶ Indice athérogène;
- ▶ Glycémie à jeun (prédiabétiques et diabétiques).

Qualité de vie

- ▶ Nombre de personnes utilisatrices présentant une amélioration de leur :
 - ▶ Bien-être psychologique;
 - ▶ Bien-être physique;
 - ▶ Autonomie dans les tâches de la vie quotidienne;
 - ▶ Réseau social.

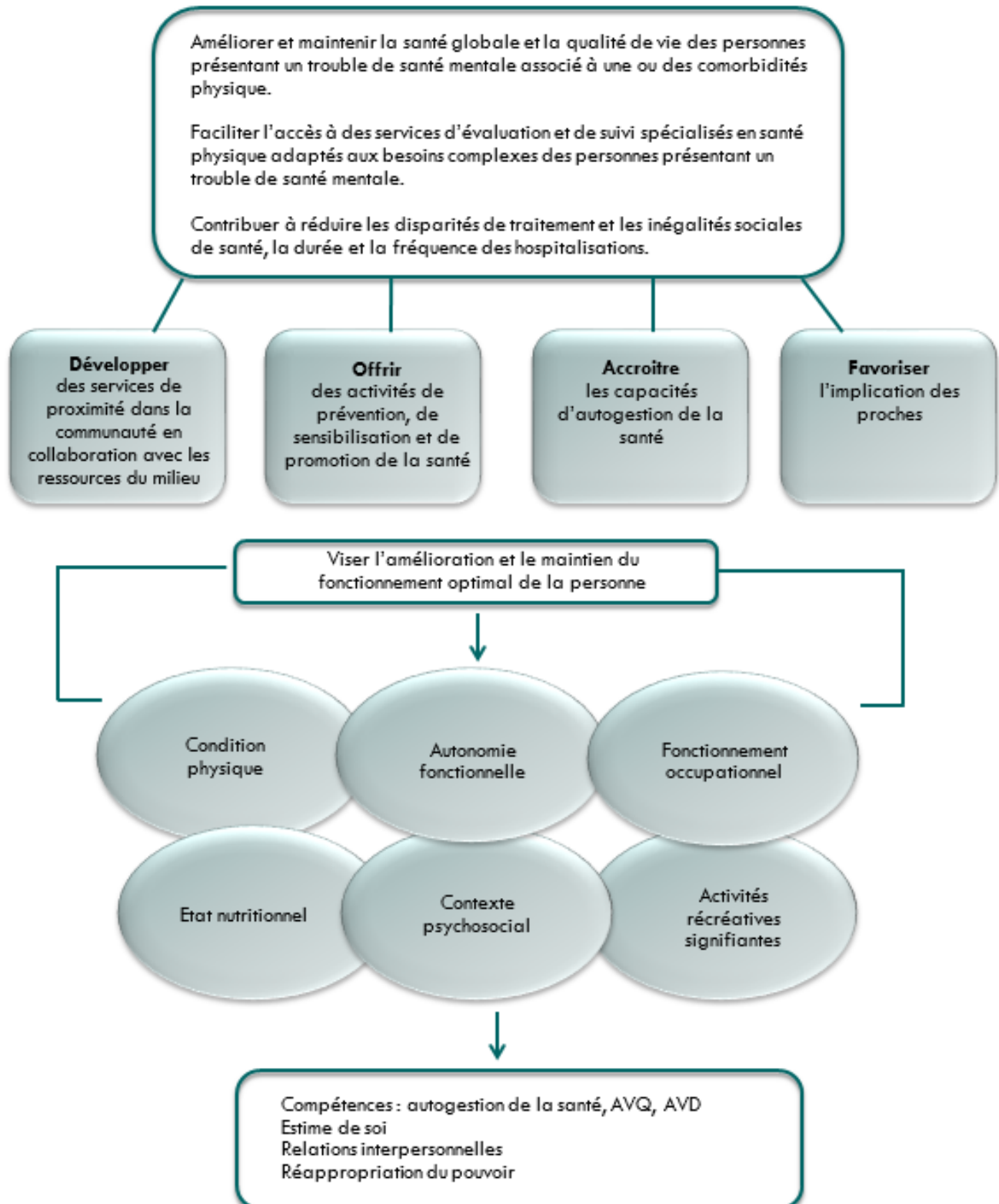
Annexe 2 : Fondements du programme

Pour les personnes utilisatrices de services; le mieux-être et l'amélioration de la qualité de vie se traduisent par le désir de prendre soin de soi par l'adoption de saines habitudes de vie et par l'acquisition d'habiletés permettant de mieux gérer leur santé mentale et physique. Les interventions visent à les aider à se sentir plus vivants et énergiques, moins limités par la maladie et ses effets associés, à avoir des projets d'avenir, une vie sociale, des passions et des loisirs qui leurs procurent bien-être et plaisir. Groupe de discussion PSG, 2017



Annexe 3 : Objectifs cliniques généraux et spécifiques

Le programme prône la mise en œuvre d'une approche globale et intégrée de la santé. Il vise trois grands objectifs. Ceux-ci sont liés à quatre intentions d'actions, par lesquelles les professionnels réalisent leur mission et permettent à la personne de retrouver un mieux-être global.



Annexe 4 : Interfaces de collaborations interprofessionnelles au PSG

La synergie des interventions

Certains problèmes de santé requièrent une approche interdisciplinaire pour maximiser les conditions de réussite de l'atteinte des objectifs de rétablissement. À cet effet, selon la complexité du problème et les besoins biopsychosociaux de la personne, les professionnels du programme proposent des interventions concertées pour certaines situations cliniques, ce qui n'exclut pas d'autres situations pour lesquelles le travail en collaboration interprofessionnelle peut s'avérer plus optimal.



Annexe 5 : Valeurs ajoutées

Pour la personne atteinte de trouble de santé mentale, l'accessibilité aux soins est limitée par un ensemble de facteurs liés à la maladie, dont la difficulté à exprimer ses besoins et les contraintes économiques et sociales. Le programme propose une offre de services flexibles et diversifiés pour répondre à la réalité et aux besoins particuliers de sa clientèle.

Accès facilité

Les personnes utilisatrices de nos services ont exprimé qu'il est plus sécurisant d'avoir accès à des services personnalisés, souples et adaptés à leurs besoins et leur réalité. Groupe de discussion PSG, 2017.

Le programme propose à sa clientèle des installations et services en milieu hospitalier et en plateaux externes propices à l'intégration dans la communauté, aménagés et adaptés à la clientèle en santé mentale.

Milieus normalisant

Les préjugés dans les milieux de santé constituent un autre obstacle aux soins. La stigmatisation nuit à l'attention et à l'importance accordée aux plaintes physiques, souvent considérées comme des symptômes psychologiques, ce qui entraîne des retards et des erreurs de diagnostic. Également, les personnes atteintes de troubles mentaux graves reçoivent moins de conseils préventifs sur leurs habitudes de vie. Plusieurs intervenants croient, à tort, qu'elles ne sont pas concernées par leur santé physique ni intéressées à modifier leur mode de vie. Poulin 2005, Goff et al.

Pour soutenir le rétablissement et favoriser le maintien de la personne dans la communauté, le programme offre une prestation de services continue, dans la communauté, pendant et après l'hospitalisation.

Continuum de soins et services

Dans sa réforme le Mental Health Commission of New South Wales (NSW), recommande de prioriser et faciliter l'évaluation et le suivi de la santé physique des personnes atteintes de troubles mentaux graves dans les milieux spécialisés en santé mentale, et ce, dès le début du traitement. Physical Health and mental wellbeing: évidences guide, 2016.

Les besoins de notre clientèle sont nombreux et complexes (problèmes physiques et mentaux, dépendance, habitudes de vie néfastes, insécurité financière et alimentaire, etc.). Comme la personne présente souvent plus d'une problématique à la fois, le programme privilégie une approche globale. Conséquemment, l'ensemble des dimensions de la santé physique et mentale, les impacts des comorbidités sur la qualité de vie, et les déterminants de la santé sont pris en compte.

Services intégrés

Les modèles de soins intégrés et les approches collaboratives sont plus efficaces pour traiter les personnes atteintes de multimorbidités que les modèles traditionnels. Fédération française de psychiatrie 2015, Australie.

Annexe 6 : Critères d'admissibilité

ADMISSIBILITÉ AU PROGRAMME SANTÉ GLOBALE

Clientèle admissible

Le programme s'adresse aux adultes qui résident sur le territoire du CIUSSS de la Capitale-Nationale, région 03. La personne présente une ou des comorbidités physiques associées à une condition de santé mentale dont les symptômes persistants ou récurrents ont un impact sur son fonctionnement global. Son état de santé physique et/ou mentale entrave sa capacité de recevoir des soins en santé physique adaptés dans le réseau de la santé.

Critères d'admissibilité

La priorisation d'une demande tient compte de la situation globale de la personne et des comorbidités associées à sa situation. En raison de l'interrelation qui existe entre les problèmes de santé physique et la condition de santé mentale, plusieurs facteurs sont considérés. La priorité est déterminée selon les critères reliés à la nature de la demande et des éléments suivants : **vulnérabilité, sécurité, intégrité physique et mentale, retour et maintien à domicile**. Par souci d'équité, les critères de priorisation sont les mêmes pour la clientèle interne et externe.

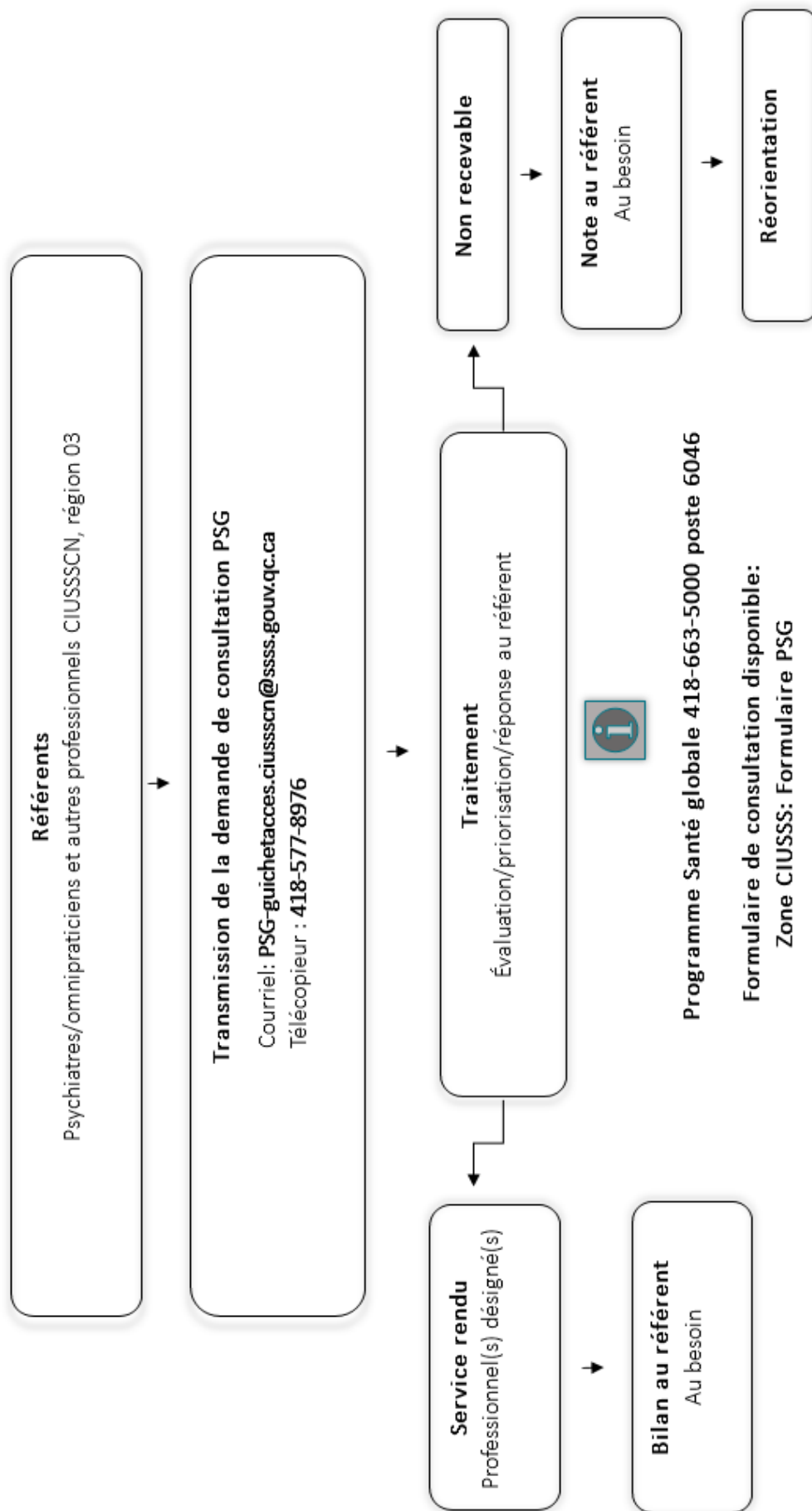
- Résider sur le territoire du CIUSSS de la Capitale-Nationale, région 03;
- Avoir 18 ans et plus;
- Présenter un trouble de santé mentale dont les symptômes, persistants ou récurrents, entravent la capacité de recevoir des services en soins physiques ailleurs dans le réseau;
- Être consentant à recevoir les soins et les services;
- Être volontaire à s'impliquer dans la prise en charge de sa santé.

Conditions ayant une influence sur la priorisation des demandes**

- La sécurité ou l'intégrité physique et mentale;
- L'autonomie fonctionnelle;
- La détérioration ou la modification de la condition de la santé physique ou mentale ayant un impact sur le rétablissement, le retour ou le maintien à domicile;
- La présence de critères de vulnérabilité;
- La date de réception de la demande de consultation;
- Les suivis interprofessionnels à valeur ajoutée au regard du motif de consultation initial.

** Il est à noter que le délai pour la prestation du service peut varier en fonction du volume de demandes reçues et de la disponibilité de la personne qui a besoin des soins et des services.

Annexe 7 : Trajectoire de référence



Continuum de soins et services intégrés en santé mentale et physiques – pendant et après l'hospitalisation
La synergie des interventions – ergothérapie-kinésiologie-loisirs-nutrition-physiothérapie
Approche collaborative – de concert avec les professionnels-la personne-ses proches

Annexe 8 : Maillage avec nos partenaires de la communauté

Partenaire	Objet du partenariat
<p>Centre Mgr-Marcoux (salle d'entraînement et plateaux sportifs)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Intégration dans la communauté (prescription d'activité physique, supervision) ▶ Référencement et collaboration à l'adhésion de la clientèle du PSG à la programmation du Centre Mgr-Marcoux ▶ Entente de tarifs préférentiels pour notre clientèle
<p>Le Pavois-Club hors-piste</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Accompagnement d'usagers hospitalisés aux activités sportives et de plein air de groupe ▶ Référencement et collaboration à l'adhésion de la clientèle du PSG à la programmation du Club hors-piste ▶ Évaluation à l'effort pour les participants déconditionnés ou ayant des troubles de santé physique ▶ Préparation et soutien de la clientèle en santé mentale pour le Défi 5 km de Saint-Jean-Eudes.
<p>PEPS de l'Université Laval (salle d'entraînement, plateaux sportifs, stade couvert, piscine)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Intégration dans la communauté (prescription d'activité physique, supervision) ▶ Référencement et collaboration à l'adhésion de la clientèle du PSG à la programmation du PEPS ▶ Entente de tarifs préférentiels pour notre clientèle
<p>Cégep Limoilou – campus Québec et Charlesbourg (salle d'entraînement)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Intégration dans la communauté (prescription d'activité physique, supervision) ▶ Référencement et collaboration à l'adhésion de la clientèle du PSG à la programmation du Cégep ▶ Entente de tarifs préférentiels pour notre clientèle
<p>Service de la psychologie du Cégep Limoilou</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Prestation de services dans la communauté (évaluation à l'effort, consultation, bilan, etc.) pour les étudiants référés par le Service de la psychologie du Cégep Limoilou

<p>Adaptavie (salle d'entraînement)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Intégration dans la communauté (prescription d'activité physique, supervision) ▶ Référencement et collaboration à l'adhésion de la clientèle du PSG à la programmation d'Adaptavie ▶ Entente de tarifs préférentiels pour notre clientèle
<p>Organismes dans la communauté</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Dispensation des ateliers Tremplin dans la communauté ▶ Référencement et collaboration à l'adhésion de la clientèle du PSG à la programmation d'activités de la zone géographique ciblée
<p>Le Verger</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Enseignement de groupe par des ateliers théoriques et d'activités interactives
<p>Lauberivière</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Enseignement de groupe par des ateliers théoriques et d'activités interactives
<p>La Boussole</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Conférence pour l'entourage des personnes qui présentent des manifestations cliniques reliées à un trouble de santé mentale
<p>Université Laval</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Supervision de stagiaires de 1^{er} et 2^e cycle ▶ Participation à l'enseignement

Annexe 9 : Fil conducteur – kinésiologie

Devise du PSG

Un tremplin vers mon mieux-être pour un complément thérapeutique de premier choix



Raison d'être du PSG

Contribuer au mieux-être des personnes ayant un trouble de santé mentale associé à une ou des comorbidités physiques dont les symptômes, persistants ou récurrents ont un impact sur leur fonctionnement global.



Valeurs du PSG

Autonomie : Accompagner et responsabiliser la personne dans son processus de mieux-être.

Respect/ouverture : Accueillir la personne dans son individualité et sa globalité.

Collaboration : Agir de concert avec la personne, ses proches, les équipes traitantes et les partenaires de la communauté.

Intégration : Offrir des installations et des services adaptés dans la communauté.

Créativité : Proposer des services et des approches cliniques reconnues et novatrices.



Clientèle du PSG

Adulte qui réside sur le territoire du CIUSSS de la Capitale-Nationale, région 03. La personne présente une ou des comorbidités physiques associées à une condition de santé mentale dont les symptômes persistants ou récurrents ont un impact sur son fonctionnement global. Son état de santé physique et/ou mentale entrave sa capacité de recevoir des soins en santé physique adaptés dans le réseau de la santé.



Domaines d'activités cliniques – secteur kinésiologie

Activité physique

- ▶ Prescription d'activité physique;
- ▶ Supervision et accompagnement personnalisé à la pratique d'activité physique;
- ▶ Collaboration à la recherche.

Saines habitudes de vie

- ▶ Promotion – enseignement;
- ▶ Évaluation;
- ▶ Counseling;
- ▶ Interventions brèves.

Maladies chroniques

- ▶ Prévention – dépistage;
- ▶ Monitoring;
- ▶ Collaboration interprofessionnelle : concertation clinique, référence aux professionnels de la santé.

Accompagnement biopsychosocial

- ▶ Accueil adapté à la condition de santé mentale;
- ▶ Prise en charge de la globalité de l'individu;
- ▶ Capacité à diriger les personnes vers les ressources externes;
- ▶ Soutien psychologique et social.



Offre de service – secteur kinésiologie

Clientèle en santé mentale-volet hospitalisation

- ▶ Consultation individuelle et suivi en kinésiologie, à la demande des équipes traitantes des unités de soins;
- ▶ Entraînement en salle et programmation d'activités sportives de groupe.
- ▶ Programmation d'activités physiques de groupe sur les unités de soins afin de répondre à un besoin spécifique ponctuel ou périodique de l'équipe traitante;

- ▶ Intervention de groupe, uni ou interdisciplinaire, sur des problématiques touchant les domaines d'expertises en kinésiologie.

Clientèle en santé mentale-volet externe

- ▶ Consultation individuelle et suivi en kinésiologie, à la clinique externe du site Institut universitaire en santé mentale de Québec, à domicile ou dans la communauté;
- ▶ Entraînement en salle et programmation d'activités sportives de groupe.
- ▶ Intervention de groupe, uni ou interdisciplinaire, sur des problématiques touchant les domaines d'expertises en kinésiologie.

Services complémentaires

- ▶ Activités de sensibilisation, de prévention et de promotion de la santé (acquisition de saines habitudes de vie);
- ▶ Conférences à la demande de nos partenaires de la communauté.

Activités de transfert de connaissances

- ▶ Collaboration à des projets de recherche en kinésiologie avec une clientèle atteinte de troubles de santé mentale;
- ▶ Conseils pour les professionnels de la santé et les intervenants de la communauté;
- ▶ Enseignement et supervision de stage.



Objectifs cliniques généraux – secteur kinésiologie

- ▶ Favoriser l'acquisition de saines habitudes de vie : activité physique, saine alimentation, cessation/réduction tabagique, qualité du sommeil, gestion du stress, réduction des dépendances;
- ▶ Contribuer à l'augmentation de la capacité fonctionnelle;
- ▶ Contribuer à l'atteinte des objectifs de rétablissement;
- ▶ Collaborer à la prévention, au dépistage et à la gestion des maladies chroniques;
- ▶ Contribuer à l'amélioration de la qualité de vie.



Effet souhaité du PSG

Amélioration globale et maintien de la condition de santé mentale et physique et de la qualité de vie des personnes ayant un trouble de santé mentale associé à une ou des comorbidités physiques.



Indicateurs de mieux-être – secteur kinésiologie

Adoption de saines habitudes de vie

Capacité fonctionnelle

Rétablissement

Prévention, dépistage et gestion des maladies chroniques

Qualité de vie



Maillages avec nos partenaires de la communauté – secteur kinésiologie

Centre Mgr-Marcoux, Le Pavois–Club hors-piste, PEPS de l'Université Laval, Cégep Limoilou – campus Québec et Charlesbourg, Service de la psychologie du Cégep Limoilou, Adaptavie, Organismes dans la communauté, Le Verger, Lauberivière, La Boussole, Université Laval.



Ambitions – secteur kinésiologie

Accessibilité

- ▶ Faire connaître nos services;
- ▶ Joindre la clientèle vulnérable, itinérante, désaffiliée et marginalisée par le déploiement de collaborations avec des partenaires de la communauté;
- ▶ Offrir des services de proximité en poursuivant le déploiement de notre offre de service sur le territoire du CIUSSS de la Capitale-Nationale en développant de nouveaux partenariats dans la communauté.

Collaboration

- ▶ Optimiser la collaboration interprofessionnelle avec les intervenants du PSG et les équipes/intervenants en santé mentale du territoire du CIUSSS de la Capitale-Nationale;
- ▶ Développer des partenariats dans la communauté;

- ▶ Poursuivre l'intégration des proches de la personne à nos processus de travail et de prestation de services;
- ▶ Poursuivre et optimiser la collaboration avec nos partenaires actuels.

Perfectionnement

- ▶ Optimiser la pratique professionnelle en se basant sur l'évolution des besoins de la personne et sur les données probantes;
- ▶ Améliorer la qualité des services et les processus via le Système de gestion intégré de l'amélioration continue de la performance;
- ▶ Implanter de nouveaux outils pour la prescription d'activités physiques (feuille de calculs métaboliques, etc.);
- ▶ Contribuer au développement d'une offre de groupe intégrée en soins de santé mentale et physique portant sur l'autogestion de la santé et du bien-être en douleur chronique;
- ▶ Développer le volet de la cessation tabagique.

Partage d'expertise

- ▶ Augmenter notre capacité d'accueil et standardiser la supervision clinique des stagiaires de 1^{er} et 2^e cycle en kinésiologie;
- ▶ Optimiser l'enseignement clinique et la supervision auprès des étudiants en kinésiologie de 1^{er} et 2^e cycle;
- ▶ Poursuivre la participation à différents projets de recherche.

Bibliographie

- ACSM. 2009. "Appropriate Physical Activity Intervention Strategies for Weight Loss and Prevention of Weight Regain for Adults." *Medicine and Science in Sports and Exercise*: 459–71.
- ACSM; ADA. 2010. "Exercise and Type 2 Diabetes: American College of Sports Medicine and the American Diabetes Association: Joint Position Statement." *Medicine and Science in Sports and Exercise* 42(12): 2282–2303.
- Adamsen, L. et al. 2009. "Effect of a Multimodal High Intensity Exercise Intervention in Cancer Patients Undergoing Chemotherapy: Randomised Controlled Trial." *Bmj* 339(oct13 1): b3410–b3410. <http://www.bmj.com/cgi/doi/10.1136/bmj.b3410>.
- Agence de la santé publique du Canada. 2002. "Rapport sur les maladies mentales au Canada - Agence de santé publique du Canada."
- Alexandratos, Kristy, Fiona Barnett, and Yvonne Thomas. 2012. "The Impact of Exercise on the Mental Health and Quality of Life of People with Severe Mental Illness: A Critical Review." *British Journal of Occupational Therapy* 75(2): 48–60. <http://journals.sagepub.com/doi/10.4276/030802212X13286281650956> (December 20, 2017).
- American Diabetes Association. 2012. "Executive Summary: Standards of Medical Care in Diabetes--2012." *Diabetes care* 35 Suppl 1.
- Anderson, Todd J et al. 2016. "2016 Canadian Cardiovascular Society Guidelines for the Management of Dyslipidemia for the Prevention of Cardiovascular Disease in the Adult." 32.
- Bak, Maarten et al. 2014. "Almost All Antipsychotics Result in Weight Gain: A Meta-Analysis." *PLoS ONE*.
- Baptista, Trino et al. 2008. "Pharmacological Management of Atypical Antipsychotic-Induced Weight Gain." *CNS Drugs* 22(6): 477–95. <http://link.springer.com/10.2165/00023210-200822060-00003> (January 15, 2018).
- Belardinelli, Romualdo et al. 2015. "Exercise Training Intervention After Coronary Angioplasty (The ETICA Trial): Ten-Year Follow-Up." *Circulation* 116(Suppl 16).
- Bernard, P., A.J. Romain, et al. 2013. "Barrières et motivation à l'activité physique chez l'adulte atteint de schizophrénie : revue de littérature systématique." *Science & Sports* 28(5): 247–52. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0765159713000567> (January 9, 2018).
- Bernard, P., G. Ninot, et al. 2013. "Smoking Cessation, Depression, and Exercise: Empirical Evidence, Clinical Needs, and Mechanisms." *Nicotine & Tobacco Research* 15(10): 1635–50. <https://academic.oup.com/ntr/article-lookup/doi/10.1093/ntr/ntt042> (January 3, 2018).
- Blair, Steven N et al. 2009. "Healthy Hearts--and the Universal Benefits of Being Physically Active: Physical Activity and Health." *Annals of epidemiology* 19(4): 253–56. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19344864> (October 3, 2016).
- Blair, Steven N. 2009. "Physical Inactivity: The Biggest Public Health Problem of the 21st Century." *British journal of sports medicine* 43(1): 1–2. <http://bjsm.bmj.com/content/43/1/1.short>.

- Boisvert, Paul. 2013. "L'activité physique, un médicament efficace." *L'Actualité médicale* 13(1): 27–29.
- Bourbeau, Jean et al. 2003. "Reduction of Hospital Utilization in Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease_{A Disease-Specific Self-Management Intervention}" *Archives of Internal Medicine* 163(5): 585.
<http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/archinte.163.5.585> (October 4, 2016).
- Bredin, Shannon, Darren Warburton, and Donna Lang. 2013. "The Health Benefits and Challenges of Exercise Training in Persons Living with Schizophrenia: A Pilot Study." *Brain Sciences* 3(2): 821–48.
<http://www.mdpi.com/2076-3425/3/2/821/>.
- Canadian Diabetes Association. 2013. "2013 Clinical Practice Guidelines Committees." *Canadian Journal of Diabetes* 37(1).
http://guidelines.diabetes.ca/app_themes/cdacpg/resources/cpg_2013_full_en.pdf (January 19, 2018).
- Castelli, W.P. 1984. "Epidemiology of Coronary Heart Disease: The Framingham Study." *The American Journal of Medicine* 76(2): 4–12. <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/0002934384909525> (January 3, 2018).
- Chalfoun, C. et al. 2015. "Amélioration de la santé cardiovasculaire par l'exercice physique chez les individus atteints de schizophrénie : un guide de pratique." *Obésité* 10(1): 4–20.
- CHEN, WEI-WEI, XIA ZHANG, and WEN-JUAN HUANG. 2016. "Role of Physical Exercise in Alzheimer's Disease." *Biomedical Reports* 4(4): 403–7. <https://www.spandidos-publications.com/>.
- Clarke, Janine, and Ian Janssen. 2014. "Sporadic and Bouted Physical Activity and the Metabolic Syndrome in Adults." *Medicine and Science in Sports and Exercise* 46(1): 76–83.
- Colberg, Sheri R et al. 2016. "Physical Activity / Exercise and Diabetes: A Position Statement of the American Diabetes Association." *Diabetes Care* 39(November): 2065–79.
- Comité scientifique de Kino Québec. 2008. *Activité physique et santé osseuse*. <http://www.kino-quebec.qc.ca/publications/santeosseuse.pdf> (January 10, 2018).
- Deci, Edward L., and Richard M. Ryan. 2000. "The What and Why of Goal Pursuits: Human Needs and the Self-Determination of Behavior." *Psychological Inquiry* 11(4): 227–68.
http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1207/S15327965PLI1104_01 (January 15, 2018).
- Dickerson, Faith et al. 2008. "Quality of Life in Individuals With Serious Mental Illness and Type 2 Diabetes." *Psychosomatics* 49(2): 109–14.
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0033318208709484> (January 15, 2018).
- Duggan, Maria. 2015. "Beyond the Fragments: Preventing the Costs and Consequences of Chronic Physical and Mental Diseases." *Australian Health Policy Collaboration* (5).
<https://www.vu.edu.au/sites/default/files/AHPC/pdfs/beyond-the-fragments.pdf> (January 15, 2018).
- Dustan, Harriet P., Edward J. Roccella, and Howard H. Garrison. 1996. "Controlling Hypertension."

Archives of Internal Medicine 156(17): 1926.
<http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/archinte.1996.00440160034007>
(January 3, 2018).

- Eagle, Kim A et al. 2004. "ACC/AHA 2004 Guideline Update for Coronary Artery Bypass Graft Surgery: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee to Update the 1999 Guidelines for Coronary Artery Bypass Graft Surgery)." *Circulation* 110(14): e340-437. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15466654> (January 3, 2018).
- Faulkner, Guy, Tony Cohn, and Gary Remington. 2006. "Validation of a Physical Activity Assessment Tool for Individuals with Schizophrenia." *Schizophrenia Research* 82(2-3): 225-31.
- Firth, J. et al. 2016. "Motivating Factors and Barriers towards Exercise in Severe Mental Illness: A Systematic Review and Meta-Analysis." *Psychological Medicine* 46(14): 2869-81. http://www.journals.cambridge.org/abstract_S0033291716001732.
- Firth, Joseph, Rebekah Carney, Rebecca Elliott, et al. 2016. "Exercise as an Intervention for First-Episode Psychosis: A Feasibility Study." *Early Intervention in Psychiatry* (June 2010): 1-9.
- Firth, Joseph, Rebekah Carney, Lauren Jerome, et al. 2016. "The Effects and Determinants of Exercise Participation in First-Episode Psychosis: A Qualitative Study." *BMC Psychiatry* 16(1): 36. <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/16/36>.
- Firth, Joseph et al. 2017. "Aerobic Exercise Improves Cognitive Functioning in People with Schizophrenia: A Systematic Review and Meta-Analysis." *Schizophrenia Bulletin* 43(3): 546-56.
- Fleury, Marie-Josée et al. 2012. "Determinants Associated with the Utilization of Primary and Specialized Mental Health Services." *Psychiatric Quarterly* 83(1): 41-51. <http://link.springer.com/10.1007/s11126-011-9181-3> (September 30, 2016).
- Garber, Carol Ewing et al. 2011. "Quantity and Quality of Exercise for Developing and Maintaining Cardiorespiratory, Musculoskeletal, and Neuromotor Fitness in Apparently Healthy Adults: Guidance for Prescribing Exercise." *Medicine and Science in Sports and Exercise* 43(7): 1334-59.
- Gerhard-Herman, Marie D et al. 2017. "2016 AHA/ACC Guideline on the Management of Patients With Lower Extremity Peripheral Artery Disease: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines." *Circulation* 135(12): e726-79. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27840333> (January 5, 2018).
- Gignoux-Froment, F. 2010. "Les antipsychotiques en médecine générale." *Service de santé des armées*.
- Gillum, R. F., M. E. Mussolino, and D. D. Ingram. 1996. "Physical Activity and Stroke Incidence in Women and Men: The NHANES I Epidemiologic Follow-up Study." *American Journal of Epidemiology* 143(9): 860-69. <https://academic.oup.com/aje/article-lookup/doi/10.1093/oxfordjournals.aje.a008829>.
- Glover, Crystal M., Joelle C. Ferron, and Rob Whitley. 2013. "Barriers to Exercise among People with Severe Mental Illnesses." *Psychiatric Rehabilitation Journal* 36(1): 45-47.
- Goldstein, L. B. et al. 2006. 37 Stroke *Primary Prevention of Ischemic Stroke: A Guideline From the*

American Heart Association/American Stroke Association Stroke Council: Cosponsored by the Atherosclerotic Peripheral Vascular Disease Interdisciplinary Working Group; Cardiovascular Nursing Council. <http://stroke.ahajournals.org/cgi/doi/10.1161/01.STR.0000223048.70103.F1>.

- Gorczyński, P, and G Faulkner. 2010. "Exercise Therapy for Schizophrenia." *Cochrane Database of Systematic Reviews* (6): N.PAG-N.PAG 1p. <http://0-search.ebscohost.com.library.ucc.ie/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=105008625&site=ehost-live>.
- Haskell, William et al. 2007. "Physical Activity and Public Health: Updated Recommendation for Adults From the American College of Sports Medicine and the American Heart Association." *Circulation* 116. http://scholarcommons.sc.edu/sph_physical_activity_public_health_facpub/119 (September 30, 2016).
- Hayes, Joseph F. et al. 2017. "Mortality Gap for People with Bipolar Disorder and Schizophrenia: UK-Based Cohort Study 2000-2014." *British Journal of Psychiatry* 211(3).
- Heggelund, Jørn, Kim Daniel Kleppe, Gunnar Morken, and Einar Vedul-Kjelsås. 2014. "High Aerobic Intensity Training and Psychological States in Patients with Depression or Schizophrenia." *Frontiers in psychiatry* 5: 148. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25400592> (January 10, 2018).
- Hemmelgarn, B R et al. 2006. "The 2006 Canadian Hypertension Education Program Recommendations for the Management of Hypertension: Part I--Blood Pressure Measurement, Diagnosis and Assessment of Risk." *The Canadian journal of cardiology* 22(7): 573–81. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16755312> (January 3, 2018).
- Huttunen, J K et al. 1979. "Effect of Moderate Physical Exercise on Serum Lipoproteins. A Controlled Clinical Trial with Special Reference to Serum High-Density Lipoproteins." *Circulation* 60(6): 1220–29. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/227618> (December 8, 2017).
- Initiative canadienne de collaboration en santé mentale. 2006. "Initiative canadienne de collaboration en santé mentale / Association canadienne des travailleurs sociaux." <https://casw-acts.ca/fr/initiative-canadienne-de-collaboration-en-sant%C3%A9-mentale>.
- INSPQ. 2015. "Bouger pour être en bonne santé... mentale!" *Synthèses de l'équipe Nutrition - Activité physique – Poids* (10). https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/2037_bouger_sante_mentale.pdf.
- International Physical Health in Youth (iphYs) working group. 2013. *Healthy Active Lives (HeAL) Consensus Statement*. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg178/resources/healthy-active-lives-heal-consensus-statement-international-physical-health-in-youth-working-group-pdf-191766493> (January 15, 2018).
- Joffres, M et al. 2001. "Distribution of Blood Pressure and Hypertension in Canada and the United States." *American Journal of Hypertension* 14(11): 1099–1105. [https://academic.oup.com/ajh/article-lookup/doi/10.1016/S0895-7061\(01\)02211-7](https://academic.oup.com/ajh/article-lookup/doi/10.1016/S0895-7061(01)02211-7) (January 3, 2018).
- Josefsson, T., M. Lindwall, and T. Archer. 2014. "Physical Exercise Intervention in Depressive Disorders: Meta-Analysis and Systematic Review." *Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports*.

- Kates, N; Mazowita, G; Lemire, F; Jayabarathan, A; Bland, R; 2011. "The Evolution of Collaborative Mental Health Care in Canada: A Shared Vision for the Future." *Canadian Journal of Psychiatry* 56(5). <https://search.proquest.com/openview/ac21342c15af2c8eff2b633859a870f1/1?pq-origsite=gscholar&cbl=35547> (January 9, 2018).
- Kavey, Rae-Ellen W et al. 2003. "American Heart Association Guidelines for Primary Prevention of Atherosclerotic Cardiovascular Disease Beginning in Childhood." *Circulation* 107(11): 1562–66. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12654618> (January 3, 2018).
- Kelley, G A, and K S Kelley. 2000. "Progressive Resistance Exercise and Resting Blood Pressure : A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials." *Resistance Exercise and Resting Blood Pressure in Adults* 35(3): 838–43. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=10720604.
- Kerling, Arno et al. 2013. "Exercise Capacity and Quality of Life in Patients with Schizophrenia." *Psychiatric Quarterly* 84(4): 417–27. <http://link.springer.com/10.1007/s11126-013-9256-4> (January 9, 2018).
- Knöchel, Christian et al. 2012. "Cognitive and Behavioural Effects of Physical Exercise in Psychiatric Patients." *Progress in Neurobiology* 96(1): 46–68.
- Kodama, Satoru et al. 2007. "Effect of Aerobic Exercise Training on Serum Levels of High-Density Lipoprotein Cholesterol." *Archives of Internal Medicine* 167(10): 999. <http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/archinte.167.10.999> (December 20, 2017).
- Kodama, Satoru, Kazumi Saito, Shiro Tanaka, Miho Maki, Yoko Yachi, Mihoko Asumi, et al. 2009. "Cardiorespiratory Fitness as a Quantitative Predictor of All-Cause Mortality and Cardiovascular Events." *Jama* 301(19): 2024–35.
- Kokkinos, P F et al. 2001. "Exercise as Hypertension Therapy." *Cardiology clinics* 19(3): 507–16. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11570120> (September 30, 2016).
- Kyu, Hmwe H et al. 2016. "Physical Activity and Risk of Breast Cancer, Colon Cancer, Diabetes, Ischemic Heart Disease, and Ischemic Stroke Events: Systematic Review and Dose-Response Meta-Analysis for the Global Burden of Disease Study 2013." *BMJ (Clinical research ed.)* 354(1): i3857. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27510511> \ <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC4979358>.
- Lee, Duck-chul, Enrique G Artero, Xuemei Xuemei Sui, and Steven N Blair. 2010. "Review: Mortality Trends in the General Population: The Importance of Cardiorespiratory Fitness." *Journal of Psychopharmacology* 24(4_suppl): 27–35. <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1359786810382057> (January 9, 2018).
- Lemieux, Mélanie, and Guy Thibault. 2010. "Activité physique et cessation du tabagisme." *Kino Québec* (105).
- Liu, Nancy H et al. 2017. "Excess Mortality in Persons with Severe Mental Disorders: A Multilevel Intervention Framework and Priorities for Clinical Practice, Policy and Research Agendas." *World*

psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA) 16(1): 30–40.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28127922>.

Manuel, Douglas G. et al. 2016. “Measuring Burden of Unhealthy Behaviours Using a Multivariable Predictive Approach: Life Expectancy Lost in Canada Attributable to Smoking, Alcohol, Physical Inactivity, and Diet.” *PLoS Medicine* 13(8): 1–27.

Mental Health Commission of NSW. 2016. “Physical Health and Mental Wellbeing.” *Mental Health Commission of NSW*. [https://nswmentalhealthcommission.com.au/sites/default/files/publication-documents/Physical health and wellbeing - final 8 Apr 2016 WEB.pdf](https://nswmentalhealthcommission.com.au/sites/default/files/publication-documents/Physical%20health%20and%20wellbeing%20-%20final%208%20Apr%202016%20WEB.pdf) (January 15, 2018).

Miller, William R. (William Richard), and Stephen Rollnick. 2013. *Motivational Interviewing : Helping People Change*. Guilford Press. [https://books.google.ca/books?hl=fr&lr=&id=o1-ZpM7QqVQC&oi=fnd&pg=PP1&dq=motivational+interviewing&ots=c0BjckfIKV&sig=Sf-5JR0ISGT1Of041vm3S28WoNw#v=onepage&q=motivational interviewing&f=false](https://books.google.ca/books?hl=fr&lr=&id=o1-ZpM7QqVQC&oi=fnd&pg=PP1&dq=motivational+interviewing&ots=c0BjckfIKV&sig=Sf-5JR0ISGT1Of041vm3S28WoNw#v=onepage&q=motivational%20interviewing&f=false) (January 9, 2018).

Ministère de la Santé et des Services sociaux. 2012. *Cadre de référence pour la prévention et la gestion des maladies chroniques physiques en première ligne*.

Ministerial Advisory Committee on Mental Health. 2012. “Improving the Physical Health of People with Severe Mental Illness.” (June): 25.

Mitchell, Alex J et al. 2013. “Prevalence of Metabolic Syndrome and Metabolic Abnormalities in Schizophrenia and Related Disorders-a Systematic Review and Meta-Analysis.” *Schizophrenia Bulletin* 39(2): 306–18.

Myers, Jonathan, Manish Prakash, Victor Froelicher, Sara Partington, et al. 2002. “EXERCISE CAPACITY AND MORTALITY AMONG MEN REFERRED FOR EXERCISE TESTING.” *The New England journal of medicine* 346(11): 793–801.

Myers, Jonathan, Manish Prakash, Victor Froelicher, Dat Do, et al. 2002. “Exercise Capacity and Mortality among Men Referred for Exercise Testing.” *New England Journal of Medicine* 346(11): 793–801. <http://www.nejm.org/doi/abs/10.1056/NEJMoa011858> (October 3, 2016).

Newcomer, John W. 2007. “Antipsychotic Medications: Metabolic and Cardiovascular Risk.” *The Journal of Clinical Psychiatry* 68(suppl 4): 8–13.

Newcomer, Jw, and Ch Hennekens. 2007. “Severe Mental Illness and Risk of Cardiovascular Disease.” *Jama* 298(15): 1794–96. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.298.15.1794>.

Nici, Linda et al. 2006. “American Thoracic Society/European Respiratory Society Statement on Pulmonary Rehabilitation.” *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine* 173(12): 1390–1413. <http://www.atsjournals.org/doi/abs/10.1164/rccm.200508-1211ST> (January 8, 2018).

Nilsson, B M et al. 2012. “Physical Capacity, Respiratory Quotient and Energy Expenditure during Exercise in Male Patients with Schizophrenia Compared with Healthy Controls.” *European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists* 27(3): 206–12.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20970966>.

- Nyström, Markus B.T., Gregory Neely, Peter Hassmén, and Per Carlbring. 2015. "Treating Major Depression with Physical Activity: A Systematic Overview with Recommendations." *Cognitive Behaviour Therapy* 44(4): 341–52. <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/16506073.2015.1015440> (January 10, 2018).
- O'Donnell, Denis E et al. 2007. "Canadian Thoracic Society Recommendations for Management of Chronic Obstructive Pulmonary Disease – 2007 Update." *Canadian Respiratory Journal* 14(suppl b): 5B–32B. <http://www.hindawi.com/journals/crj/2007/830570/abs/> (January 8, 2018).
- OGrady, Caroline P, and W.J. Wayne Skinner. 2008. "Guide à l'intention des familles sur les troubles concomitants." *Centre de toxicomanie et de santé mentale*. http://www.camh.ca/en/education/about/camh_publications/Documents/eBook_PDFs/famguideCD_FR.pdf (January 15, 2018).
- OMS. 2013. "Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020." *Organisation mondiale de la santé*: 49.
- Organisation mondiale de la santé. 2010. *Rapport sur la situation mondiale des maladies non transmissibles*.
- Owen, Neville et al. 2010. "Sedentary Behavior: Emerging Evidence for a New Health Risk." *Mayo Clinic Proceedings* 85(12): 1138–41.
- Padwal, Rajdeep, Norman Campbell, Rhian M Touyz, and Canadian Hypertension Education Program. 2005. "Applying the 2005 Canadian Hypertension Education Program Recommendations: 3. Lifestyle Modifications to Prevent and Treat Hypertension." *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association médicale canadienne* 173(7): 749–51. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16186578> (January 3, 2018).
- Pelletier, Louise et al. 2017. "Autogestion des troubles de l'humeur et/ou d'anxiété par l'activité physique et l'exercice." *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada* 37(5): 160–71.
- Perk, J., B. Hedback, and J. Engvall. 1990. "Effects of Cardiac Rehabilitation after Coronary Artery Bypass Grafting on Readmissions, Return to Work, and Physical Fitness. A Case-Control Study." *Scandinavian Journal of Public Health* 18(1): 45–51. <http://sjp.sagepub.com/cgi/doi/10.1177/140349489001800107> (October 4, 2016).
- Pescatello, Linda S., and American College of Sports Medicine. 2014. *ACSM's Guidelines for Exercise Testing and Prescription*. Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins Health. https://books.google.ca/books?hl=fr&lr=&id=hhosAwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=acsm+guidelines+for+exercise+tsting+and+prescription&ots=ljB73K_UOt&sig=q1_C-Gty41mnuygnzo7Bu_hYbOA#v=onepage&q=acsm+guidelines+for+exercise+tsting+and+prescription&f=false (January 10, 2018).
- Te Pou. 2014. "The Physical Health of People with a Serious Mental Illness And/or Addiction An Evidence Review." <https://www.tepou.co.nz/uploads/files/resource-assets/the-physical-health-of-people-with-a-serious-mental-illness-andor-addiction-an-evidence-review.pdf> (January 15, 2018).
- Rebar, Amanda L. et al. 2015. "A Meta-Meta-Analysis of the Effect of Physical Activity on Depression and Anxiety in Non-Clinical Adult Populations." *Health Psychology Review* 9(3).

- Réseau des hôpitaux sans tabac. 2009. "Psychiatrie et gestion du tabagisme; pistes de réflexion." <http://www.hopitalsanstabac.be/images/documents/tabac-psy2009.pdf> (January 15, 2018).
- Richardson, Caroline R et al. 2005. "Integrating Physical Activity Into Mental Health Services for Persons with Serious Mental Illness." *Psychiatric Services* 56(3).
file:///Users/melिकासun/Downloads/exerciesmentalhealthintegration.pdf.
- Richeux, Vincent. 2016. "Les effets du sport sur le cerveau décryptés." *Medscape*.
<https://francais.medscape.com/voirarticle/3602136>.
- Rosenbaum, Simon et al. 2014. "Physical Activity Interventions for People with Mental Illness: A Systematic Review and Meta-Analysis." *Journal of Clinical Psychiatry* 75(9).
- Rosenbaum, Simon et al. 2016. "Implementing Evidence-Based Physical Activity Interventions for People with Mental Illness: An Australian Perspective." *Australasian psychiatry : bulletin of Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists* 24(1): 49–54.
<http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84961838438&partnerID=tZOtx3y1>.
- Royal Australian and New Zeland College of Psychiatrists. 2015. "Keeping Body and Mind Together: Improving the Physical Health and Life Expectancy of People with Serious Mental Illness Improving the Physical Health and Life Expectancy of People with Serious Mental Illness."
<https://www.ranzcp.org/Files/Publications/RANZCP-Keeping-body-and-mind-together.aspx> (January 15, 2018).
- Rubak, Sune, Anneli Sandbaek, Torsten Lauritzen, and Bo Christensen. 2005. "Motivational Interviewing: A Systematic Review and Meta-Analysis." *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners* 55(513): 305–12.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15826439> (January 9, 2018).
- Ryan, Richard M., Martin F. Lynch, Maarten Vansteenkiste, and Edward L. Deci. 2011. "Motivation and Autonomy in Counseling, Psychotherapy, and Behavior Change: A Look at Theory and Practice 1ψ7." *The Counseling Psychologist* 39(2): 193–260.
<http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0011000009359313> (January 15, 2018).
- Saddichha, Sahoo, Narayana Manjunatha, Shahul Ameen, and Sayeed Akhtar. 2008. "Metabolic Syndrome in First Episode Schizophrenia — A Randomized Double-Blind Controlled, Short-Term Prospective Study." *Schizophrenia Research* 101(1–3): 266–72.
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0920996408000510> (January 9, 2018).
- Santi, Pascale, and Sandrine Cabut. 2015. "Le sport, champion des traitements." *Le Monde science et techno*: 1–7.
- Saravane, Djéa. 2016. "Soins somatiques et psychiatrie." *Psycom*.
- Sattelmair, Jacob et al. 2011. "Dose Response between Physical Activity and Risk of Coronary Heart Disease: A Meta-Analysis." *Circulation* 124(7): 789–95.
- Scheewe, T. W. et al. 2013. "Exercise Therapy Improves Mental and Physical Health in Schizophrenia: A Randomised Controlled Trial." *Acta Psychiatrica Scandinavica* 127(6).

- Shor, Ron, and Anat Shalev. 2016. "Barriers to Involvement in Physical Activities of Persons with Mental Illness." *Health Promotion International* 31(1): 116–23.
- Sofi, F. et al. 2011. "Physical Activity and Risk of Cognitive Decline: A Meta-Analysis of Prospective Studies." *Journal of Internal Medicine* 269(1): 107–17.
- Soundy, Andrew et al. 2014. "Barriers to and Facilitators of Physical Activity among Persons with Schizophrenia: A Survey of Physical Therapists." *Psychiatric Services* 65(5).
- Srihari, Vinod H. et al. 2013. "Cardiovascular Mortality in Schizophrenia: Defining a Critical Period for Prevention." *Schizophrenia Research* 146(0): 64–68.
- Stanley, Susanne H. 2011. "Clinical Guidelines for the Physical Care of Mental Health Consumers: A Comprehensive Assessment and Monitoring Package for Mental Health and Primary Care Clinicians." *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry* 45(10): 824–29.
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=2011688394&site=ehost-live>.
- Strassnig, Martin, Jaspreet S Brar, and Rohan Ganguli. 2011. "Low Cardiorespiratory Fitness and Physical Functional Capacity in Obese Patients with Schizophrenia." *Schizophrenia Research* 126(1–3): 103–9. <http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2010.10.025>.
- Stubbs, B., D. Vancampfort, J. Bobes, et al. 2015. "How Can We Promote Smoking Cessation in People with Schizophrenia in Practice? A Clinical Overview." *Acta Psychiatrica Scandinavica* 132(2): 122–30.
- Stubbs, B., D. Vancampfort, M. De Hert, and A. J. Mitchell. 2015. "The Prevalence and Predictors of Type Two Diabetes Mellitus in People with Schizophrenia: A Systematic Review and Comparative Meta-Analysis." *Acta psychiatrica Scandinavica* 132(2).
- Stubbs, Brendon, Julie Williams, Fiona Gaughran, and Tom Craig. 2016. "How Sedentary Are People with Psychosis? A Systematic Review and Meta-Analysis." *Schizophrenia Research* 171(1–3).
- Suesada, Milena M., Milton A. Martins, and Celso R. F. Carvalho. 2007. "Effect of Short-Term Hospitalization on Functional Capacity in Patients Not Restricted to Bed." *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation* 86(6): 455–62.
<http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00002060-200706000-00005> (September 30, 2016).
- Szulc, Pawel, Tom J Beck, François Marchand, and Pierre D Delmas. 2004. "Low Skeletal Muscle Mass Is Associated With Poor Structural Parameters of Bone and Impaired Balance in Elderly Men-The MINOS Study." *Journal of Bone and Mineral Research* 20(5): 721–29.
<http://doi.wiley.com/10.1359/JBMR.041230> (September 30, 2016).
- Taylor, Rod S et al. 2004. "Exercise-Based Rehabilitation for Patients with Coronary Heart Disease: Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials." *The American Journal of Medicine* 116(10): 682–92.
- Tordeurs, D. et al. 2011. "Efficacité de l'exercice physique en psychiatrie : une voie thérapeutique?" *Encéphale* 37(5): 345–52.
- Université médicale virtuelle francophone. 2008. "Le vieillissement humain."

<http://campus.cerimes.fr/geriatrie/enseignement/geriatrie1/site/html/cours.pdf> (January 15, 2018).

- US National Cancer Institute. 2017. *Physical Activity and Cancer-Fact Sheet*.
<https://www.cancer.gov/about-cancer/causes-prevention/risk/obesity/physical-activity-fact-sheet>
(December 20, 2017).
- Vancampfort, D et al. 2012. "A Systematic Review of Correlates of Physical Activity in Patients with Schizophrenia." *Acta Psychiatrica Scandinavica* 125(5): 352–62.
- Vancampfort, Davy. 2015. "Promotion of Cardiorespiratory Fitness in Schizophrenia: A Clinical Overview and Meta-Analysis." *Acta Psychiatrica Scandinavica*: 131–43.
- Vancampfort, Davy et al. 2012. "Associations between Sedentary Behaviour and Metabolic Parameters in Patients with Schizophrenia." *Psychiatry Research* 200(2–3): 73–78.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2012.03.046>.
- Vancampfort, Davy, Brendon Stubbs, Alex J Mitchell, et al. 2015. "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 : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)* 14(3): 339–47.
<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4592657&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>.
- Vancampfort, Davy, Brendon Stubbs, et al. 2016. "Physical Activity as a Vital Sign in Patients with Schizophrenia: Evidence and Clinical Recommendations." *Schizophrenia Research* 170(2–3).
- Vancampfort, Davy, Simon Rosenbaum, et al. 2016. "Prevalence and Predictors of Treatment Dropout from Physical Activity Interventions in Schizophrenia: A Meta-Analysis." *General Hospital Psychiatry* 39.
- Vancampfort, Davy, Brendon Stubbs, Sumanth Kumar Venigalla, and Michel Probst. 2015. "Adopting and Maintaining Physical Activity Behaviours in People with Severe Mental Illness: The Importance of Autonomous Motivation." *Preventive Medicine* 81.
- Walsh, Marianne C., Gary R. Hunter, and Margaret Barbara Livingstone. 2006. "Sarcopenia in Premenopausal and Postmenopausal Women with Osteopenia, Osteoporosis and Normal Bone Mineral Density." *Osteoporosis International* 17(1): 61–67.
<http://link.springer.com/10.1007/s00198-005-1900-x> (September 30, 2016).
- Walsh, Roger. 2011. "Lifestyle and Mental Health." *American Psychologist* 66(7): 579–92.
<http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/a0021769> (January 15, 2018).
- Warburton, Darren E R, Crystal Whitney Nicol, and Shannon S D Bredin. 2006. "Health Benefits of Physical Activity: The Evidence." *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne* 174(6): 801–9. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16534088>
(October 3, 2016).
- Weiss, J. Peter, Victor F. Froelicher, Jonathan N. Myers, and Paul A. Heidenreich. 2004. "Health-Care Costs and Exercise Capacity." *Chest* 126(2): 608–13.

<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0012369215311764> (January 5, 2018).

Wen, Chi Pang et al. 2011. "Minimum Amount of Physical Activity for Reduced Mortality and Extended Life Expectancy: A Prospective Cohort Study." *The Lancet* 378(9798): 1244–53.

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673611607496> (January 4, 2018).

Wiggs, Michael P., Antonio F.A. Duarte, and Scott K. Powers. 2015. "Exercise Can Protect against a Broken Heart." *Current Sports Medicine Reports* 14(1): 6–8.

Wildgust, Hiram Joseph, and Mike Beary. 2010. "Review: Are There Modifiable Risk Factors Which Will Reduce the Excess Mortality in Schizophrenia?" *Journal of Psychopharmacology* 24(4_suppl): 37–50.

<http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1359786810384639>.

Williams, Julie, Brendon Stubbs, Fiona Gaughran, and Tom Craig. 2016. "'Walk This Way' – a Pilot of a Health Coaching Intervention to Reduce Sedentary Behaviour and Increase Low Intensity Exercise in People with Serious Mental Illness: Study Protocol for a Randomised Controlled Trial." *Trials* 17(1): 594. <http://trialsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13063-016-1660-2>.

Williams, Paul T. 2001. "Physical Fitness and Activity as Separate Heart Disease Risk Factors: A Meta-Analysis." *Medicine & Science in Sports & Exercise* 33(5): 754–61.

Yusuf, Salim et al. 2004. "Effect of Potentially Modifiable Risk Factors Associated with Myocardial Infarction in 52 Countries (the INTERHEART Study): Case-Control Study." *The Lancet* 364(9438): 937–52. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673604170189> (December 20, 2017).

Zschucke, Elisabeth, Katharina Gaudlitz, and Andreas Ströhle. 2013. "Exercise and Physical Activity in Mental Disorders: Clinical and Experimental Evidence." *Journal of Preventive Medicine & Public Health* S12 J Prev Med Public Health 46: 12–21. <http://dx.doi.org/10.3961/jpmph.2013.46.S.S12>.

**Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de la Capitale-Nationale**

Québec

