

Faculté de santé publique

**Comment les institutions et services
psychiatriques implémentent-ils une
prévention diétético-alimentaire à
destination de leurs patients souffrant de
troubles de la santé mentale de type
dépressif ou anxieux ?**

Mémoire réalisé par
Floriane Rouvez

Promoteur(s)
Brice Lepière

Année académique 2021-2022
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

« Comment les institutions et services psychiatriques implémentent-ils une prévention diétético-alimentaire à destination de leurs patients souffrant de troubles de la santé mentale de type dépressif ou anxieux ? »

Mémoire réalisé par
Floriane Rouvez

Promoteur
Brice Lepière

Année académique 2021-2022
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

REMERCIEMENTS

Tout d'abord, je remercie mon promoteur Brice Lepièce pour la confiance qu'il m'a accordée, son engagement, sa disponibilité et ses précieux conseils qui m'ont permis de rendre cette recherche possible.

Je voudrais aussi remercier tous les infirmiers, médecins, psychologues et diététiciens pour leur implication et le temps qu'ils ont consacré à mes entretiens.

Je remercie également Matthieu Dangoisse, Fanny Depuis et Aïcha Imnadine pour leurs recommandations ainsi que Clara Genicot et Aurélie Goffin de m'avoir soutenue et motivée en permanence.

Je remercie Dorsan de Fabribeckers pour ses nombreux encouragements qui ont rendus ce travail réalisable.

Ensuite, je remercie Hélène Rouvez pour tous les efforts consacrés à la réalisation de mon travail de fin d'études par ses relectures, corrections et son soutien.

Finalement, je remercie de tout cœur mes parents qui ont été une source d'encouragement considérable, une aide précieuse tout au long de la rédaction de mon mémoire et également tout au long de mes études.

LE PLAGIAT

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie.

Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux, ...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiants en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université Catholique de Louvain.

« La santé bouge, la maladie ne bouge pas »

Charles Du Bos

RÉSUMÉ DU MÉMOIRE

Introduction : Notre étude porte sur la relation entre la santé mentale et l'alimentation chez les patients dépressifs et anxieux. En effet, certains comportements et régimes alimentaires ont des incidences sur les symptômes de dépression et d'anxiété des patients. Inversement, la santé mentale impacte les comportements alimentaires. Une augmentation de mauvaises habitudes alimentaires ainsi que de troubles mentaux étant perceptible actuellement dans notre société, nous nous questionnons sur le positionnement des patients dépressifs et anxieux, des soignants et des institutions psychiatriques face à la place accordée à la prévention diétético-alimentaire.

Questions de recherche : « Comment les institutions et services psychiatriques implémentent-ils une prévention diétético-alimentaire à destination de leurs patients souffrant de troubles de la santé mentale de type dépressif ou anxieux ? »

Méthodes : À l'aide d'une méthode qualitative, nous avons réalisés des entretiens individuels semi-directifs. Nous avons interrogés différents soignants travaillant dans des institutions et services psychiatriques Bruxellois et Wallons, en hospitalisation ou en ambulatoire, avec des patients dépressifs et anxieux.

Résultats et discussion : Les résultats ont montré que les patients dépressifs et anxieux présentaient des comportements alimentaires défavorisant leur alimentation, influencés par divers déterminants, principalement la pathologie psychiatrique qui semble occuper, dans les institutions et services, une place impactante. Une ouverture des soignants à se voir octroyer des missions dans le suivi nutritionnel des patients est observée, malgré différents éléments influençant cette dernière. Des démarches préventives mais surtout une importance accordée à la prise en charge sémiologique est perceptible dans les institutions et services psychiatriques.

Conclusion : Influencés par divers déterminants, les mauvaises habitudes alimentaires ainsi que les troubles mentaux ne cessent d'augmenter dans notre société. Au terme de l'analyse, nous pouvons mettre en exergue une prise en charge accentuée sur le traitement sémiologique, qu'il est tout de même pertinent de maintenir, plutôt que sur la prévention. Les pistes d'action vont dans une direction de prévention en sensibilisant tant les patients que les soignants à la problématique et en identifiant le moment opportun pour la prise en charge nutritionnelle.

Mots-clés : Dépression, Anxiété, Alimentation, Santé mentale, Comportements alimentaires, Promotion de la santé, Institutions psychiatriques, Prévention diétético-alimentaire.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	1
1. Nutrition	3
a. Recommandations nutritionnelles	3
b. Déterminants des comportements alimentaires	4
c. Sociologie de l'alimentation	8
2. Santé mentale.....	10
a. État des lieux de l'anxiété et de la dépression	10
b. Traitements de l'anxiété et de la dépression	13
c. Conséquences de l'anxiété et de la dépression	16
d. Déterminants de la santé mentale	16
3. Lien entre nutrition et santé mentale	18
a. Régimes alimentaires favorisant la bonne santé mentale	18
b. Régimes alimentaires défavorisant la bonne santé mentale.....	19
c. Statuts nutritionnels	20
d. Microbiote intestinal.....	21
e. Mécanismes explicatifs.....	22
4. Promotion de la santé.....	24
5. Question de recherche et hypothèses.....	28
METHODOLOGIE	31
1. Choix de la méthode	31
2. Stratégie d'échantillonnage	32
3. Outils de collecte des données.....	34
4. Déroulement de la collecte des données	35
5. Méthode d'analyse des données recueillies	35
RESULTATS.....	38
1. Positionnement du patient face à la prévention diétético-alimentaire du point de vue du soignant.....	39
2. Positionnement du soignant face à la prévention diétético-alimentaire des patients ..	48
3. Positionnement de l'institution face à la prévention diétético-alimentaire des patients ..	54
4. Éléments favorisant et défavorisant la prévention diétético-alimentaire des patients au sein de l'institution.....	63
DISCUSSION.....	70

1. Interprétation des résultats	70
A. Positionnement du patient face à la prévention diétético-alimentaire du point de vue du soignant.....	71
1. Comportements alimentaires des patients	71
2. Principaux déterminants alimentaires des patients	71
3. Démarche nutritionnelle des patients.....	74
B. Positionnement du soignant face à la prévention diétético-alimentaire des patients	76
1. Connaissances des soignants	76
2. Intérêt et attribution de missions nutritionnelles aux soignants	76
3. Place des diététiciens dans les institutions et services psychiatriques.....	78
4. Cohérence d'équipe	79
C. Positionnement de l'institution face à la prévention diétético-alimentaire des patients ..	80
1. Prévention nutritionnelle	80
2. Absence de prévention nutritionnelle.....	81
3. Traitement sémiologique	82
4. La contextualisation.....	83
5. Accessibilité physique	84
6. Accessibilité financière	84
2. Limites du travail.....	86
3. Pistes d'action et perspectives de recherche	87
CONCLUSION.....	90
BIBLIOGRAPHIE.....	92
ANNEXES.....	104
1. Annexe n°1 - Le guide d'entretien	104
2. Annexe n°2 - Le contexte des entretiens des parties prenantes	108
3. Annexe n°3 – Les retranscriptions des entretiens.....	108

INTRODUCTION

Au cours de ces deux dernières années, nous avons traversé une période de pandémie qui a impacté la vie de la population mondiale. Cette pandémie a donné lieu à des changements et à de nouveaux questionnements dans le monde de la santé. La promotion de la santé a longtemps été un sujet d'actualité dans le monde thérapeutique et elle l'est d'autant plus depuis la crise sanitaire de la Covid-19. Cette pandémie aura eu le mérite de **mettre la promotion de la santé au cœur des décisions politiques** et de **conscientiser la population** face à l'importance d'une bonne santé physique et mentale.

Il n'est plus à démontrer qu'une alimentation saine est un pilier essentiel d'une bonne santé. Malheureusement, les habitudes alimentaires de certains n'ont pas une influence favorable sur leur santé. Malgré ce postulat, nous pouvons constater **une évolution des habitudes alimentaires** : « l'augmentation de la production d'aliments transformés, l'urbanisation rapide et l'évolution des modes de vie ont entraîné une modification des habitudes alimentaires. Les personnes consomment désormais davantage d'aliments riches en énergie, en graisses, en sucres libres et en sel/sodium, et beaucoup ne mangent pas assez de fruits, de légumes et d'autres fibres alimentaires comme les céréales complètes » (*Healthy Diet*, 2020, p1) (Traduction libre).

Concernant la santé mentale, selon une enquête menée par Sciensano, **une personne d'âge adulte sur dix présente un trouble mental, tel que l'anxiété ou la dépression** (*plus d'1 personne sur 10 en Belgique souffre d'un trouble mental, s. d.*). Des conséquences de ces troubles sur les activités de la vie quotidienne et un désavantage social sont observables (Pachoud, 2011). Ces troubles engendrent aussi des conséquences économiques importantes (World Health Organization, 2008). Bien que les traitements psychiatriques commencent à être bien codifiés, beaucoup d'individus n'ont **pas encore de traitement optimal pour guérir leur pathologie mentale** (« Prevalence, Severity, and Unmet Need for Treatment of Mental Disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys », 2004). De notre avis, les personnes atteintes de troubles mentaux représentent un public cible des priorités de prise en charge sur lequel il faut se concentrer. Une prévention plus approfondie des troubles mentaux ainsi que de leur aggravation a donc toute son importance dans les institutions et services de soins de santé mentale.

Dans la littérature, différents auteurs observent un rapport de causalité entre une alimentation saine et une bonne santé mentale. Par exemple, Godos et al. (2020) ont démontré que **de bonnes**

habitudes alimentaires ainsi que les caractéristiques de certains régimes alimentaires sont bénéfiques dans la prévention des maladies mentales. La psychiatrie nutritionnelle va améliorer la santé mentale par différentes interventions (Marx et al., 2017). L'avantage est que **le régime alimentaire est une donnée modifiable** et donc une piste accessible dans la mise en place de stratégies de prévention des troubles mentaux (Dawson et al., 2016). Une place plus importante devrait être accordée à la nutrition dans les programmes de soins psychiatriques (Wilkinson & Himstedt, 2008). Une approche multidisciplinaire, précoce et automatisée est également nécessaire pour une bonne gestion de la « malnutrition » et pourrait se faire en milieu hospitalier (Tappenden et al., 2013).

La promotion de la santé ayant été mise en exergue durant la crise sanitaire, notre choix de sujet de mémoire s'est porté sur la bonne alimentation et la santé mentale afin de démontrer l'importance de leur interdépendance dans notre société actuelle. Ce travail se base sur la disparité des observations des différentes recherches scientifiques significatives sur le lien entre l'alimentation et la santé mentale, sur les priorités en matière de santé publique et sur la réalité du terrain.

Ce travail de recherche poursuit différents objectifs. Tout d'abord, il semble nécessaire d'identifier, par une revue de la littérature, les **déterminants** influençant les habitudes alimentaires et la santé mentale des patients. Dans un second temps, il nous a semblé primordial d'analyser, par une approche empirique, le **rôle des professionnels de la santé** face à la prévention de la santé mentale par la saine alimentation et d'acquérir une meilleure **compréhension** du suivi nutritionnel dans les institutions et services psychiatriques. En outre, **l'identification des éléments** qui favoriseraient la diffusion de connaissances nutritionnelles et l'application des politiques nutritionnelles dans les services de soins psychiatriques est également un point qu'il nous a semblé pertinent d'approfondir. Pour finir, un dernier objectif serait de déterminer les **besoins nécessaires** des institutions et services psychiatriques à l'élaboration d'une meilleure prévention par la saine alimentation.

Dans cet écrit, nous allons retrouver une première partie théorique sur la nutrition, la santé mentale ainsi que le lien entre ces derniers et la promotion de la santé. La méthodologie et les résultats de cette recherche seront ensuite développés dans les parties 2 et 3. Pour clôturer ce travail, un approfondissement des résultats de cette étude sera réalisé dans le cadre de la discussion.

CADRE THEORIQUE

La partie théorique se compose de différentes sections relevant les thématiques primordiales de cette étude. Il s'agit de la nutrition, de la santé mentale, du lien unissant ces derniers ainsi que la promotion de la santé. Cette partie se clôture par la question de recherche et les hypothèses qui sont le fil conducteur de ce travail.

1. Nutrition

a. Recommandations nutritionnelles

Pour commencer, il est important de différencier le concept de l'alimentation et celui de la nutrition. En effet, par définition, l'alimentation est l'« action de se nourrir » (Larousse, 1999, p.22) tandis que la nutrition est la « fonction de l'organisme qui assure la digestion et l'assimilation des aliments » (Larousse, 1999, p.535).

L'alimentation est, selon Bel et al. (2016), un **élément déterminant de la santé**. Les principaux risques mondiaux pour la santé concernent une mauvaise alimentation et une activité physique insuffisante (*Healthy Diet*, 2020).

Certaines **recommandations nutritionnelles sont universelles** telles que la consommation d'aliments variés, de fruits et de légumes, de légumineuses, d'aliments d'origine animale mais également une limitation du sucre, des graisses et du sel. Les produits laitiers, la viande rouge, les graisses, les huiles et les noix sont par contre des aliments pour lesquels la valeur nutritionnelle est variable d'un pays à l'autre. Certains aliments pourtant considérés par l'Organisation Mondiale de la Santé comme à forte valeur nutritionnelle, ne sont pas encore universellement reconnus comme tels dans tous les pays tels que les fruits à coque, les céréales complètes et les graisses saines (Herforth et al., 2019).

Selon Schlienger (2017), la quantité idéale de consommation de fruits et de légumes doit être de 400g par jour. L'Organisation Mondiale de la Santé considère qu'il faut réduire l'apport en sucres libres à moins de 10% de l'apport énergétique total (World Health Organization, 2015). Concernant la consommation journalière de sel, elle doit être inférieure à 5g et ce dernier doit être iodé (World Health Organization, 2012). Pour clôturer cette liste non exhaustive, moins de 30 % de l'apport énergétique total doit provenir des graisses (Hooper et al., 2015). Dans l'article de Field & Robinson (2019), les recommandations nutritionnelles américaines conseillent la limitation des acides gras saturés à moins de 10% de l'apport énergétique total par jour. De plus,

les graisses trans produites industriellement doivent être évitées (World Health Organization, 2021). Les graisses trans sont des acides gras insaturés pouvant être obtenus naturellement ou industriellement (Wanders et al., 2017). Les graisses trans industrielles sont souvent présentes dans les plats préparés et les huiles de cuisson. Celles-ci ont été élaborées afin de contribuer au remplacement des graisses animales et à l'allongement de la conservation des aliments (Organisation mondiale de la Santé, 2021).

Il est important d'ajouter que **le cerveau est un organe qui nécessite une quantité d'énergie supérieure à celle des autres organes humains**. Environ la moitié du poids du cerveau sec est composé de lipides (Gómez-Pinilla, 2008). Les lipides alimentaires ont un rôle-clé dans la santé et l'activité des neurones (Chianese et al., 2018). Les fonctions cérébrales vont donc être influencées par les aliments ingérés par l'individu (Gómez-Pinilla, 2008) et une quantité suffisante de lipides doit donc être spécifiquement respectée.

b. Déterminants des comportements alimentaires

Promouvoir une saine alimentation va améliorer la santé des individus. L'**identification des facteurs influençant les comportements alimentaires** des individus est donc essentielle (Raine, 2005).

Deux formes de déterminants de la saine alimentation sont envisageables comme illustré dans la figure 1 ci-dessous. Il s'agit des déterminants **individuels** et des déterminants **collectifs**. D'une part, les déterminants individuels concernent l'état physiologique, les facteurs psychologiques, les connaissances nutritionnelles, la vision personnelle d'une alimentation saine, les préférences et les choix alimentaires de la personne. D'autre part, dans les déterminants collectifs, nous pouvons retrouver les déterminants environnementaux comme la famille, les pairs, la disponibilité des produits, l'accessibilité des aliments de manière physique et économique, l'environnement social et culturel. Nous pouvons également relever les politiques publiques comme étant des déterminants collectifs. En effet, les politiques vont avoir un impact sur ces différents déterminants. Comme le contexte influence de manière significative les comportements alimentaires des individus, prendre uniquement en compte les déterminants individuels n'est pas suffisant (Raine, 2005).

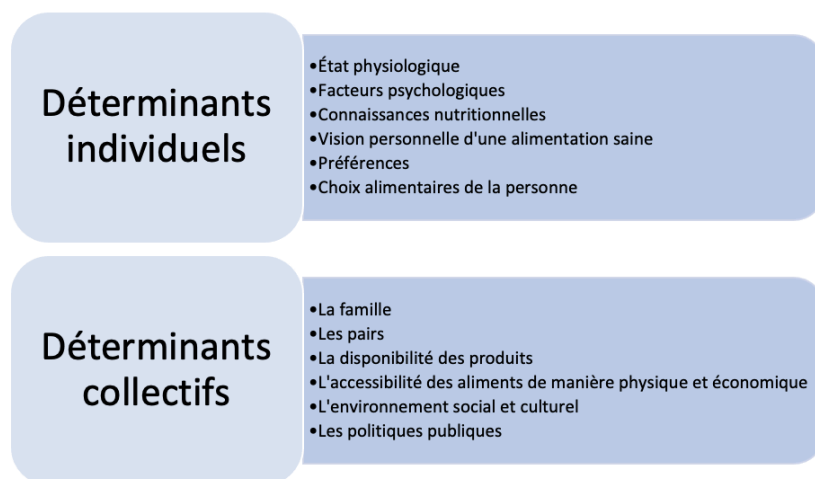


Figure 1 : Déterminants individuels et collectifs. Figure réalisée à partir de la revue de la littérature

L'article de Cardaci (2015) évoque ainsi l'idée que les changements ne doivent pas s'opérer exclusivement au niveau des comportements individuels. De fait, ces modifications doivent également pouvoir transformer structurellement des éléments en dehors du domaine de la santé. Cette idée est soutenue par Travers (1997) qui démontre que **changer des habitudes alimentaires dans la population fait partie du domaine de la santé publique**. Toutefois, ce postulat est réalisable uniquement si l'on identifie les pratiques alimentaires en lien avec le contexte et s'il on explore les comportements de choix alimentaires.

D'autres déterminants d'une alimentation saine existent sous forme d'influences **directes** et **indirectes**. Les influences directes concernent les personnes qui vont fournir de l'information et des conseils lors d'un repas ou lors du choix d'un produit alimentaire. Tandis que les influences indirectes vont être liées à la culture, aux normes et aux attitudes autour de la personne (Rozin, 1996).

Il est important de souligner que **l'omission de repas et la consommation hors domicile** sont d'autres déterminants d'une saine alimentation et ne représentent pas des comportements adéquats en matière d'alimentation. En effet, selon l'étude de Storey et al. (2009), certaines personnes ayant une alimentation qualifiée de mauvaise qualité ont une faible fréquence de repas. L'importance d'une prise de repas régulière est essentielle. Concernant la consommation de repas en dehors du domicile, selon French et al. (2001), l'endroit du repas est un déterminant important d'une alimentation saine. Une consommation plus fréquente d'aliments à domicile est associée à des repas en famille plus habituels, ce qui engendre une augmentation de régimes

alimentaires sains (Larson et al., 2006). La famille peut aussi avoir une influence positive ou négative sur le comportement alimentaire des membres (Raine, 2005).

En outre, au niveau des déterminants alimentaires, il ne faut pas négliger l'influence cruciale des autres personnes de l'entourage sur la perception des normes alimentaires des individus. Ce phénomène est accentué lorsque l'individu mange accompagné d'autres personnes (Polivy & Herman, 2005). Ceci a notamment été observé chez les personnes âgées dans la recherche de Payette et Shatenstein (2005) où **l'isolement social a des conséquences négatives sur l'apport alimentaire des individus**, en particulier chez les personnes de sexe masculin. Comme le confirme Raine (2005), les méthodes d'approvisionnement alimentaire et la manière de s'alimenter sont différentes lorsqu'un individu est socialement isolé. Les relations extra-familiales peuvent aussi avoir des répercussions sur l'attitude que l'individu va adopter face à son alimentation.

Des déterminants tels que les conditions matérielles, les perceptions du corps et la personnalité entrent en jeu dans le choix des aliments (Cardaci, 2015). L'estime de soi, l'image corporelle, l'humeur et la tendance aux régimes alimentaires fréquents sont des traits de la personnalité qui ont un ascendant sur les comportements alimentaires. Par conséquent, **les facteurs psychologiques** influencent les choix alimentaires et ces derniers ont un impact sur le bien-être psychologique (Polivy & Herman, 2005). Dans l'article de Gedrich (2003), des mécanismes psychologiques d'activation et d'ordre cognitifs sont importants à prendre en compte. Les émotions, les motivations, les attitudes et l'implication appartiennent aux mécanismes psychologiques d'activation. Ce qui relève des perceptions, des pensées, des valeurs ou des processus d'apprentissage concernent quant à eux les mécanismes d'ordre cognitifs.

D'autres éléments influencent la bonne alimentation comme les points de vue et la compréhension que les personnes peuvent acquérir d'une alimentation saine. En effet, certaines attitudes et croyances des personnes sont définies comme **les perceptions d'une alimentation saine**. Le sens donné à certains aliments tel que les aliments « naturels » jouent un rôle crucial dans l'interprétation d'une bonne alimentation (Paquette, 2005). Des aliments sains vont par exemple engendrer dans la société des croyances liées à la santé et des pratiques traditionnelles concerneront des aliments qui ne seront pas achetés en magasin (Delormier & Kuhnlein, 1999).

Il est difficile d'influencer un **individu imprégné par ses normes socioculturelles**. On observe une déconnexion entre l'environnement social et la source d'origine des aliments. Les individus

ont recours aux restaurants et aux supermarchés pour s'alimenter plutôt que de se rendre sur le lieu de production d'origine comme la ferme ou la mer. De plus, la consommation de repas préparés est favorisée par rapport aux repas cuisinés à domicile chez les individus. Le partage d'un repas en compagnie de plusieurs personnes n'est plus aussi essentiel car c'est maintenant l'économie de temps qui prévaut dans notre société (Tapia Granados, 2002).

La sécurité alimentaire peut aussi déterminer une bonne alimentation et est définie comme la capacité à se procurer des aliments sains (Anderson, 1990). A l'inverse, l'insécurité alimentaire détermine un état dans lequel les ménages ne savent pas se procurer une alimentation adéquate sur le plan nutritionnel. Cette situation peut être causée par des problèmes financiers ou par un manque de ressources (Gundersen & Ziliak, 2015). L'insécurité alimentaire a un lien avec une nutrition difficile (Kirkpatrick & Tarasuk, 2008) c'est-à-dire que les personnes vivant en situation d'insuffisance alimentaire souffrent généralement d'une certaine vulnérabilité globale. A cette problématique, viennent se greffer en plus de nombreux problèmes de santé (Vozoris & Tarasuk, 2003).

Un dernier élément influençant la bonne alimentation concerne **l'industrie alimentaire**. Elle utilise le marketing pour avoir un impact sur le fonctionnement des normes sociales de l'alimentation. Selon Power (2005), un bas revenu est un frein à une alimentation équilibrée (Raine, 2005). L'environnement social et l'environnement économique sont donc en interaction et déterminent en partie la bonne alimentation.

Une synthèse des déterminants des comportements alimentaires est reprise dans la figure 2 ci-dessous.

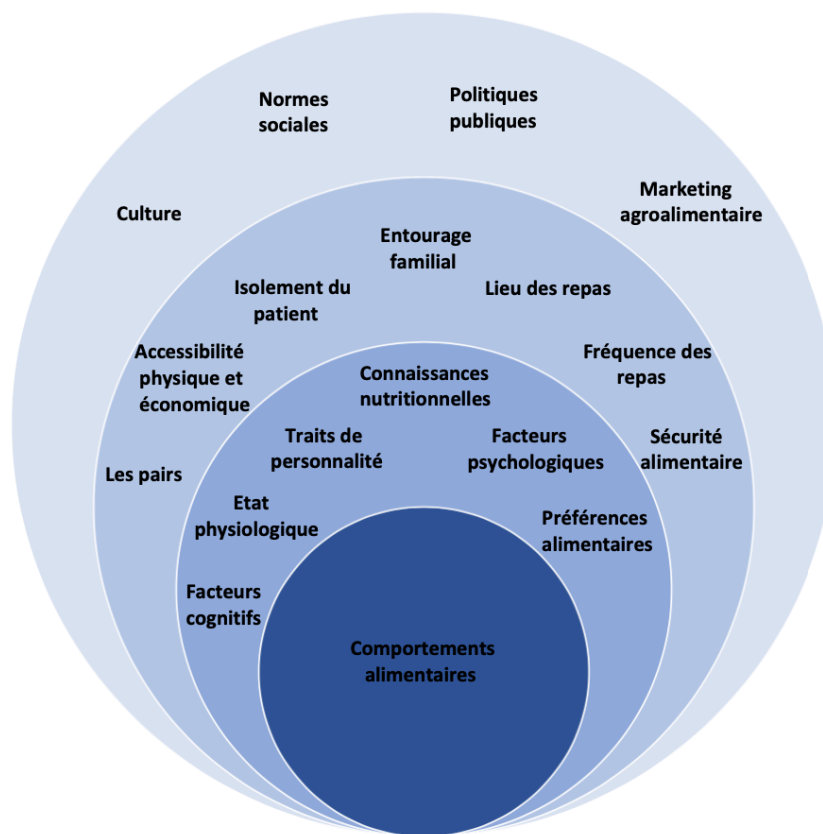


Figure 2 : Synthèse des déterminants des comportements alimentaires. Figure réalisée à partir de la revue de la littérature.

c. Sociologie de l'alimentation

« Dis-moi ce que tu manges et je te dirai qui tu es » (Kessous & Chalamon, 2014).

Selon Zhuravleva et al. (2021), la pandémie actuelle a accentué le problème de la sécurité alimentaire dans le monde. La sociologie de la nutrition est donc un thème pertinent à aborder car certains groupes sociaux n'ont pas accès à une alimentation saine et équilibrée.

« L'acte d'avaler divise les deux cultures de la nutrition, le monde post-avalement de la biologie, de la physiologie, de la biochimie et de la pathologie et le domaine pré-avalement du comportement, de la culture, de la société et de l'expérience » (Crotty, 1993, p.109) (Traduction Libre).

La sociologie va se baser sur une compréhension holistique de la nutrition afin d'améliorer la santé des individus (Olkhovikov et al., 2020). Selon Zhuravleva et al. (2021), la nutrition est considérée comme un **phénomène socioculturel** qui préserve la santé dans toutes ses

dimensions : physique, psychologique et sociale. La sociologie de la nutrition concerne la distribution et la consommation des aliments, la culture, les relations socio-économiques et les habitudes alimentaires des individus (Zhuravleva et al., 2021). Ce phénomène socioculturel concerne aussi la production, la logistique, le marketing et la consommation alimentaire (Olkhovikov et al., 2020).

Selon Bourdieu (1979), l'alimentation est une **construction sociale** car les comportements alimentaires vont indiquer le statut social des individus et vont être considérés comme un signe d'identité de groupe. L'alimentation est une manière « d'entrer en relation » et donc un objet d'interactions (Del Bucchia, 2010). Dans les textes de Cépède (1972), l'alimentation va influencer la culture des différents groupes et pas uniquement celle des individus. Dans sa dimension sociale, elle comprend des relations sociales entre les individus qui engendrent différentes pratiques alimentaires (Delormier et al., 2009). Grâce à l'alimentation, une certaine culture se maintient. Un changement de l'alimentation va donc avoir un effet sur **l'identité culturelle du groupe** (Cépède, 1972). D'après Bourdieu (1979), les habitudes alimentaires et préférences gastronomiques font partie des modes de vie qui vont diviser les individus en différentes classes sociales. Les pratiques alimentaires vont modifier les règles socioculturelles et induire une distinction des positions sociales.

En outre, le comportement alimentaire est influencé par le **contexte** dans lequel l'individu évolue. Ce contexte va varier selon le type et le cadre du repas. Les différentes attitudes face à l'alimentation seront déterminées par les convives et la période de vie de l'individu (Fournier, 2011). Les conditions sociales, économiques et politiques sont des éléments centraux qui permettent de mettre en lumière des habitudes alimentaires collectives (Murcott, 1995).

2. Santé mentale

a. État des lieux de l'anxiété et de la dépression

Dans le contexte actuel de pandémie, il semble pertinent d'explorer les troubles mentaux, plus précisément, les troubles dépressifs et anxieux. En effet, selon Xiong et al. (2020), il existe un rapport entre une régression de la bonne santé mentale et la pandémie de la Covid-19.

La santé mentale concerne **le bien-être complet** et pas uniquement l'absence de pathologies ou de troubles mentaux. Dans une optique de promotion de la santé, il est important d'**agir avant que les problèmes mentaux se déclarent** car la santé mentale va avoir un impact sur le fonctionnement personnel et social des individus (Doré & Caron, 2017).

La mondialisation et l'urbanisation ont provoqué une **augmentation des troubles mentaux** par les changements de modes de vie (Logan & Jacka, 2014). Dans l'article de Pizarro et de la Torre (2018), une augmentation exponentielle des troubles émotionnels et cognitifs est observable tel que le stress, l'anxiété et la dépression engendrant de la nervosité et des problèmes psychologiques à long terme (Housen et al., 2019). Il est donc fondamental de prendre ces pathologies mentales en compte dans le cadre des soins.

- **Le stress**

La réaction développée par un évènement préoccupant se qualifie de stress. Il est **déclenché par un élément concret**. Le stress peut être régulier, intermittent ou prolongé. Toutefois, un allongement de la durée et une augmentation de la fréquence du stress aura des répercussions chroniques. Les réactions se caractérisent par une phase d'alarme, de résistance et d'épuisement. Les ressources physiologiques de l'individu vont se mobiliser afin de contrer l'agression durant la phase d'alarme. La phase de résistance va permettre d'augmenter les défenses de l'organisme et de mobiliser de l'énergie. La dernière phase qui concerne celle d'épuisement va porter sur la faiblesse des capacités d'adaptation du corps. Les maladies psychosomatiques ont une possibilité d'apparition durant ce stade. La manifestation d'un ulcère gastrique en est un exemple concret (Clere & Robert, 2014). Lorsque l'individu est menacé par un évènement stressant, une altération de son homéostasie peut être observable et les adaptations vont donc se faire physiquement ou de manière comportementale (Messina et al., 2016). En rapport avec l'aspect psychologique, le stress chronique peut provoquer des symptômes d'anxiété et de dépression (Mineka & Zinbarg, 2006).

- **L'anxiété**

L'anxiété est définie comme une émotion naturelle et une **adaptation de l'individu lorsqu'il répond à une situation stressante**. Pour faire face à ce phénomène, l'individu va mobiliser ses ressources psychologiques et physiologiques. Cette situation est transitoire mais peut se transformer en un état permanent et chronique (Clere & Robert, 2014). Les troubles anxieux débutent généralement de manière précoce (Altamura et al., 2013).

Plusieurs entités cliniques de troubles anxieux sont décelables. Premièrement, il existe **l'attaque de panique** qui apparaît de manière brutale et s'interrompt rapidement. Elle va se poursuivre ensuite par un très grand état de fatigue. Elle se manifeste lors d'évènements stressants répétés et inattendus de courte durée. **Le trouble de panique** proprement dit va émerger lorsqu'une répétition d'attaques de panique sera observable. Des symptômes physiques comme des palpitations, des douleurs thoraciques, des sueurs, des vertiges, une tachycardie, une dyspnée et une paresthésie apparaissent. Deuxièmement, il s'agit du **trouble anxieux généralisé** qui est un état d'inquiétude et d'appréhension dans des contextes communs de la vie quotidienne. Cet état s'étend sur une longue durée et il est permanent. Il peut aussi prendre une tournure excessive et incontrôlable. Après 6 mois ininterrompus de symptômes avérés comme des difficultés à s'endormir, de l'hypervigilance, des maux de têtes, des douleurs musculaires, un diagnostic peut être envisagé. Des symptômes somatiques peuvent se présenter et se traduire par des problèmes rhumatologiques, cardio-vasculaires, urinaires, digestifs voire la possibilité de complications respiratoires et dermatologiques (Clere & Robert, 2014).

L'environnement est un élément à prendre en compte lorsqu'on aborde la protection psychologique de l'individu. En effet, l'environnement comporte des éléments stressants qui peuvent fragiliser l'état psychologique de la personne. Une modification de la synthèse des neurotransmetteurs et des anomalies au niveau de la plasticité neuronale sont observables chez l'individu dans un environnement stressant et le cerveau aura alors des difficultés pour s'adapter aux différents obstacles de la vie (Monteiro et al., 2017).

- **La dépression**

La dépression est le trouble mental le plus répandu à travers le monde (Penninx et al., 2013). Selon l'OMS, la dépression est une pathologie qui se situe mondialement dans l'une des principales causes d'incapacité. Elle contribue à la charge mondiale de morbidité. C'est une

maladie qui ne concerne pas de courtes réactions émotionnelles ou des sautes d'humeur face aux problèmes imprévus de la vie quotidienne (*Principaux repères sur la dépression*, 2021). En réalité, des sentiments dépressifs sont considérés comme normaux lorsqu'il s'agit d'éléments ressentis après un évènement de deuil ou une détresse. Il s'agit d'un **trouble dépressif majeur** quand ces sentiments dépressifs deviennent chroniques et invalidants. Lorsque ceux-ci ont une **interférence avec la vie quotidienne de l'individu**, un diagnostic clinique de dépression peut en découler (Alonso et al., 2004). L'épisode dépressif peut être catégorisé, selon la fréquence et la sévérité des symptômes, comme un épisode léger, modéré ou sévère (*Principaux repères sur la dépression*, 2021).

Les symptômes sont liés au **domaine émotionnel, comportemental, cognitif et motivationnel** (Fossati, 2018). Il s'agit d'une perte d'intérêt, d'un sentiment de tristesse et/ou d'irritabilité. Les symptômes apparaissent pendant minimum deux semaines et s'étendent sur une partie importante de la journée. Des symptômes supplémentaires peuvent être observés et peuvent aller d'une forte culpabilité, une perturbation du sommeil, un manque d'appétit, une diminution de la concentration à un désespoir pour les projets futurs, un manque d'énergie, des pensées suicidaires et une dévalorisation de soi (*Principaux repères sur la dépression*, 2021). De plus, la dépression est caractérisée par un processus cognitif inadapté de régulation des émotions et une humeur négative (LeMoult & Gotlib, 2019) qui engendre des changements au niveau de l'attention, des fonctions exécutives et de la mémoire (Fossati, 2018).

La dépression accroît le risque d'avoir des conséquences somatiques comme des problèmes cardiovasculaires, du diabète, de l'obésité ou un accident vasculaire cérébral (Penninx et al., 2013) sans que ces problèmes somatiques ne soient en lien avec une autre pathologie (*Principaux repères sur la dépression*, 2021).

- **Le trouble anxio-dépressif**

Le trouble anxio-dépressif est un enjeu sociétal important. Il concerne la **comorbidité entre le trouble dépressif majeur et le trouble anxieux généralisé**. La moitié des personnes ayant un de ces deux troubles, présenterait aussi les symptômes de l'autre trouble (Ruscio et al., 2017). La présence collective des deux troubles révèle un risque élevé de développement de pathologies somatiques. En effet, l'asthme, les problèmes cardiaques, les migraines peuvent en faire partie. Ces problèmes somatiques sont invalidants pour les individus, il est donc essentiel

de les prendre en compte (Niles et al., 2015). Enfin, les symptômes physiques peuvent varier, ils peuvent être généraux, neurologiques ou cardio-pulmonaires (Otheman et al., 2018).

- **Bilan actuel**

D'après une étude réalisée par Sciensano à propos des troubles mentaux en Belgique durant l'année 2018, **11 pourcents des individus présentent des symptômes de troubles anxieux** dont un tiers une forme sévère (Gisle et al., 2020). Selon Friedrich (2017), dans la population mondiale, plus de 260 millions de personnes présentent des troubles anxieux.

Les individus atteints d'une **forme de dépression en Belgique sont de 9 pourcents en 2018, ce qui représente près d'une personne sur dix**. Au sein de l'union Européenne, le pourcentage de personnes atteintes de dépression est de 6,8 pourcents pour l'année 2014 (Gisle et al., 2020). Tandis que dans la population mondiale, plus de 300 millions de personnes vivent atteintes de dépression (Friedrich, 2017).

b. Traitements de l'anxiété et de la dépression

- **Traitement des troubles anxieux**

Le traitement pharmacologique doit se faire suite à un avis médical. La prise en charge médicale pourra conclure à une prise d'**anxiolytiques** et même à la prise de certains anxiolytiques faisant partie des **benzodiazépines** (Clere & Robert, 2014). Le choix de la thérapie utilisée se basera sur les symptômes et leur évolution. La pharmacothérapie est un élément, parmi d'autres, dans le traitement global du patient. Parmi les traitements non-médicamenteux, différentes stratégies peuvent être mises en place, de manière complémentaires ou indépendantes au traitement médicamenteux. Ces divers traitements consistent notamment en la **psychothérapie**, la **photothérapie**, l'**hypnose** et la **relaxation**, l'**électroconvulsivothérapie** ou la **stimulation magnétique transcrânienne** (Coudert & Rubat Coudert, 2020).

- **Traitement de la dépression**

L'objectif du traitement de la dépression est la diminution ou la disparition complète des symptômes. Le recours à des stratégies psychologiques et de pharmacothérapie va permettre en partie d'atteindre ce but (Gartlehner et al., 2017). Selon l'OMS, le traitement doit être adapté en fonction de la gravité et de la récurrence des épisodes dépressifs. Les psychothérapies

consistent notamment en la **thérapie cognitivo-comportementale**, la **psychothérapie interpersonnelle** et l'**activation comportementale** (*Principaux repères sur la dépression*, 2021). La thérapie cognitivo-comportementale va contribuer, grâce à certaines techniques, à une identification et une détermination des éléments de pensées négatives qui engendrent une contribution aux sentiments dépressifs ressentis par les individus. Cette thérapie va permettre aux pensées négatives, dans la mesure du possible, d'être remplacées par des pensées positives et saines (Cuijpers, Karyotaki, et al., 2014). La thérapie interpersonnelle va se focaliser sur les conflits interpersonnels et les difficultés relationnelles seront mises en exergue (Mulder et al., 2017). L'activation comportementale consiste en une approche psychothérapeutique ayant comme objectif l'éducation des patients vers une résolution de problèmes, une diminution de leur engagement dans des activités maintenant la souffrance dépressive et une augmentation de celles qui sont reliées à de la maîtrise ou du bien-être (Mirabel-Sarron & Docteur, 2021).

Le traitement psychologique de la dépression va agir sur différents facteurs influençant le bien-être psychique de la personne. Les facteurs qui doivent être pris en compte sont les caractéristiques du patient, son adaptation aux problèmes, les différentes sortes de relation que la personne a avec elle-même ou avec son entourage (Bernaras et al., 2019).

Les stratégies de pharmacothérapie pour traiter la dépression concernent en général les **médicaments antidépresseurs**. Cependant, les antidépresseurs peuvent présenter des effets secondaires visibles et les professionnels de la santé doivent en être conscients (*Principaux repères sur la dépression*, 2021). Contrairement aux médicaments antidépresseurs qui entraînent des effets immédiats pendant leur prise, les psychothérapies agissent sur du long terme chez les individus (Cuijpers, Sijbrandij, et al., 2014).

Préalablement à un traitement spécifique de la dépression, il est toutefois important de faire un traitement des abus de substances, de réduire les médicaments qui peuvent décliner l'humeur et d'améliorer l'hygiène de vie en optimisant les conditions pour un bon sommeil, un exercice physique fréquent et une bonne alimentation (Malhi et al., 2018).

Dans l'article de Gisle et al. (2020), pour le traitement de la dépression en Belgique, un professionnel de la santé a été consulté par 81 pourcents des individus en 2018. Cette donnée est à la baisse car elle était de 88 pourcents en 2008. Le traitement par pharmacothérapie (84 pourcents en 2004 et 67 pourcents en 2018) a également diminué en faveur de la psychothérapie (19 pourcents en 2004 et 43 pourcents en 2018).

- **Traitement des troubles légers et modérés de dépression**

Pour les troubles légers et modérés de dépression, le traitement psychologique peut être utilisé même lorsqu'un traitement médicamenteux est aussi nécessaire. La **thérapie cognitivo-comportementale** pourrait être une thérapie proposée avant toute chose. Lorsque les troubles dépressifs deviennent sévères et graves, la pharmacothérapie est le traitement de première intention. Pour les personnes résistantes aux traitements médicamenteux, l'électroconvulsivothérapie semble être une option de traitement (Malhi & Mann, 2018). En effet, d'après Weitz et al. (2015), pour les personnes atteintes plus sévèrement, la psychothérapie démontre un impact moins appréciable au vu de l'état avancé du patient.

- **Efficacité des traitements**

Il est fondamental de souligner que les effets des stratégies psychopharmacologiques et psychothérapeutiques ne sont que modérés. Beaucoup de patients présentent une **rechute** (Mörkl et al., 2020) et 30 pourcents des personnes atteintes de dépression **ne répondent pas aux traitements médicamenteux** (Coudert & Rubat Coudert, 2020). Malgré la pharmacothérapie et la psychothérapie, moins de la moitié de la charge de morbidité est évitée. Des stratégies supplémentaires sont donc indispensables en ce qui concerne la prévention et le traitement des troubles mentaux (Marx et al., 2017).

Plusieurs thérapies répandues et efficaces sont disponibles pour guérir les troubles mentaux. Cependant, certaines personnes dans le monde ne **reçoivent pas de traitement en raison de la stigmatisation sociale des troubles mentaux**, par **manque de personnel soignant** et par **faute de ressources suffisantes**. Il s'agit de 75 pourcents des personnes qui vivent dans des pays à faible ou moyen revenu. La dépression reste aussi une **maladie mal diagnostiquée** tous pays confondus. Certaines personnes reçoivent parfois des antidépresseurs après un diagnostic erroné tandis que des personnes réellement atteintes ne reçoivent pas le diagnostic adéquat (Evans-Lacko et al., 2018). Ces personnes auront un retard de diagnostic et cela engendrera un effet négatif sur leur pronostic. Un dépistage précoce est crucial et peut éviter un recours aux traitements symptomatiques qui peuvent parfois être nocifs (Otheman et al., 2018). En effet, la durée durant laquelle la maladie n'est pas traitée va être un facteur prédictif d'un plus faible résultat du traitement antidépresseur. Le traitement antidépresseur perd son efficacité de moitié lorsqu'il est appliqué plus de six mois après le premier épisode de dépression. Il est donc

important d'avoir une procédure de diagnostic précise et de garantir un traitement avant la date buttoir des six mois suivant l'apparition des premiers symptômes dépressifs (Bukh et al., 2013).

c. Conséquences de l'anxiété et de la dépression

Les troubles dépressifs sont des problèmes de santé mondiale et doivent être vus comme une priorité de prise en charge (Ferrari et al., 2013). Selon l'OMS, la dépression peut avoir un **impact sur la vie familiale, professionnelle ou scolaire**. C'est une pathologie qui peut **conduire au suicide** dans ses formes les plus sévères. Par an, environ 700 000 personnes se suicident dans le monde (*Principaux repères sur la dépression*, 2021). Dans l'article de Mörkl et al. (2020), les auteurs constatent une hausse des maladies mentales telles que la dépression et de leurs conséquences néfastes sur les patients, **du point de vue personnel et aussi sociétal**. En effet, les symptômes de ces maladies provoquent notamment une **augmentation des hospitalisations et des retraites anticipées**. La qualité de vie des personnes atteintes est considérablement réduite. Ces personnes présentent une haute charge de morbidité (Mörkl et al., 2020). En outre, les conséquences découlant des pathologies sont une **charge économique pour la société** car elles provoquent un phénomène d'incapacité et les personnes touchées ont souvent recours aux soins de santé (Bandelow & Michaelis, 2015).

d. Déterminants de la santé mentale

Pour une promotion de la santé mentale adéquate, il est important de se focaliser sur la connaissance des problèmes et des déterminants de la santé mentale. Les facteurs qui ont une influence sur la santé mentale sont classés en trois groupes. Ils peuvent être environnementaux, sociaux ou individuels. **Les déterminants environnementaux** sont la sécurité publique et domestique, un logement adéquat, une bonne éducation, les conditions de travail équitables et une bonne reconnaissance des droits de l'individu. **Les facteurs sociaux** impliquent les capacités de communication, de participation, de négociation, des relations sûres, des éléments de confiance et d'affection. **Les facteurs individuels** rassemblent les capacités de tirer des enseignements des expériences imprévisibles, de régulation des sentiments et de la gestion des conflits (Fisher & Herrman, 2009).

Des facteurs de risques de problèmes mentaux communs au niveau Belge et Européen sont identifiables. Le **revenu**, le **sexe** et l'**éducation** en sont des exemples (Gisle et al., 2020). Une situation économique défavorable a un lien de corrélation avec une mauvaise santé mentale

selon les données de plusieurs régions du monde (Jané-Llopis et al., 2011). Les **problèmes familiaux et la violence** ont aussi une influence sur les troubles mentaux (Houser et al., 2019). Bernaras et al. (2019) soulignent dans leur article une augmentation des troubles dépressifs par **les relations interpersonnelles négatives** et **les liens avec l'environnement** additionné à des **changements socioculturels**. Les causes des troubles psychiatriques peuvent également résider dans les **habitudes de mode de vie**, la **génétique**, le **déséquilibre des neurotransmetteurs** et l'**inflammation** (Mörkl et al., 2020). Pour terminer, il n'y a pas d'âge précis pour souffrir de troubles mentaux, les enfants peuvent aussi en être atteints (Lugo-Candelas et al., 2016).

Selon l'OMS, les personnes **ayant des passages difficiles dans leur vie** sont plus susceptibles de manifester des symptômes dépressifs. Il peut s'agir d'un deuil, du chômage ou de certains traumatismes (*Principaux repères sur la dépression*, 2021). En effet, d'après Cooper et Helgason (2020), certains événements de la vie provoquant du stress peuvent venir influencer l'émergence de maladies mentales comme la dépression. Le risque est d'autant plus important lorsqu'on est en présence de facteurs de vulnérabilité comme l'insuffisance de soutien social et familial.

Des **inégalités de genre** sont également observables dans les résultats de santé mentale belges et démontrent que les femmes sont plus atteintes par des troubles mentaux que les hommes. En revanche, concernant le suicide, le même nombre d'hommes que de femmes ont eu des pensées et des actes suicidaires (Gisle et al., 2020).

Malgré une standardisation des données concernant l'âge et le sexe en Belgique, des inégalités sociales restent identifiables en santé mentale. Les individus ayant un **accès aux études supérieures** en est un exemple concret car ces personnes présentent moins de troubles mentaux (Gisle et al., 2020).

3. Lien entre nutrition et santé mentale

a. Régimes alimentaires favorisant la bonne santé mentale

Le développement de la consommation d'aliments à emporter et transformés est observé dans les sociétés occidentales. Ce phénomène a des conséquences catastrophiques pour la santé (Parletta et al., 2019). De plus, avec la pandémie de Covid-19, la croissance du nombre de personnes présentant une insécurité alimentaire est notable. Les bonnes pratiques alimentaires sont donc compromises et des carences nutritionnelles sont observables. La santé mentale de la population en est par conséquent affectée, cette dernière étant déjà affaiblie mentalement par la crise sanitaire (Rocha et al., 2021). La « psychiatrie nutritionnelle » peut donc à la fois servir de moyen de prévention, mais également de moyen de traitement des troubles mentaux (Jacka, 2017).

Dans ce domaine, les données les plus concluantes ressortent du lien entre **le régime méditerranéen** et la dépression. L'adoption de ce régime, ou d'un mode d'alimentation saine, permet de développer une protection contre les symptômes de dépression (Lassale et al., 2019).

Quels sont les principaux éléments qui définissent ce régime ? Le régime méditerranéen est un modèle alimentaire qui se base sur la consommation de céréales complètes, de noix, de poissons, d'huile d'olive, de légumineuses, de viandes blanches, de fruits et de légumes (Ventriglio et al., 2020). Il met aussi l'accent sur une consommation modérée de viandes et de produits laitiers (Rahe et al., 2014). Ce régime, en association avec d'autres comportements protecteurs de la santé, est favorable à une amélioration du bien-être et une diminution de la perception du stress (Bremner et al., 2020).

Une autre possibilité est d'adopter un **régime alimentaire qualifié de sain**. Comme dans le cadre d'un régime méditerranéen, un régime sain comprend des fruits, des légumes, du poisson et des céréales complètes (Rahe et al., 2014). Il est aussi favorable à la diminution des symptômes dépressifs (Li et al., 2017). La consommation de légumes et de fruits, qu'ils soient transformés ou fassent partie d'une sous-catégorie, a des conséquences favorables sur la santé mentale. Il est donc recommandé de consommer au moins cinq portions de fruits et légumes par jour (Głąbska et al., 2020).

Les régimes riches en graisses polyinsaturées oméga-3 et les régimes pauvres en graisses saturées ont un lien avec l'amélioration des troubles psychiatriques. Ce régime se rapproche à nouveau d'une alimentation méditerranéenne. En effet, les huiles de poisson riches en acides gras oméga-3 sont omniprésentes dans ce régime (Bremner et al., 2020). Comme soulevé dans l'article de Johannessen et al. (2011), les acides gras oméga-3 ont un effet sur les troubles dépressifs et peuvent être utilisés comme complément au traitement psychiatrique. Par contre, les auteurs de l'étude de Bremner et al. (2020) observent, concernant les huiles de poisson ou les acides gras polyinsaturés, plus de preuves fiables de leur efficacité dans le traitement des symptômes que dans la prévention de la dépression, même s'ils sont également utilisés dans ce dernier cas. Effectivement, ces compléments sont efficaces pour les patients dépressifs. Ne présentant que peu d'effets indésirables, ils peuvent être employés en tant qu'adjuvants aux antidépresseurs.

Selon Jacka et al. (2013), les **nutriments** favorables dans le traitement de la dépression sont les apports en folates, zinc et magnésium acides et dans le traitement des troubles anxieux les gras oméga-3 à longue chaîne. Les suppléments en nutriments ne peuvent devenir des substituts aux régimes alimentaires sains (Rucklidge et al., 2021) mais peuvent être utilisés comme stratégies complémentaires pour lutter contre la dépression. Ces suppléments en nutriments sont, par exemples : du chrome, du zinc, des folates, du calcium, des acides-gras poly-insaturés, de la vitamine D et B12, du magnésium et de la D-sérine (Lang et al., 2015).

Finalement, il ne faut pas oublier de prendre en considération une **bonne hygiène** du sommeil, les difficultés relationnelles et l'activité physique dans l'analyse de la relation entre alimentation et santé mentale. Après la prise en compte de ces facteurs, l'approche par supplémentation alimentaire peut être envisageable (Rucklidge et al., 2021).

b. Régimes alimentaires défavorisant la bonne santé mentale

Les caractéristiques du **régime occidental** sont des aliments transformés, des céréales raffinées, des collations, de la viande transformée et des boissons sucrées (Rahe et al., 2014). Il comporte aussi des fritures, des produits laitiers riches en matières grasses, des aliments raffinés et des pâtisseries (Lang et al., 2015). Contrairement au régime de type méditerranéen, plus une personne mange selon un régime occidental ou transformé, plus le risque de développement de troubles mentaux comme la dépression et l'anxiété est élevé (Jacka et al., 2012). En effet, les aliments transformés et l'alimentation malsaine comportent différents éléments nocifs pour la

santé cérébrale : tels que les émulsifiants alimentaires (Chassaing et al., 2015) et les édulcorants artificiels (Suez et al., 2014). La consommation d'alcool est aussi une variable influençant les symptômes de la dépression et les troubles anxieux (Gibson-Smith et al., 2020). Pour ce qui est du régime alimentaire végétarien, il a une légère influence sur l'augmentation des symptômes d'anxiété et de dépression à long terme (Lavalée et al., 2019).

D'une part, certains éléments, tels que la sous-consommation de fruits et de légumes et l'insécurité alimentaire ont été jugés prédicteurs de la dépression chez les hommes. L'impact des sucres ajoutés et de l'insécurité alimentaire sur les troubles de l'anxiété a également pu être prouvé. Chez les femmes, la consommation de sucres ajoutés influe sur les symptômes d'anxiété. La dépression a notamment comme élément prédictif l'insécurité alimentaire (Wattick et al., 2018). Finalement, il est tout de même important de souligner que Teasdale et al. (2020) ont montré, chez les personnes souffrant de troubles mentaux sévères, que les connaissances par rapport à la nutrition étaient plus faibles et impactent leur alimentation.

c. Statuts nutritionnels

Les individus de jeune âge ont une santé mentale différente selon leur statut nutritionnel. En premier lieu, le groupe de poids normal présente la meilleure santé mentale. En deuxième lieu, nous retrouvons le groupe émacié, le groupe en surpoids et le groupe obèse qui présente, eux, une mauvaise santé mentale (H. Wu et al., 2019). **L'obésité est reliée à l'anxiété et à la dépression.** Les jeunes dépressifs et anxieux présentant des troubles au niveau des activités de la vie quotidienne et certains de leurs comportements alimentaires se caractérisent par une consommation de nourriture réconfortante (Khanna & Aeri, 2016). Selon Bremner et al. (2020), la réduction de l'obésité va avoir, en plus d'un régime alimentaire sain, des effets sur l'estime de soi et le bien-être de l'individu, ce qui impactera positivement sa santé mentale.

Cette dernière notion nous mène vers l'idée que, malgré le fait qu'une mauvaise alimentation ait une influence sur les troubles psychiatriques par différents biais, ces troubles peuvent aussi inversement engendrer une modification de l'alimentation. Par exemple, dans l'article de Kestler-Peleg et al. (2015), **les femmes ayant des troubles dépressifs présentent une baisse de motivation et d'intérêt pour les liens avec les autres et les soins personnels.** Cet aspect va se traduire par une alimentation moins saine, une diminution de motivation quant à la préparation des repas pour elle-même et pour ses enfants (Sparling et al., 2021) comme dans

l'article de Bremner et al. (2020) où le stress engendre également une modification des comportements alimentaires.

Finalement, une aggravation des problèmes mentaux est observable lorsque les mauvais comportements alimentaires s'ajoutent aux phénomènes de tabagisme, de consommation d'alcool et d'obésité (Hafizurrachman & Hartono, 2021).

d. Microbiote intestinal

Il existe une connexion entre le cerveau et l'intestin. En effet, **le microbiote intestinal impacte la fonction cérébrale**. L'humeur et le comportement en sont donc aussi la cible (Bremner et al., 2020). Il existe un lien entre l'alimentation saine, la santé mentale et le microbiote intestinal (Mörkl et al., 2020).

Chez les animaux, des manipulations de la flore intestinale ont démontré des liens entre les fonctions cérébrales normales et pathologiques en lien avec le microbiote intestinal. Les fonctions cérébrales normales sont composées des fonctions cognitives et émotionnelles. Les fonctions cérébrales pathologiques peuvent s'apparenter à des troubles neurologiques, de l'humeur et à l'anxiété. Chez l'être humain, il y a une **corrélacion entre le déséquilibre de la flore intestinale et les troubles mentaux**. Par contre, il n'y a pas encore eu d'identification d'un profil précis de microbiote intestinal améliorant les troubles mentaux et les liens unissant les deux ne sont pas encore spécifiquement connus. Il est complexe de déterminer si les altérations du microbiote intestinal provoquent la maladie ou si ces dernières sont causées par une neurophysiologie cérébrale altérée. Les auteurs des études ne montrent pas de causalité mais une corrélation entre les deux phénomènes (Lange et al., 2020).

Cette donnée est appuyée, à travers la littérature, par des auteurs qui ont démontré que la dysbiose entérique provoque une série de mécanismes immunorégulateurs, endocriniens et neuraux qui influencent le risque de maladie psychiatrique liée au stress (Liu, 2017). Une rupture de l'équilibre du microbiote intestinal peut être constatée lors d'une consommation d'aliments mauvais pour la santé. Le régime alimentaire va moduler les capacités métaboliques de la flore intestinale qui va quant à elle avoir une influence sur la physiologie humaine (Sanz et al., 2018). Avoir une **alimentation adéquate et riche en macronutriments et micronutriments** est essentielle au bien-être et constitue la base de la santé du microbiome (Mörkl et al., 2020). Les aliments fermentés ont aussi un impact positif sur la santé mentale et

cérébrale (Kim et al., 2016). Les régimes alimentaires basés sur les glucides complexes, les fruits et les légumes ont un effet sur la composition microbienne (G. D. Wu et al., 2011). De plus, les fibres et la quantité de nutriments sont des éléments favorisant une augmentation de la diversité microbienne intestinale. Cette amélioration va avoir des effets favorisant une bonne santé mentale (Dawson et al., 2016).

Une déstabilisation de la constitution du microbiote intestinal va donc avoir des conséquences sur certaines pathologies telles que la dépression (Corblin et al., 2021). Chaque individu possède des psychobiotiques qui sont des micro-organismes probiotiques qui ont une influence sur ses fonctions neurologiques. Ces micro-organismes intestinaux ont un rôle dans l'équilibre de différents troubles de la santé mentale tels que l'anxiété et la dépression. Une prise de probiotiques est donc un moyen de traitement des troubles psychiatriques (Teixeira Magalhães-Guedes et al., 2020). Selon Dinan et al. (2013), les psychobiotiques ont une influence sur le stress, l'anxiété et la dépression.

e. Mécanismes explicatifs

L'amélioration des troubles de la santé mentale ne concerne pas un aliment en particulier mais un **ensemble de caractéristiques afférentes à un régime alimentaire**. De bonnes habitudes alimentaires vont permettre une combinaison des différents nutriments, ce qui diminuera les symptômes de troubles mentaux (Godos et al., 2020).

Le lien entre l'alimentation saine et les processus biologiques qui sous-tendent la dépression repose sur différents mécanismes potentiels. Ces derniers sont notamment les processus oxydatifs, les niveaux de protéines cérébrales saillantes et le système immunitaire (Khanna & Aeri, 2016). La production des réactions métaboliques, la réduction de l'inflammation et la contribution de la détoxification permettraient aussi aux nutriments de maximiser la santé du cerveau (Rucklidge et al., 2021). Seulement, selon des données épidémiologiques, la causalité n'est pas encore totalement démontrée entre les mécanismes d'alimentation et les troubles mentaux (Adan et al., 2019).

Bien que différents potentiels mécanismes expliquent le lien unissant les deux domaines, cette thématique ne sera pas le sujet principal de ce travail car elle en dépasse le cadre.

Comme expliqué ci-avant, différents facteurs influençant la relation entre la nutrition et la santé doivent être pris en considération. Toutefois, il est important de souligner qu'aucun pays ni aucune tranche d'âge spécifique n'est immunisée de cette problématique (Jacka, 2017).

4. Promotion de la santé

« La promotion de la santé a pour but de donner aux individus **davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer**. Pour parvenir à un état de complet bien-être physique, mental et social, l'individu, ou le groupe, doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie ; c'est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles, et sur les capacités physiques. La promotion de la santé ne relève donc pas seulement du secteur de la santé : elle ne se borne pas seulement à préconiser l'adoption de modes de vie qui favorisent la bonne santé ; son ambition est le bien-être complet de l'individu » (OMS, 1986, p.1).

Certaines **conditions et ressources** doivent pour cela être respectées pour améliorer la santé comme le fait de pouvoir se loger, d'avoir un écosystème stable, de disposer d'un apport durable de ressources, d'avoir accès à l'éducation, de pouvoir bénéficier d'un traitement équitable et de la justice sociale, de recevoir un certain revenu et d'avoir une bonne alimentation (OMS, 1986).

En plus de cela, les différents secteurs de la société vont s'engager et se coordonner dans une politique de réduction des écarts présents entre les individus en matière de santé (Sandrin, 2013).

Différentes stratégies d'interventions ont été regroupées en 5 axes de promotion de la santé dans la **Charte d'Ottawa** : l'élaboration de politiques pour la santé, la création d'environnements favorables, le renforcement de l'action communautaire, l'acquisition d'aptitudes individuelles et la réorientation des services de santé.

L'élaboration de politiques pour la santé est le premier axe et concerne plusieurs secteurs, pas uniquement celui de la santé. Les responsables politiques prennent des décisions qui auront des conséquences sur la santé de la population. Ils ont des responsabilités pour lesquelles des mesures financières, fiscales, législatives et des changements organisationnels devront être pris. Les actions et les services publics favoriseront une meilleure santé. Le deuxième axe est **la création d'environnements favorables**. Cet axe va cibler les milieux dans lesquels vivent les individus. Il s'agit de mener des actions qui se focalisent sur la préservation du milieu naturel et de la communauté, en garantissant une conservation et une protection des ressources naturelles. Les conditions globales de vie de la société doivent être améliorées et favorables à la santé. **Le renforcement de l'action communautaire** est le troisième axe. Il s'agit du pouvoir

accordé à la communauté afin d'améliorer sa santé. Les individus vont se responsabiliser en participant aux prises de décisions. Ils sont informés et augmentent leurs connaissances en matière de santé. Le quatrième axe est **l'acquisition d'aptitudes individuelles** qui vont améliorer les compétences des individus pour qu'ils puissent être amenés à faire les meilleurs choix concernant leur santé. Ils vont davantage contrôler leur santé grâce à l'éducation pour la santé et à l'information. Les individus vont aussi perfectionner leurs aptitudes indispensables à la vie. Pour finir, **la réorientation des services de santé**, le dernier axe, va favoriser la création d'un système de soins qui sera le plus approprié pour la santé. La promotion de la santé doit être mise au cœur du secteur de la santé. Cependant, les composantes à caractère social, politique, économique et environnemental doivent pareillement être prises en compte afin de concevoir le secteur de la santé d'une manière plus large (OMS, 1986).

En complément de la Charte d'Ottawa, plusieurs notions doivent être soulignées pour disposer d'une vue holistique de la promotion de la santé.

Tout d'abord, d'après Antonovsky (1996), il est crucial de se concentrer sur l'approche de la **salutogenèse**. Effectivement, il faut se préoccuper des facteurs qui vont favoriser la santé au lieu de se concentrer uniquement sur les facteurs à risque d'une pathologie.

Il y a ensuite le concept d'**empowerment** qui est fondamental dans la promotion de la santé. Il s'agit de la capacité des individus de maîtriser leur santé. Néanmoins, ce n'est pas uniquement un sentiment de satisfaction individuelle ni d'estime de soi. En effet, l'empowerment, que l'on peut traduire comme l'autonomisation, va mener à la justice sociale et à la responsabilité (Wallerstein & Bernstein, 1994). C'est dans un contexte donné que l'empowerment de la personne va se réaliser (Israel et al., 1994). L'individu va prendre conscience de sa propre situation et cela va lui permettre une identification à un groupe ayant les mêmes problèmes (Augoyard & Renaud, 1998). Les professionnels vont partager leurs connaissances avec la communauté, ce qui va permettre de la valoriser. Les individus vont donc pouvoir rechercher des solutions à leurs problèmes. Parallèlement, les professionnels vont prendre conscience des problèmes présents car ils vont recevoir en retour le savoir des communautés. Ils vont par conséquent pouvoir définir les actions qui doivent être entreprises. Dans ce dernier cas, il s'agit de l'empowerment des professionnels (Labonte, 1994). Pour finir, le domaine de la santé mentale met souvent l'accent sur ce qui va mal et non sur la santé mentale positive et optimiste.

L'empowerment va miser sur les forces des individus et sur le développement des compétences, ce qui va contribuer au bien-être (Jutras, 1996).

Les déterminants de la santé sont aussi des éléments essentiels à prendre en compte dans l'approche de la promotion de la santé influençant la santé des individus. Ces facteurs peuvent être proximaux et distaux. Pour commencer, **les facteurs proximaux** s'intéressent à des caractéristiques biologiques et socialement construites comme l'âge, le sexe et l'origine ethnique et désavantageront certains groupes d'individus. Les droits et l'accès aux opportunités favorisant la santé en seront donc affectés. Ensuite, il existe aussi des **facteurs**, moins proches de l'individu, surnommés **distaux**, qui ont une interaction complexe avec la santé. Plusieurs éléments comme l'emploi, l'environnement, les conditions de vie, le statut économique, la sécurité alimentaire et les politiques gouvernementales en font partie (Allotey, 2018).

Les **déterminants de la santé** sont principalement sociaux et économiques (Rose et al., 2008). Il existe aussi des facteurs psychologiques, environnementaux et génétiques qui influencent la santé. Dans les différents déterminants de la santé, les facteurs sociaux sont primordiaux. Par contre, on observe qu'il existe des seuils au-delà desquels la santé ne s'améliore pas malgré une amélioration d'un facteur social (Braveman & Gottlieb, 2014).

Ces déterminants vont affecter les groupes de population dans leur exposition à une maladie, leur capacité de recherche d'aide et leur capacité de reconnaissance d'une pathologie. Dans la population, on peut identifier une inégalité d'accès à la santé à travers les différents groupes d'individus. La répartition des pathologies est inéquitable au vu des différences de schéma de distribution des maladies (Allotey, 2018).

Par l'analyse de données épidémiologiques, une mauvaise santé est observable selon le groupe dans lequel l'individu se trouve. L'exploration de ces différences est importante pour une meilleure analyse de la sensibilité ou de la protection des différents groupes face aux multiples pathologies (Allotey, 2018). **L'élaboration de politiques ciblées** peut permettre un certain contrôle sur ces déterminants de la santé car ces politiques vont avoir un impact sur les désavantages créés par les processus culturels, politiques et sociaux (Allotey, 2018).

En définitive, le domaine de la santé publique va permettre de développer la promotion de la santé en améliorant les conditions des différents groupes d'individus afin qu'ils aient une prévention des maladies et qu'ils vivent en bonne santé. De même, il pourrait notamment y

avoir une **instauration des règlements favorisant les comportements sains** (Povlsen & Borup, 2015).

5. Question de recherche et hypothèses

Dans la partie théorique, nous avons pu noter que les troubles émotionnels et cognitifs ont significativement augmenté ces dernières années (Pizarro & de la Torre, 2018). Les maladies mentales ont des conséquences néfastes sur les patients d'un point de vue personnel et sociétal (Mörkl et al., 2020) et les troubles dépressifs doivent être reconnus comme une priorité de prise en charge (Ferrari et al., 2013). Nous avons aussi pu souligner que différents aliments et comportements alimentaires ont un impact sur les symptômes dépressifs et anxieux des patients. D'après Godos et al. (2020), de bonnes habitudes alimentaires et certains régimes alimentaires sont bénéfiques dans la prévention des maladies mentales.

La logique des soins de santé oscillant entre une approche préventive et curative, il serait bénéfique de davantage intégrer la prévention diétético-alimentaire dans les institutions et services psychiatriques. Il s'agit de garantir une alimentation saine, équilibrée et adaptée aux patients atteints de dépression et d'anxiété afin d'être un support au traitement sémiologique, ce qui évitera l'aggravation des symptômes psychiatriques. Les institutions et services psychiatriques sont des lieux où les patients sont encadrés par des soignants de manière assidue. Ces derniers sont spécialisés dans le domaine de la psychiatrie, les aidant à s'adapter au mieux, dans leur démarche de soutien concernant la prévention diétético-alimentaire, à la pathologie psychiatrique du patient. Les services et institutions de soins psychiatriques semblent donc être des lieux propices pour informer et éduquer le patient, de manière pluridisciplinaire, afin d'aider le patient à acquérir de meilleurs comportements alimentaires.

Sur cette base, nous cherchons donc à comprendre si la prévention par l'alimentation est observable dans les services et institutions psychiatriques et si des incitants ou des obstacles sont soulevés par les professionnels de la santé face à cette démarche. En effet, peu d'études se sont interrogées sur la place de la prévention diétético-alimentaire dans les services de soins psychiatriques.

« Comment les institutions et services psychiatriques implémentent-ils une prévention diétético-alimentaire à destination de leurs patients souffrant de troubles de la santé mentale de type dépressif ou anxieux ? »

Les positionnements du patient, du soignant et de l'institution face à la prévention diétético-alimentaire nous guideront vers plusieurs hypothèses.

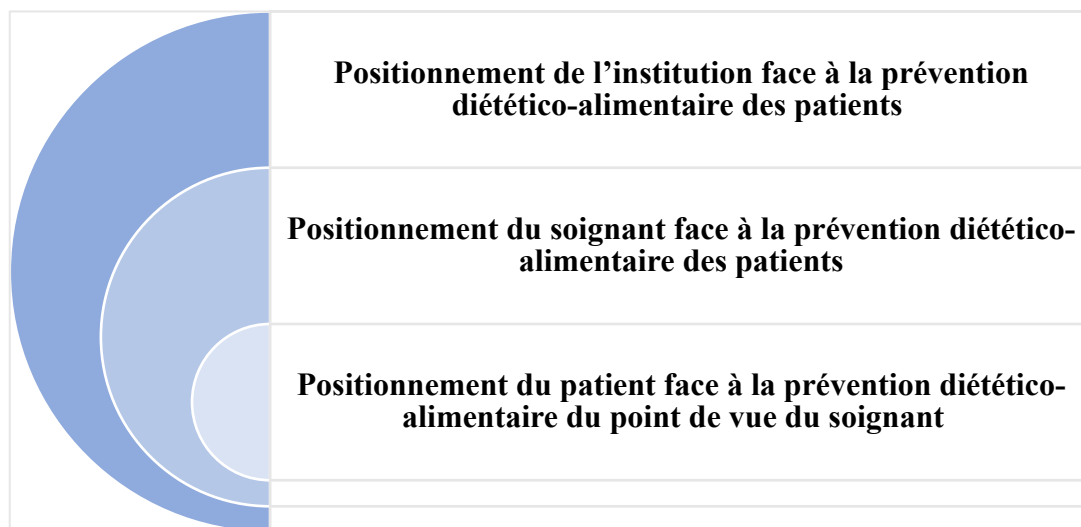


Figure 3 : L'interrelation du positionnement de l'institution, du soignant et du patient. Graphique réalisé à partir de nos hypothèses

Ce schéma (voir figure 3) nous représente l'interrelation du positionnement de l'institution, du soignant et du patient face à la prévention diétético-alimentaire, l'institution étant l'élément englobant les autres composantes.

Concernant le positionnement du patient face à la prévention diétético-alimentaire du point de vue du soignant, nous souhaitons découvrir les différents comportements et déterminants alimentaires des patients. De même, l'ouverture aux ateliers et conseils nutritionnels est une donnée qui nous semble intéressante à récolter. La première hypothèse de recherche concerne l'impact des influences et caractéristiques des patients dépressifs et anxieux sur leur alimentation. Nous souhaitons enrichir les déterminants déjà énoncés dans la partie théorique.

A propos du positionnement du soignant face à la prévention diétético-alimentaire des patients, nous cherchons des éléments de réponse au rôle que le soignant est prêt à endosser ainsi que les éléments qui entrent en jeu dans la représentation que se fait le soignant de cette prévention diétético-alimentaire. Comme mentionné dans la partie théorique, beaucoup de déterminants influencent le patient dans sa réceptivité à la prévention diétético-alimentaire. Nous supposons que les soignants sont ouverts à avoir des missions, de manière individuelle et pluridisciplinaire, dans l'amélioration de la démarche nutritionnelle des patients de manière préventive. Nous souhaitons vérifier cette deuxième hypothèse à travers nos entretiens.

Relativement au positionnement de l'institution face à la prévention diétético-alimentaire des patients, nous voulons comprendre comment se déroule le suivi alimentaire des patients au sein de l'institution et quels éléments institutionnels vont faciliter ou ralentir la prévention diétético-alimentaire. Nous émettons l'hypothèse que le cadre institutionnel, par son organisation ou sa structure, va être un support à la démarche de prévention diétético-alimentaire.

La finalité de notre recherche se focalise sur **la sensibilisation des institutions et services ainsi que des soignants** travaillant avec des patients présentant des symptômes dépressifs ou anxieux. Cette démarche de sensibilisation permettra une meilleure réceptivité des professionnels de la santé mentale face à la problématique de l'alimentation. La qualité des soins prodigués aux patients s'en verra améliorée, compte tenu du lien existant entre l'alimentation et la santé mentale.

METHODOLOGIE

Ce travail représente un mémoire-recherche qui présente comme fil conducteur « Comment les institutions et services psychiatriques implémentent-ils une prévention diétético-alimentaire à destination de leurs patients souffrant de troubles de la santé mentale de type dépressif ou anxieux ? » Nous détaillons ci-après la méthodologie de notre étude afin de comprendre comment la récolte de notre matériau empirique s'est déroulée.

1. Choix de la méthode

Le choix de la méthode pour ce travail de recherche se porte sur **une approche qualitative**. La problématique de ce mémoire portant sur le positionnement des institutions et services psychiatriques au sujet de l'alimentation, il est approprié d'utiliser cette méthode afin d'analyser les comportements des patients, les représentations des soignants et les pratiques des différentes institutions et services face à cette problématique. En effet, c'est un outil qui va permettre d'analyser les pratiques sociales et les représentations des différents acteurs (Demony, 2016). De plus, actuellement, l'alimentation occupe une place grandissante dans le domaine des soins de santé. Dès lors, il est important d'explorer et de comprendre la réalité de terrain quant à la place de la nutrition dans le domaine psychiatrique.

La recherche qualitative va permettre une meilleure compréhension de la problématique en ayant une ouverture large sur le sujet. La recherche est caractérisée par une récolte de données réalisée par des méthodes qualitatives. Ces dernières n'entraînent pas de traitement ni de quantification. Ces méthodes peuvent consister en une observation libre, une interview ou une collecte de documents. Elles vont permettre une analyse qualitative des éléments qui permettra d'aboutir à une théorie, sans qu'aucune démarche numérique ne soit entreprise (Mucchielli, 2009). La recherche qualitative va finalement amener une meilleure compréhension du fonctionnement des institutions et des déterminants sociaux (Demony, 2016).

Selon Blanchet et al. (2007), l'entretien est adéquat pour exprimer les raisonnements et représentations des personnes interviewées et pour décrire les pratiques sociales. C'est pour cela que nous réalisons **une enquête par entretien** afin de réaliser notre recherche qualitative. L'entretien comprend, en lien avec l'objectif de la recherche, un processus de communication verbale afin de récolter des données (Grawitz, 2001). Cette recherche s'est réalisée sur base d'entretiens individuels provenant de professions et d'institutions différentes.

2. Stratégie d'échantillonnage

Dans notre recherche, **notre échantillon est constitué de soignants** travaillant dans un service ou une institution psychiatrique. Cet échantillon est hétérogène afin d'être le plus représentatif possible. C'est pour cela que nous avons veillé à trouver un équilibre entre les différentes caractéristiques des intervenants tels que les types et lieux d'institutions où ils travaillent, leur âge, leur genre, leur métier ainsi que leur expérience. Les critères d'inclusion englobent la prise en charge des patients dépressifs et anxieux. Ils portent aussi sur l'obligation de travailler dans une institution ou un service psychiatrique en hospitalisation, en hébergement ou en ambulatoire.

Inversement à la recherche quantitative où elle permet une inférence statistique, dans une approche qualitative, la taille de l'échantillon ne peut être déterminée en avance (Kohn & Christiaens, 2015).

Dans la procédure entreprise, nous avons contacté 31 professionnels de la santé psychiatrique au sein de la Région Wallonne et au sein de la Région de Bruxelles-Capitale grâce aux coordonnées des soignants recueillies dans les groupes de professionnels de la santé sur les réseaux sociaux ainsi que les sites officiels des institutions psychiatriques. Nous avons eu des contacts avec les soignants pour expliquer spécifiquement le contexte et les objectifs de l'étude. Plusieurs professionnels étaient interpellés face au manque de prise en compte de l'alimentation dans leur service, craignant ne pas savoir répondre aux questions du guide d'entretien. Douze soignants ont répondu positivement à la demande d'entretien et rentraient dans les critères d'inclusion. Plusieurs diététiciens n'ont pas répondu présents par manque de temps disponible à cause de l'enchaînement de consultations. Pour les soignants restants, la phase explicative a permis d'augmenter leur compréhension face à la problématique et nous avons pu commencer à planifier les entretiens.

Les entretiens ont été menés et ont été arrêtés lorsqu'il n'y avait plus d'émergence de nouveaux propos et une redondance des informations. Selon Lejeune (2014), quand le chercheur va atteindre une saturation des données, il sera toléré d'arrêter la récolte du matériau empirique. Après le 9^{ième} entretien, nous avons pu apercevoir une saturation des résultats. Un dernier entretien a permis de confirmer cette saturation.

L'échantillon comporte finalement **10 soignants** : 4 infirmiers, 1 psychologue, 2 médecins assistants de psychiatrie et 3 diététiciens. Voici un tableau récapitulatif des entretiens réalisés accompagnés de leurs caractéristiques :

Entretiens	Fonctions	Type d'institution ou de service	Type de patients	Durée de séjour
Entretien 1	Infirmière chef adjointe	Hospitalisation Bruxelles, 34 lits, grande institution	Troubles alimentaires, psychiatrie générale	Variable
Entretien 2	Infirmière	Hospitalisation La Louvière, 22 lits, grande institution	Patientèle variée : Schizophrènes, défense sociale, assuétude, projet, réhabilitation, patients anxio-dépressifs	Variable
Entretien 3	Psychologue clinicienne	Consultations Waterloo, petite institution	Intégration du psychocorporel au psychologique, Psychiatrie générale dont patients anxio-dépressifs	Ambulatoire donc durée courte
Entretien 4	Infirmière	Hospitalisation Braine L'Alleud, petite institution	Troubles alimentaires et psychiatrie générale (dépendance à l'alcool, médicaments, dépression, burn-out)	Variable
Entretien 5	Infirmier	Hospitalisation Eupen, grande institution	Admissions aiguës : Patients en crise, psychotiques, dépressions, anxiété, suicide, mise en observation, borderline, schizophrènes, bipolaires	Maximum 2 mois
Entretien 6	Diététicienne	Hospitalisation Namur, grande institution	Psychiatrie générale	Variable
Entretien 7	Médecin Assistante psychiatre, spécialisée en psychiatrie de l'adulte	Hospitalisation Consultations Bruxelles, grande institution	Patients alcooliques, patients dépressifs, troubles anxieux, difficultés à évoluer en société	3 semaines
Entretien 8	Diététicienne et coordinatrice médicale	Hébergement Liège, 32 résidents, petite institution	Personnes handicapées mentales à troubles associés, doubles diagnostics, personnes bipolaires, dépressives, schizophrènes	Longs séjours

Entretien 9	Diététicienne spécialisée en psychiatrie	Hospitalisation Consultations Bruxelles, grande institution	Psychiatrie générale, défense sociale, addictologie	Services résidentiels et un hôpital de jour
Entretien 10	Médecin Assistant psychiatre	Consultations Urgences Liaison interne Hospitalisation Namur, 28 lits, grande institution	Prise en charge des souffrances psychiques et somatiques	12 jours

3. Outils de collecte des données

L'outil employé pour notre recherche qualitative est un **guide d'entretien**. Il a été utilisé comme support afin de réaliser un entretien **semi-directif**. L'entretien semi-directif est positionné à l'équilibre entre des questions très structurées et une conversation ouverte (Boutin, 2018)

Le guide d'entretien utilisé contient différentes parties structurantes, des questions et des sous-questions. Il est repris en Annexe n°1. Il permet de diriger le répondant tout en lui laissant une liberté de parole afin qu'il puisse s'exprimer sur les différentes thématiques abordées et répondre avec les éléments qui lui semblent les plus appropriés. Cette méthode permet de faire émerger des nouveaux composants aidant à éclaircir la problématique de recherche.

Lors de la réalisation du guide d'entretien, deux entretiens ont été effectués avant le lancement des entretiens réels afin d'analyser la cohérence et la compréhension du guide d'entretien auprès des répondants. Ces derniers ne font pas partie du domaine des soins de santé et n'ont aucun lien avec la problématique étudiée. Après ces deux entretiens, l'ordre des différentes parties a été modifié afin d'améliorer la logique structurelle du guide d'entretien. De plus, certaines questions ont été regroupées après observation de répétitions au niveau des réponses des intervenants.

Le positionnement de la prévention de la saine alimentation dans les services et institutions psychiatriques est le fil conducteur du guide d'entretien. Le guide contient 9 parties dont 1 partie n'est pas applicable au soignant exerçant dans le domaine de la diététique. Le guide débute par une introduction, une présentation du soignant et de son institution. Il est demandé

au répondant son accord afin d'être enregistré et il lui est rappelé que les informations recueillies restent anonymes. La confidentialité est respectée par l'utilisation des données strictement restreinte au cadre de notre travail de recherche. La suite du guide concerne les connaissances et représentations des soignants, les comportements alimentaires des patients, les éléments déjà mis en place par l'institution, les déterminants alimentaires des patients et les fonctions du soignant. Pour terminer, la promotion de la santé et la conclusion clôturent le guide. Chaque partie comporte différentes questions. Afin de pouvoir relancer le débat, des sous-questions sont également présentes dans le guide. L'entretien a une durée d'environ 1 heure par répondant.

Lors des entretiens, certains répondants répliquaient directement avec des thèmes qui n'avaient pas encore été mentionnés durant la conversation. Des questions ont donc été absorbées par d'autres questions. Les questions absorbées ont été reprises lors de l'achèvement de l'entretien. Il y a donc eu, lors de certains entretiens, une variation de l'ordre des questions du guide d'entretien.

4. Déroulement de la collecte des données

La situation sanitaire a fortement influencé le contexte du déroulement des entretiens. Plusieurs entretiens ont eu lieu par le biais de l'application Teams permettant une **vidéoconférence** ou **par téléphone**. Un entretien s'est également réalisé **en présentiel**. Ce dernier s'est déroulé dans une pièce isolée afin d'éviter une interruption de la conversation. Le contexte des entretiens des parties prenantes est présenté dans l'Annexe n°2.

Tous les entretiens ont été enregistrés afin de pouvoir retranscrire les données énoncées et garder l'authenticité et l'exactitude des propos des soignants. Les retranscriptions des entretiens sont reprises dans l'Annexe n°3. L'enregistrement pouvait être arrêté à tout moment par le répondant si des éléments ne pouvaient pas être enregistrés afin de respecter la confidentialité de certaines données. Cette action n'a pas dû être entreprise.

5. Méthode d'analyse des données recueillies

L'analyse des données empiriques de notre recherche s'est déroulée par **théorisation ancrée**. Selon Lejeune (2014), il s'agit d'une méthode qui va engendrer une élaboration de théories sur base d'un matériau empirique. L'ancrage va permettre de faire émerger de nouvelles théories en montrant ce que les acteurs vivent. Il va également permettre en faire une restitution fidèle.

La théorisation ancrée est adaptée aux recherches qui souhaitent une certaine compréhension des acteurs et non à une recherche des causes d'éléments factuels.

La théorisation ancrée comporte trois groupes d'activités afin d'aboutir à des catégories : le codage ouvert, le codage axial et le codage sélectif. **Le codage ouvert** concerne une ouverture de recherche et une découverte du matériau afin d'identifier les caractéristiques de l'étude du phénomène, appelés propriétés. De nombreuses pistes de recherche sont évoquées et beaucoup d'idées différentes sont prises en considération. **Le codage axial** va agencer les propriétés deux par deux. Cette articulation va permettre d'envisager les différents cas possibles. Un rassemblement des caractéristiques compatibles ainsi que des assemblages solides seront réalisés. **Le codage sélectif** permet une intégration et une articulation des liens qui ont été élaborés au moment du codage axial pour constituer un système global. Le codage sélectif permet aussi de peaufiner et de sélectionner les données en mettant de côté certains éléments (Lejeune, 2014).

Lors de notre recherche, nous avons utilisé en premier lieu l'analyse thématique. Les données ont été analysées grâce à plusieurs lectures des retranscriptions des entretiens. Les thèmes ont été identifiés, pour chaque entretien, dans la marge. Ces thèmes comportaient des appellations provisoires. Concrètement, nous avons réalisé une alternance entre les étapes d'analyse et les étapes de recueil de données, ce qui montre une démarche itérative. D'après Lejeune (2014), cette étape est réalisée tout au long de la recherche de manière régulière et cumulative. Chaque thème a ensuite été associé aux verbatims correspondants. Enfin, les thèmes ont été répertoriés dans des catégories qui ont permis de les classer entre eux. Les catégories ont comme fonction la nomination et la désignation du phénomène à étudier (Lejeune, 2014).

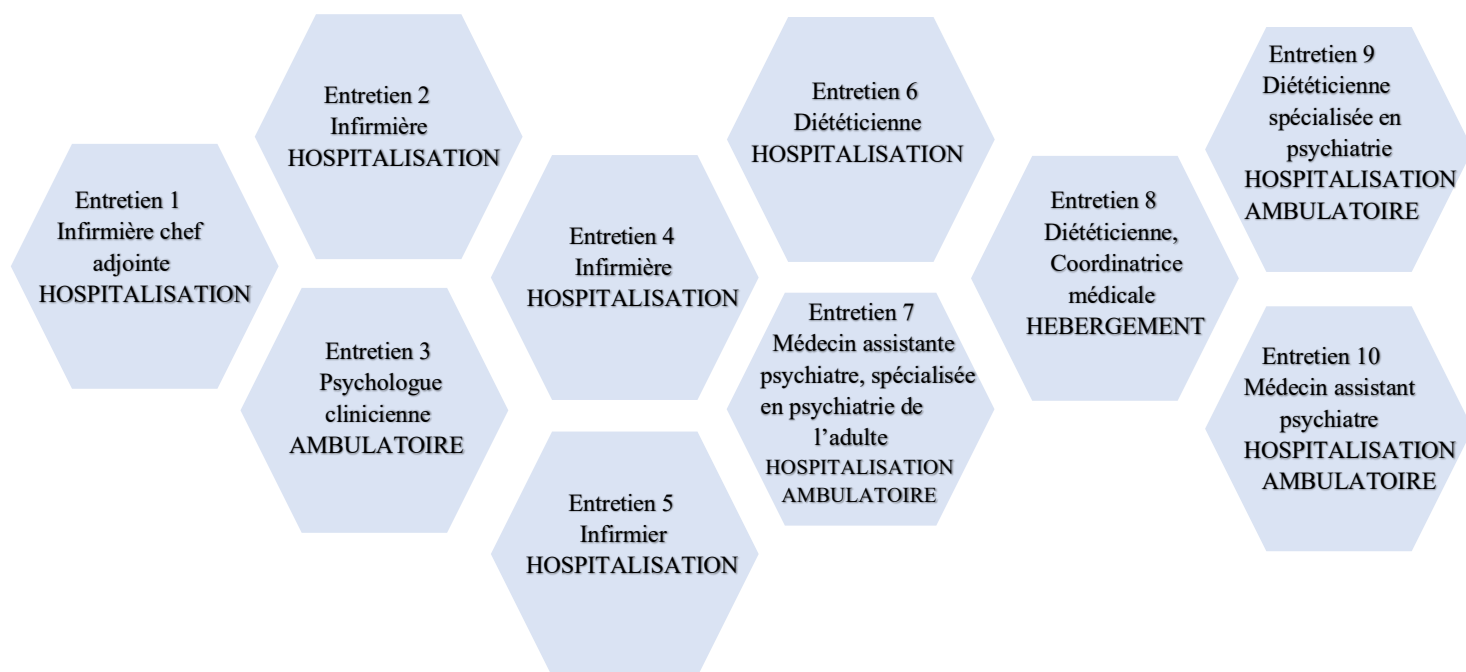
L'analyse a été faite sur base d'une prédéfinition de certaines catégories, inspirées par le guide d'entretien. D'autres catégories ont émergé, de manière inductive, au fur et à mesure de l'analyse des retranscriptions. En effet, selon Boutin (2018), une méthode inductive est une technique permettant une élaboration d'une théorie sur base de la réalité de terrain, c'est-à-dire sur base des entretiens.

Par la suite, au sein de chaque catégorie, les thèmes de tous les entretiens ont été regroupés. Les résultats finaux ont émergé grâce à une analyse supplémentaire qui a permis de faire des regroupements, des fusions, des subdivisions et de supprimer les récurrences.

Grâce à cette analyse qualitative, la construction d'une théorie est réalisable et engendre une meilleure compréhension de la problématique de l'alimentation dans les services et institutions psychiatriques.

RESULTATS

Cette partie de ce travail consiste à exposer les résultats, récoltés par les entretiens, concernant l'implémentation de la prévention diétético-alimentaire des institutions et services psychiatriques à destination de leurs patients souffrant de troubles de la santé mentale de type dépressif ou anxieux.



Nous illustrons nos résultats par des verbatims numérotés issus des entretiens afin de représenter les termes réels utilisés par les répondants. Les entretiens sont représentés par « E1 » pour l'entretien n°1 et de même pour les autres entretiens afin de maintenir la confidentialité des données.

1. Positionnement du patient face à la prévention diétético-alimentaire du point de vue du soignant

Comportements alimentaires

▪ Comportements hyperphagiques et restrictifs

Les professionnels de la santé identifient des comportements hyperphagiques et restrictifs chez les patients dépressifs et anxieux tels que :

« 60% ils mangent plus et 40% ils mangent moins » (E1 : 41-42)

« Soit, ils sont un peu dans la restriction et la dépression est tellement importante que en fait, ils n'ont pas vraiment le courage de s'alimenter [...] ou alors [...] ils ont tendance à manger facilement des sucreries » (E4 : 1243-1247)

« Ou bien ils ne mangent pas du tout, ils se font un seul repas par jour, ou ils grignotent toute la journée » (E6 : 2215-2216)

« Soit on a des convulsions et des grosses charges alimentaires, soit on a une perte totale d'appétit et une anorexie » (E9 : 3320-3321)

« Il y en a qui vont compenser, c'est plutôt une minorité en faisant des crises d'hyperphagie [...] il y a des gens qui se gavent littéralement quand ils font des attaques de panique ou il y en a d'autres, c'est quand même la majorité où il y aura une diminution de l'appétit, ils sont tellement dans de l'angoisse qu'ils sont un peu envahis par plein de symptômes anxieux, et du coup, ils ont plus d'appétit » (E10 : 3603-3608)

Les répondants expliquent ces comportements hyperphagiques démesurés par un phénomène de compensation. En effet, la nourriture est considérée comme un élément réconfortant et rassurant. Cela permet au patient de se remplir et de se compléter pour tenter de combler un vide.

« Il y a énormément de patients qui vont être dans un état que la dépression fait que la nourriture va être le seul refuge, ça va être une compensation psychologique, une compensation émotionnelle, ça va être le seul moyen des fois d'avoir mainmise sur quelque chose dans leur vie » (E1 : 30-34)

« Ils ont besoin de se nourrir [...] ils ont besoin de se remplir de quelque chose [...] ils ont juste besoin de ça pour se compléter » (E8 : 2919-2925)

« C'est de la nourriture qui a pour rôle de réconforter, c'est vraiment ce qu'ils recherchent dedans » (E7 : 2660-2662)

« Il peut y avoir une compensation de nourriture dans la dépression aussi, ils mangent alors à l'excès » (E5 : 1682-1683)

En ce qui concerne les comportements restrictifs, les répondants expliquent la manifestation du mal-être et de la tristesse des patients par une perte d'appétit.

« La restriction ça va vraiment être la manifestation d'un mal-être général » (E1 : 375)

« Les patients atteints de dépression sont presque tous à risque de dénutrition parce que il y a quand même souvent une notion de solitude ou tristesse qui peut évidemment avoir une influence sur les ingestats » (E6 : 2160-2163)

« Des patients qui dans l'anamnèse vont expliquer qu'ils n'ont plus faim et que quand ils se forcent à manger, ça n'a pas de goût [...] ça fait aussi partie de l'anhédonie [...] ça se reflète clairement dans leur régime alimentaire » (E10 : 3598-3602)

Pour un professionnel, seul le phénomène restrictif est observable chez les patients lorsqu'il s'agit d'une dépression de type exogène.

« La problématique de la dépression, ça dépend à quel stade on est mais souvent ils mangent très peu donc il y a beaucoup de carences qui se créent » (E5 : 1649-1651)

« Ça dépend quel type de dépression [...] Il y a la dépression endogène et exogène. Quand c'est au niveau endogène, ce sont des personnes qui deviennent plus chroniques, c'est par rapport aux saisons aussi, et justement, ils s'alimentent plutôt mal [...] Des déprimés exogènes avec par exemple un deuil, là il y a vraiment une perte d'appétit très importante avec des déficits sur du long terme au niveau des marqueurs dans le sang [...] On va alors avoir des crises d'anorexie qui peuvent se créer suite au fait de ne plus vouloir manger par perte d'appétit suite à la dépression » (E5 : 1663-1675)

Pour deux autres professionnels, seuls des comportements hyperphagiques sont observés.

« Souvent les patients anxieux demandent à être resservi » (E2 : 543-544)

« La satiété [...] ils ne l'ont pas comme nous, ils ont tout le temps envie de manger » (E8 : 3045-3046)

- **Alimentation spécifique des patients dépressifs et anxieux**

Une consommation d'alcool est observable chez les patients.

« *Tout ce qui est la consommation d'alcool [...] chez justement des patients qui sont anxieux mais aussi dépressifs* » (E3 : 872-874)

« *On retrouve beaucoup d'alcool souvent* » (E6 : 2213)

Les patients ont tendance à consommer de la « nourriture confort », c'est-à-dire des produits alimentaires néfastes pour la santé comme des aliments sucrés, gras et présentant des additifs.

« *Purement des aliments avec des additifs. Donc on va voir des choses comme des chips, des biscuits, tout ce qui est cuisine industrielle* » (E1 : 63-64)

« *Les cannettes de coca, le sucre, les chips, les gaufres, tout ce qui est sucré, biscuits* » (E2 : 558-559)

« *Ils vont plus chercher [...] des nourritures confort* » (E3 : 892-893)

« *La majorité des patients anxio-dépressifs se nourrissent [...] de boissons sucrées et avec des petits snacks* » (E7 : 2657-2659)

« *Il y a une grande proportion à la malbouffe [...] c'est du fastfood* » (E9 : 3325-3327)

Les patients se nourrissent de plats préparés.

« *Des personnes qui vont faire des plats tout fait* » (E3 : 883)

« *Ils sont en situation de burn out quand ils ont l'impression d'être 'overwhelmed' avec beaucoup de choses, d'avoir trop, ils vont essayer de gagner du temps avec la nourriture* » (E3 : 899-901)

« *Ils ne prennent pas le temps de se faire à manger, ils font souvent des plats préparés* » (E6 : 2214-2216)

- **Comportements alimentaires multiples**

Les patients dépressifs et anxieux ont une tendance à avoir un comportement alimentaire impliquant une prise d'aliments entre les repas.

« *Ils grignotent toute la journée* » (E6 : 2216)

« *Tendance au grignotage donc plutôt gras et sucré, de la 'Junk food'* » (E3 : 887-888)

Certains patients anxieux vont être dans le contrôle des actions relatives à leur alimentation.

« Les personnes anxieuses, je remarque que c'est nécessaire pour eux de savoir ce qu'ils vont manger donc on doit avoir un canevas assez régulier et afficher ce qu'ils vont manger avant qu'ils ne le mangent sinon ça les stresse beaucoup » (E8 : 3014-3016)

« Des personnes vont avoir des phobies ou des choses anxieuses qui vont être très dans le contrôle, et qui pourrait vraiment calculer leurs calories » (E3 : 896-901)

« Si on ne respecte pas les horaires, ça peut amener à une crise assez forte, donc il faut bien respecter les horaires pour eux » (E8 : 3023-3024)

Les comportements préférentiels des patients passent avant la bonne alimentation.

« Manger et des choses qui leur plaisent et ils ne pensent pas aux répercussions, ou si c'est bien ou pas » (E1 : 38-39)

« Sur un état dépressif ou sur un état anxieux, ils n'ont pas une grande envie de passer des heures au fourneau donc c'est du fastfood, ce sont des grands consommateurs de riz » (E9 : 3325-3327)

Déterminants des choix alimentaires du patient

La plupart des professionnels identifient le statut socio-économique comme ayant une grande influence sur l'alimentation des patients, tels que ces extraits :

« Plus la situation sociale est élevée, moins on est dans l'hyperphagie, le comportement excessif pour devoir compenser quelque chose au niveau émotionnel [...] Quand on est dans un cercle social plus bas, on a tendance à manger manger manger » (E1 : 76-82)

« Des contextes assez précaires » (E2 : 563)

« Au niveau du statut socio-économique et culturel et de ce qu'ils ont appris au niveau familial et de ce qu'ils peuvent s'offrir. Je pense que quand on n'a pas énormément d'argent, on va pas se prendre la tête à aller chercher de la bonne nourriture [...] On va prendre ce qu'il y a de moins cher et les sous marques et des choses qui sont un peu moins nutritives » (E3 : 909-914)

« Son milieu social, socio-économique effectivement, une personne qui a peu de revenu va prendre ce qu'il a, une personne qui est bien entourée peut avoir de l'aide mais ceux-là sont rares chez nous » (E5 : 1799-1801)

« Ça, c'est sûr et certain, le statut socio-économique joue énormément, c'est le facteur qui intervient le plus » (E6 : 2312-2313)

« Il faut peut-être un petit peu d'argent pour oser aller dans un magasin Barn, Färm ou un truc qui vend des légumes pas si chers [...] Peut-être qu'ils ont grandi dans des familles où on ne leur proposait pas ça » (E7 : 2669-2672)

« Le principal facteur c'est le facteur socio-économique, les patients qui sont suffisamment aisés que pour avoir accès à une alimentation variée » (E9 : 3396-3397)

« Avec l'augmentation du prix de l'essence, j'ai quand même beaucoup de patients qui me rapportent en entretien que au niveau économique, ça devient très chaud [...] il y a une vraie crise sociale en province [...] ils font beaucoup de trajets, entre autres pour aller faire leurs courses [...] les fins de mois deviennent très compliquées pour nos patients, et je pense que ça a un impact direct sur ce qu'ils vont manger et comment ils vont manger » (E10 : 3731-3738)

D'autres nombreux professionnels ont souligné la famille et l'éducation comme déterminant d'une bonne alimentation.

« Qui sont entourés par la famille qui leur amène des choses à manger en plus pendant l'hospitalisation, ça c'est un gros facteur » (E9 : 3397-3399)

« Il y a des patients qui arrivent et qui ont mangé toute leur vie des pizzas surgelées et ce genre de truc, parce qu'ils ne savaient pas spécialement se fournir des aliments » (E2 : 623-625)

« Question d'habitudes familiales, s'il y a eu une alimentation saine en grandissant, c'est quelque chose qui est plus facile à mettre en place, un intérêt soi-même pour cuisiner [...] Un conjoint ou un parent qui s'occupe de la nourriture. Et donc si la personne ne doit pas s'en occuper elle-même, ça aide aussi » (E3 : 1020-1026)

« Pour les habitudes alimentaires, c'est propre à chacun et de leur éducation » (E5 : 1794-1795)

« Le milieu dans lequel ils vivent aussi, dans lequel ils ont été éduqués [...] Puis leur contexte familial. Il y a beaucoup de patients qui sont là parce qu'ils ont un contexte familial hyper compliqué » (E6 : 2321-2324)

« Le contexte familial peut aussi énormément jouer » (E6 : 2396-2397)

« On est souvent dans des facteurs plus défavorisants au niveau de la famille, on est souvent sur un milieu assez défavorisé ou alors un milieu plus violent, une structure familiale pas très stable, [...] très peu ont une famille très présente [...] On remarque que ceux qui ont une famille présente, il y a une pression derrière [...] ils ont quelque chose de soutenant, de cadrant, de contenant » (E8 : 3190-3197)

L'acte de cuisiner demande du temps, de l'intérêt, de l'énergie et influence l'alimentation des patients.

« Il y a des patients pour qui ça peut très bien marcher car des patients malgré tout aiment bien cuisiner » (E3 : 1014-1015)

« Souvent une question de temps, une question d'intérêt dans le fait de cuisiner [...] et puis l'énergie que cela demande quand même derrière [...] dans la dépression, il y a une difficulté à faire des choses » (E3 : 1009-1016)

L'effet de groupe a une influence sur l'alimentation des patients.

« Et quand ils viennent chez nous, avec le groupe, ça fait qu'ils remangent très vite très bien » (E5 : 1813-1814)

« Les patients se regroupent pour discuter entre eux [...] les soirs, ils s'achètent parfois des sodas et ils en consomment entre eux » (E7 : 2759-2763)

La pathologie psychiatrique impacte de manière considérable l'alimentation des patients.

« Ils ne sont pas prêts psychologiquement à pouvoir travailler ça parce qu'ils ont déjà énormément de choses à gérer » (E1 : 223-224)

« Facteur de maintien pour l'anxiété va favoriser l'alimentation plus saine » (E3 : 1028)

« Dans la dépression, il y a une difficulté à faire des choses [...] l'alimentation, c'est quand même quelque chose qui demande de l'énergie, [...] de l'organisation » (E3 : 1015-1018)

« La pathologie en elle-même est un facteur défavorisant » (E8 : 3199-3200)

« Tant qu'ils sont très en souffrance, très symptomatique, ça a clairement un impact » (E10 : 3724-3725)

Inversement, si une amélioration est observable au niveau de l'alimentation, la santé mentale sera de même améliorée.

« On sait que s'il y a une reprise au niveau de l'alimentation, on sait qu'on commence déjà à être mieux dans la maladie, mieux dans le lien, et ça leur donne des forces donc ça leur permet de sortir du lit aussi » (E5 : 1878-1881)

Des effets du traitement médicamenteux tels que les benzodiazépines sur l'appétit et l'appel au sucre sont observables.

« Il y a le traitement qui peut faire appel au sucre, notamment les benzodiazépines, énormément de patients en ont » (E2 : 694-695)

« Les médicaments, ce sont des facteurs défavorisants car certains donnent envie de manger. A contrario, certains sont anorexigènes mais généralement, chez nos résidents, ils ont un effet hyperphagique » (E8 : 3201-3204)

Concernant le niveau éducatif, un intervenant a mentionné un impact sur l'alimentation des patients dépressifs et anxieux:

« Le niveau d'éducation [...] le fait d'avoir fini ses études secondaires, d'avoir fait des études ensuite » (E7 : 2719-2720)

Certains répondants précisent que certains déterminants alimentaires des patients peuvent être sociétaux comme par exemple la publicité.

« C'est plus sociétal. Les habitudes alimentaires sont érigées par l'éducation que l'on a et aussi par la publicité sucrée, salée qu'on a souvent » (E5 : 1790-1791)

« Il y a un énorme impact économique mais pas que. Aussi, social et culturel » (E10 : 3726 - 3727)

Les réseaux sociaux diffusent des mauvaises informations concernant des régimes restrictifs ce qui provoquent des fausses croyances chez les patients.

« Les fausses croyances [...] vu que ce sont des patients dépressifs qui font une fixette sur leur poids [...] et donc ils trouvent plein de trucs sur les réseaux qui font qu'ils font plein de régimes restrictifs qui sont dangereux pour eux [...]. Souvent, leurs demandes ne sont pas très pertinentes, dans le sens où ils ont été mal informés, ils vont prendre leurs infos sur internet » (E6 : 2301-2308)

Un répondant a expliqué l'impact des migrations sur la modification des habitudes et donc la compensation alimentaire engendrée.

« Le fait de ne pas avoir eu de migrations dans la famille [...], des habitudes alimentaires différentes dans leur pays et ils ne les retrouvent pas forcément et ils compensent avec d'autres aliments » (E7 : 2720-2723)

Ouverture des patients aux méthodes alternatives concernant l'alimentation

▪ Ouverture aux conseils et ateliers nutritionnels

L'étape dans laquelle les patients se trouvent dans leur maladie influence cette ouverture. La pathologie psychiatrique, par les crises associées et les décompensations, engendre une non maîtrise du comportement des patients et une déconcentration face aux conseils et ateliers en rapport avec leur nutrition.

« Pour les patients complètement décompensés, ils ne pourraient pas rester concentrés [...] mais quand ils ont passé leur phase de décompensation, ils pourraient être relativement ouverts » (E2 : 798-801)

« Ils sont ouverts mais à nouveau ça va dépendre de l'étape dans laquelle ils sont. S'il faut d'abord traiter les affects anxieux et dépressifs, il faut d'abord travailler ça. Parce que si cela n'a pas diminué, ils seront incapables de mettre en place des choses » (E3 : 1158-1161)

« Ça dépend où ils en sont dans leur traitement, où ils en sont dans leur maladie et comment on leur ramène » (E6 : 2430-2431)

« Ils sont ouverts [...] ils sont super attentifs, ils sont motivés. Mais malheureusement [...] les patients dépressifs, ils ont une pathologie associée et une fois que la crise survient, une fois que l'anxiété prend le dessus, [...] et qu'ils ne sont plus maîtres de leur comportement, [...], il n'y a plus rien qui compte. Tout ce qu'on a pu leur apprendre, c'est balayé sur le temps de la crise [...] Il faut savoir à quel moment le faire » (E8 : 3250-3259)

Un professionnel a souligné l'influence du médecin sur le patient dans l'apprentissage nutritionnel des patients.

« C'est plus le médecin qui va dire il faut faire ça et ça va fonctionner » (E6 : 2431-2432)

Deux professionnels énoncent que l'ouverture aux conseils dépendra de la diversité des informations données par des recommandations régulières et différentes de celles du psychiatre.

« Ça doit être régulier pour justement aborder des sujets différents » (E6 : 2435)

« La grande partie de nos patients sont dans la demande d'un maximum d'informations [...] différentes de ce que le psychiatre classique offre » (E10 : 3797-3800)

A l'inverse, certains patients n'en voient pas l'intérêt.

« Certains oui. Mais j'avoue que c'est assez rare [...] on a beaucoup de personnes qui sont plutôt des cas sociaux [...] donc la nourriture ils s'en foutent. Donc ils ne sont pas forts preneurs » (E5 : 1964-1968)

Pour finir, il y a une influence du type d'hôpital sur l'ouverture des patients aux médecines alternatives. Les patients se dirigeant vers un hôpital universitaire opterait plus facilement pour une médecine occidentale, à l'inverse des méthodes alternatives.

« Les patients qui viennent dans un service de psychosomatique dans un hôpital universitaire sont par définition assez ouverts à la médecine occidentale et à son approche justement qui ne prend pas en compte un truc un peu alternatif » (E10 : 3700-3703)

▪ **Patients demandeurs d'un suivi alimentaire**

Il y a peu de sollicitation des patients envers les soignants concernant leur alimentation. Pour les patients, le lien entre la nourriture et la santé mentale n'est pas spécialement présent et c'est au fil de la discussion que le sujet comment à émerger.

« C'est vraiment très rare qu'il y ait eu cette demande et les patients ne font pas vraiment le lien entre comment je me nourris et comment je me sens. Je pense que ça c'est pas du tout automatique, [...] c'est plus dans la discussion que ça vient » (E3: 999-1002)

« On est face à des gens qui ont [...] des soucis de dépression, ils ne s'intéressent pas vraiment de savoir si le yaourt qu'ils ont acheté est meilleur parce qu'il est comme ci ou comme ça et ils ne nous demandent même pas. Moi il y a aucun patient qui m'a demandé « tiens X, j'ai envie de perdre du poids, ou j'ai envie de prendre du poids, qu'est-ce que tu me conseillerais ? » jamais honnêtement [...] ils sont très détachés » (E4 : 1411-1418)

« Je n'ai jamais non plus de patients qui se posaient des questions sur son alimentation finalement » (E7 : 2562-2563)

« Franchement l'alimentation, c'est le cadet des soucis » (E8 : 3180)

« Dans mes entretiens, ça ne revient pas, alors que je fais des entretiens très peu dirigés, donc j'ai des sujets de tout et n'importe quoi qui reviennent [...] pour les patients qu'on rencontre, ce n'est pas à l'avant plan » (E10 : 3709-3712)

A l'inverse, des patients sont dans le questionnement et la demande face à leur alimentation mais c'est dépendant du type de patient ainsi que la sensibilisation du médecin à l'alimentation.

« Je fais régulièrement des ateliers avec eux [...] ils viennent me voir, ils me posent des questions [...] oui ils sont en demande » (E9 : 3380-3382)

« Il y en a même qui demandent des consultations en ambulatoire par la suite mais ça dépend vraiment des patients. Et plus le médecin sera sensibilisé à l'alimentation, plus ce sera une influence » (E6 : 2350-2353)

2. Positionnement du soignant face à la prévention diétético-alimentaire des patients

Connaissances des soignants concernant le lien entre l'alimentation et la santé mentale

De manière générale, les connaissances des soignants sont très pauvres, basiques et fondées sur l'intuition personnelle.

« C'est plus une intuition personnelle qu'une connaissance réellement scientifique. [...] Une personne qui se voit bien s'alimenter, va être contente de ce qu'elle fait donc ça va renforcer l'estime de soi. Indépendamment de cela, je n'ai aucune idée de l'apport nutritif et de l'effet sur l'humeur » (E3 : 1052-1056)

« Les connaissances de base » (E5 : 1867)

« Je n'ai pas beaucoup de connaissances à ce niveau-là » (E7 : 2541)

Inversement, certains soignants ont un intérêt marqué pour cette thématique, ils s'informent donc de manière personnelle, au vu du manque de formation à ce sujet durant les études supérieures. Le peu de formation engendre des connaissances très théoriques pour certains.

« Au niveau des formations, on n'a rien qui nous apprend ça concrètement. On le sait en se renseignant nous-mêmes » (E2 : 730-732)

« C'est un point qui m'intéresse fortement donc de moi-même toute seule je me renseigne beaucoup [...] Au niveau de mes connaissances, [...] c'est énormément théorique par rapport

à mes formations. En bachelier, on ne m'a pas appris grand-chose sur lien entre diététique et pathologie mentale donc j'ai dû me faire mes connaissances par moi-même » (E8 : 2906-2913)
« On en parle plus théorique. J'avais un moment été intéressé de faire une thèse sur le lien entre la dépression et certaines bactéries du microbiote » (E10 : 3560-3561)

Certains professionnels ont relevé, dans leurs connaissances, des éléments plus scientifiques au niveau du microbiote et au niveau du cerveau.

« Je suis sûre qu'au niveau du cerveau, je sais que ça le fait, mais j'ai plus les noms en tête mais je sais qu'il y a des choses qui fonctionnent qui fait que ça active certaines choses » (E1 : 346-348)

« Il y a d'office des vitamines et des minéraux qui jouent là-dessus » (E6 : 2222-2223)

« Il y a le point microbiologique où on sait qu'il y a un impact du microbiote sur les états dépressifs » (E7 : 2542-2543)

Le système de compensation par la nourriture engendrée par le trouble mental fait partie des connaissances énoncées à plusieurs reprises par différents professionnels.

« Qu'ils compensent leur assuétude avec la nourriture » (E2 : 736)

« Compenser des états de détresse en mangeant parce que ça nous apporte du plaisir. [...] il y a les hormones du plaisir qui s'activent » (E4 : 1447-1449)

« Compenser par l'alimentation. L'alimentation qui a un rôle un peu de combler la tristesse » (E7 : 2552-2553)

Rôle du soignant dans l'alimentation des patients

Les soignants pensent pouvoir jouer un rôle dans la prise en charge alimentaire des patients dépressifs et anxieux.

« Sur le papier, oui. Après, moi je t'avoue que j'aime pas du tout et je ne travaille pas du tout avec des conseils [...] les recommandations éventuellement. On va essayer de partir de là où en est le patient [...], comment il évolue et voir avec lui, vers où il veut aller ? [...] ce qu'on peut faire c'est de l'éducation » (E1 : 434-442)

« C'est pas parce que je suis infirmière que je vais faire que les médicaments et les injections et m'arrêter là, je peux faire d'autres activités » (E2 : 781-783)

« Ce n'est pas dans mes responsabilités mais ça pourrait le devenir et je trouverais ça intéressant que ça le devienne » (E10 : 3774-3775)

Un professionnel a soulevé la formation nutritionnelle comme un élément défavorisant le rôle du soignant dans l'alimentation des patients.

« Je pense que je devrais pouvoir avoir une responsabilité là-dedans à partir du moment où je suis convaincue que bien manger, c'est important pour la santé [...] je ne suis pas formée pour » (E3 : 1086-1088)

« Si la personne a vraiment un changement d'habitudes alimentaires précis, je renvoie vers un nutritionniste [...] Dans les troubles dépressifs et anxieux, on n'est pas spécialement formé à cette question-là mais je pense qu'on pourrait en avoir un, en tout cas, dans la question de changements d'habitudes, les psychologues ont un rôle. Mais pour guider qu'est-ce qu'il faut manger, à quel moment de la journée, [...] là on est absolument incompetent » (E3 : 1097-1116)

De ce fait, certains professionnels considèrent qu'ils pourraient endosser un rôle dans l'alimentation des patients mais par manque de connaissances à ce sujet, cela s'effectuerait par des règles et conseils nutritionnels de base.

« J'ai pas la formation comme une nutritionniste [...] mais les règles de base, je peux être dans l'accompagnement pour ça » (E2 : 771-773)

« Je pense que oui, ça peut se travailler. Après, les conseils de base nutritionnels, je les connais » (E3 : 1093-1094)

« Indirectement oui, en tant qu'infirmière, cela fait partie d'une sphère importante, mais cela ne va pas être quelque chose de spécifique. Cette prise en charge-là, que la personne soit dépressive ou schizophrène, j'aurai le même discours » (E1 : 458-460)

Les professionnels ne sont pas contre l'idée de se voir attribuer un rôle dans la prise en charge alimentaire des patients mais craignent avoir un rôle trop autoritaire à ce niveau-là.

« On sait jamais trop comment se positionner, l'équipe nursing, est-ce qu'on laisse faire le patient, alors sous quel débordement, [...] est-ce qu'on intervient mais est-ce que c'est pas trop militaire de notre part » (E2 : 761-763)

« J'ai l'impression que je jouerais un peu le gendarme » (E7 : 2781-2782)

Deux soignants trouvent de l'intérêt à endosser des responsabilités dans ce domaine mais ils ont d'autres priorités dans leurs soins avant la dimension alimentaire.

« Vu mon circuit professionnel en ce moment, ce ne sont pas du tout mes priorités parce que j'ai énormément de choses sur le feu mais moi je trouve que ça pourrait être intéressant [...] ça apporterait une autre asphère, et une autre façon de travailler » (E1 : 470-472)

« Ça pourrait être quelque chose de très intéressant mais pour moi, ce n'est pas la priorité dans les soins que j'aimerais prodiguer » (E5 : 1940-1941)

« Il y a toujours la difficulté [...] de prioriser les choses [...] l'alimentation arrive un peu plus bas » (E7 : 2775-2780)

La délimitation du travail par fonction est une composante influençant la responsabilisation des soignants sur l'alimentation des patients.

« Dans le service, il y a pas vraiment de dissociation entre les fonctions [...] tout le monde fait un peu toute sorte d'activité » (E2 : 776-778)

« Mais pour guider qu'est-ce qu'il faut manger, à quel moment de la journée, [...] là on est absolument incompetent et c'est tant mieux parce que, à un moment, chacun sa place aussi » (E3 : 1114-1116)

« On va pas commencer de savoir si le yaourt qu'il a acheté est bon pour sa santé [...] ce n'est pas vraiment notre travail » (E4 : 1409-1411)

« Au niveau de la psychiatrie générale, non. Au niveau des patients de troubles alimentaires, oui » (E4 : 1463-1464)

« Je pense que l'institution n'a pas tellement envie que tout le monde se mêle de tout, c'est très fort organisé par fonctions, et vu que c'est pas dans mes fonctions » (E10 : 3778-3781)

L'emploi du temps peut être un frein au développement du rôle du soignant.

« J'aimerais bien que ce soit plus intégré et c'est vrai que si on accordait une plage horaire disons pour pouvoir travailler sur ça avec les patients je pense que j'aimerais bien oui » (E7 : 2601-2603)

« J'aimerais bien pouvoir aider à ce niveau-là mais après il y a toujours la difficulté de gérer son horaire de manière optimale » (E7 : 2774-2775)

L'implication du soignant est liée à l'engagement des patients dans la prise en charge de leur alimentation.

« Je pense que je pourrais avoir un rôle à partir du moment où c'est une demande [...] de la part des patients » (E4 : 1468-1471)

« Je me sens capable de répondre si le patient a des questions au niveau nutritionnel [...] mais le patient ne reçoit pas » (E2 : 787-788)

« On a peu de pouvoir. Ils peuvent prendre nos conseils mais on ne peut pas les obliger [...] les patients sont libres. Maintenant, il y aurait un risque médical, alors on pourrait avoir un peu plus de force mais c'est très très rare » (E5 : 1931-1937)

« Avec ce genre de discours par rapport à l'alimentation, s'il y a juste un professionnel qui le tient, ça a très peu d'impact. Pour moi et dans ma position, je serai plus partant à ce que ce soit plus avoir un discours cohérent avec les patients » (E10 : 3761-3764)

Importance portée par les soignants à la nutrition

Pour deux intervenants, la dimension alimentaire est un élément crucial et essentiel à prendre en considération.

« Presqu'une des priorités parce que c'est un facteur qui nous permet de voir si la personne redevient comme elle était » (E5 : 1885-1886)

« C'est indispensable pour moi » (E8 : 2941)

« Je pense que c'est vraiment le cadet des soucis de tout le monde. Il y a que moi que ça importe » (E8 : 3184)

Mais par contre, lors du début de la prise en charge, la santé mentale reste tout de même la priorité, avant la dimension alimentaire.

« Notre but, c'est la santé mentale avant tout donc on va dire que la nutrition est un point important mais n'est pas le point le plus important quand ils viennent dans les premiers jours » (E5 : 1921-1925)

« Un stade de la prise en charge, au début, c'est compliqué [...] sauf si tu me dis que des vitamines ont un impact sur l'humeur, du coup, dès le début, je vais dire, est-ce que vous pourriez manger une mandarine par jour par exemple [...] mais vraiment s'il faut changer des habitudes alimentaires, c'est impossible dès le début d'une prise en charge » (E3 : 1060-1066)

« Chez eux, la problématique, ce n'est pas l'alimentaire quoi » (E4 : 1490)

La prise en charge alimentaire est intéressante à prendre en compte mais la réalité de terrain freine l'application de cette dernière.

« C'est super en théorie de le faire mais en pratique, concrètement, est-ce que ça changera quelque chose ? » (E2 : 747-748)

« Il faut un peu bafouer ce que l'on nous a appris en bachelier parce que c'est beaucoup de théories, de règles et quand il y a la pathologie mentale qui entre en compte, les règles, elles ne sont plus applicables » (E8 : 2914-2916)

Deux professionnels soulignent l'importance de se tourner vers une prise en charge globale du patient et moins vers des soins médicaux pragmatiques.

« On a une approche purement médicale finalement. S'il y a trop de cholestérol, on fait attention, et s'il n'a pas trop de cholestérol, on ne fait rien. C'est très pragmatique et ça l'est beaucoup trop au vu des avancées des recherches dans ce domaine-là » (E7 : 2834-2837)

« Je suis très branché sur tout ce qui est psychothérapie institutionnelle, [...] l'institution parfaite elle est très différente de l'hôpital actuel » (E10 : 3571-3574)

« C'est un peu le grand fantasme de la prise en charge globale » (E10 : 3760-3761)

Multidisciplinarité des soignants autour de la prise en charge alimentaire des patients

La prise en charge des patients comporte une bonne multidisciplinarité caractérisée par une redirection des patients vers d'autres soignants, de l'entraide et une concertation entre professionnels.

« Il est arrivé une fois qu'une dame vienne chez une nutritionniste parce que problème de poids [...] Et la nutritionniste l'avait renvoyée vers moi, pour gérer son estime, son image corporelle et des choses comme ça » (E3 : 961-964)

« On a notre chef d'équipe qui demande qu'on s'adapte au mieux à chaque situation donc ça c'est le travail, on se met à jour quand on est interpellé par quelque chose, on en parle » (E6 : 2275-2277)

« Il y a eu toute une formation sur les cuisiniers [...] j'ai déjà été quelques fois avec eux faire les courses pour leur apprendre à lire les étiquettes » (E8 : 3004-3008)

« Il y a une multi et pluridisciplinarité qui est mise en place » (E9 : 3454-3455)

Un professionnel mentionne tout de même un manque de cohérence d'équipe entre les soignants, ce qui joue en défaveur de la prise en charge individuelle des patients.

« Au niveau de la cohérence d'équipe, [...] d'un jour à l'autre, ce n'est pas le même cuisinier. Il y a un turnover au niveau de l'équipe parce qu'il y a des nuits et tout [...] pour qu'il y ait une vraie cohérence [...] ce n'est pas assez rodé, que pour pouvoir faire de l'individuel » (E8 : 3092-3096)

3. Positionnement de l'institution face à la prévention diétético-alimentaire des patients

Suivi alimentaire des patients

▪ Considération de l'alimentation des patients

Beaucoup de professionnels ont répondu qu'il y a une faible prise en compte du sujet de l'alimentation des patients au sein de l'institution.

« Autant dire que je n'ai même pas souvenir qu'on ait abordé l'idée de l'aborder un jour [...] ce n'est pas une problématique qui est travaillée au jour d'aujourd'hui » (E1 : 415-417)

« Depuis 1 an et demi où je travaille là, je n'en ai jamais entendu parler une seule fois » (E2 : 727)

« Le département psychiatrie de X s'en fiche un peu de l'alimentation » (E7 : 2591-2592)

« Je ne pense pas qu'ils n'ont pas envie. Je pense que la diététique, c'est quand même une discipline assez oubliée, [...] je ne pense pas qu'ils aient pensé à cette question-là de l'alimentation » (E8 : 2948-2951)

« A l'hôpital, on n'en parle quasi pas, je pense qu'il y a une certaine honte et gêne du fait qu'on fait un peu n'importe quoi car on donne des repas hospitaliers à nos patients qui sont de très mauvaise qualité » (E10 : 3556-3558)

Plusieurs professionnels mentionnent le manque de suivi nutritionnel des patients.

« La diététicienne qui vient donner des conseils, nous on vient, on l'aide [...] mais une prise en charge par rapport à l'alimentaire, [...] non » (E1 : 425-426)

« Je ne leur demande pas ce qu'ils mangent au premier entretien » (E3 : 986-987)

« Il n'y a pas de suivi nutritionnel de base, non » (E7 : 2608)

« Ils prenaient les poids mais ils n'en faisaient rien en fait » (E8 : 2968-2969)

« Il y a pas du tout de canevas. Moi je suis arrivée et c'était un néant au niveau nutritionnel » (E8 : 3080-3081)

« Je n'ai pas de canevas tout fait donc ça dépendra vraiment de ce que le patient amène » (E10 : 3653-3654)

De plus, certains professionnels soulèvent qu'une prise en charge nutritionnelle plus élaborée n'est appliquée que lorsqu'il y a des difficultés tels qu'une prise ou une perte de poids, une modification d'appétit ou lorsqu'il y a des demandes de la part des patients.

« C'est si on voit qu'il y a une grosse prise, si on voit vraiment que le patient finit par ne pas manger ses repas principaux mais va s'acheter des trucs en bas, là on va réagir, mais ce n'est pas systématique. Si le patient va bien, si les prises de sang sont bonnes, s'il n'y a pas de trop grosse prise de poids, on va strictement rien faire » (E1 : 106-109)

« Ce n'est pas du tout automatique [...] Ici c'est vraiment en fonction de la demande » (E3 : 969-971)

« On ne passe pas systématiquement auprès de tous les patients [...] on a juste une alerte » (E6 : 2120-2122)

« L'équipe nursing voit que c'est difficile, que ce soit juste pour des préférences alimentaires ou parce que l'on voit qu'il y a une anorexie mentale [...] Il y a des gens dans l'hôpital qui ont une formation [...] et qui sont appelés dès qu'il le faut » (E10 : 3644-3647)

A l'inverse, un répondant a indiqué la volonté de la direction d'améliorer la prise en charge nutritionnelle des patients.

« Mon poste a été créé il y a 3 ans et demi [...] c'est vraiment une volonté de la direction de se s'occuper de l'alimentation des patients » (E9 : 3305-3310)

Une approche médicale existe et une analyse sanguine est réalisée afin d'observer les différentes carences.

« La prise de sang [...] comme on hospitalise les patients en psychiatrie [...] on prend en charge le côté physique, à voir s'il n'y a pas de gros problèmes. Dans la prise de sang, on voit parfois des carences en vitamines, [...] on supplémente mais on ne va pas chercher très loin [...] On n'évalue jamais comment mange le patient [...] Ce n'est pas une évaluation poussée » (E7 : 2699-2705)

« Il y a une prise de sang à l'entrée avec dépistage de la dénutrition, de l'hypercholestérolémie, d'un diabète. On travaille beaucoup avec le généraliste [...] on évalue le syndrome métabolique, la dénutrition, de base pour les entrants » (E9 : 3355-3359)

« Tous les patients qui rentrent dans les 24 à 48 heures ont une prise de sang, dedans il y a un bilan ionique, c'est la bio de base avec la fonction rénale, hépatique. Certaines vitamines mais quasi pas [...], on fait les lipides [...] En tout cas, quand c'est quelqu'un qui a une anorexie, une grosse perte de poids, évidemment on le coche [...] on a les résultats [...] s'ils sont mauvais, c'est repris avec le médecin généraliste » (E10 : 3668-3677)

Une analyse des habitudes alimentaires lors de l'anamnèse est réalisée dans certaines institutions.

« Quand ils arrivent, on fait une anamnèse pour voir un peu comment ça se passe » (E6 : 2329-2330)

« Quand ils arrivent, la première chose, c'est quand même l'alcool donc généralement, ils ne mangent plus trop à cause de l'alcool ou très mal. J'ai tendance à dire 'est-ce que l'appétit augmente, est-ce que le goût revient ?' » (E7 : 2610-2612)

Au contraire, deux institutions ne prennent pas en compte l'alimentation lors de l'anamnèse.

« Au niveau anamnèse [...] tout ce canevas protocolaire qu'on voit à l'école, il ne se retrouve pas au niveau de mon boulot, c'est un peu général » (E8 : 3081-3083)

« Je n'évalue pas [...] à l'entrée pour la simple [...] raison qu'ils vont rentrer dans le cycle [...] d'hospitalisation, donc ce sont des habitudes qui vont complètement changer » (E9 : 3343-3345)

Dans deux institutions, un bilan à la fin du séjour est organisé et des conseils sont donnés pour le retour à domicile des patients.

« Pour le retour à domicile, on leur donne des conseils par rapport à tout ce qu'on a observé » (E6 : 2330-2331)

« On a des assistantes sociales qui essayent de faire au mieux pour arranger la situation de la personne et il peut y avoir une proposition de repas livrés » (E6 : 2317-2319)

« On fait un bon bilan avant le retour à la maison mais pour garder les bonnes habitudes prises pendant l'hospitalisation tout simplement [...] on voit l'évolution de leur alimentation pendant l'hospitalisation et une fois que la sortie approche, on envisage comment le travailler. Ils ont toute une partie de travail avec les ergo où il y a les techniques culinaires, il y a le comment

faire les courses, il y a le budget à respecter, [...] le rangement à la maison et l'alimentation »
(E9 : 3345-3352)

A l'inverse, un intervenant mentionne qu'il n'y a aucun suivi pour le retour à domicile des patients.

« Même pour le retour à domicile ? [...] Rien du tout » (E1 : 111-112)

Dans certaines institutions, on peut voir une surveillance des comportements alimentaires par le biais de l'observation quotidienne.

« On fait le menu avec eux [...] on ne va pas forcément mettre en place quelque chose de spécifique au départ [...] mais on aura [...] tendance à surveiller aussi les comportements alimentaires » (E1 : 87-91)

« On s'en rend plus compte dans la vie de tous les jours en observant » (E2 : 568-570)

La prise en charge se fait autour de la discussion et de l'aide à la compréhension des différents problèmes des patients.

« On va vraiment être dans la discussion, dans les encouragements, dans le renforcement positif » (E1 : 326-327)

« C'est plus dans la discussion du quotidien de voir ce qu'on peut mettre en place. Quand on est dans de la dépression [...] on va utiliser l'activation comportementale, c'est l'idée de progressivement refaire des choses en partant par des petites choses » (E3 : 918-921)

« Si la personne est anxieuse à propos de ce qu'elle mange, alors on va travailler ça [...] c'est plus autour de la discussion » (E3 : 930-932)

« Je vais les voir, je papote avec eux [...] avec chaque entrant » (E9 : 3362)

Une surveillance précise du poids des repas des patients est réalisée dans certaines institutions.

« Tout est pesé » (E1 : 165)

« Tout est compté » (E2 : 538)

« Tout est rythmé selon les troubles alimentaires. Il y a des repas imposés » (E4 : 1508)

La moitié des soignants mettent en place dans leur prise en charge nutritionnelle des ateliers en rapport avec l'alimentation afin d'améliorer l'éducation à la santé des patients.

« On fait des groupes achats [...] on essaye [...] de faire une éducation à la santé là-dessus, en gérant un peu le budget et visant les aliments les plus sains [...] et les groupes cuisine (E2 : 628-633)

« La référente éducatrice qui a une cuisine et elle fait énormément d'éducation à la santé par rapport aux habitudes alimentaires. Elle essaye de leur apprendre à manger des choses saines. Elle fait des activités comme revoir sa pyramide alimentaire, comment réaliser des collations moins caloriques » (E2 : 616-619)

« Il y a un atelier cuisine qui est accessible pour les patients. La proposition se fait et les patients peuvent s'inscrire » (E4 : 1356-1357)

« Dans l'hygiène de vie, le groupe qu'on donne en tant qu'infirmier aux patients dans le groupe anxio-dépression, on a [...] les mimes, les dessins et les questions de culture générale sur l'alimentation aussi » (E5 : 1898-1901)

« On a une diététicienne qui donne des ateliers et qui peut passer à la demande du patient » (E7 : 2577-2578)

« Ils étaient tous en surpoids [...] c'est passé d'abord par une éducation alimentaire [...] c'est tout un projet santé avec plein d'éducateurs, on leur a fait des ateliers et ils ont finalement bien compris » (E8 : 2933-2939)

Un enrichissement par des compléments alimentaires est appliqué lors de certaines prises en charge.

« Ils peuvent avoir des compléments alimentaires, des nutridrincks, des repas hyper protéinés, il y en a qui mangent des lipoprotéines [...] mais est-ce qu'ils le respectent, ça c'est autre chose » (E5 : 1823-1825)

« Quand il y a des problèmes au niveau des ingestats, ou qu'ils ne mangent pas assez, alors on peut passer à l'enrichissement ou à la mise en place de compléments alimentaires » (E6 : 2231-2236)

- **Notion de qualité des aliments**

Plusieurs institutions ne prennent pas en compte la qualité des repas dans leur prise en charge.

« Aucune notion de qualité » (E1 : 332)

« Vous ne regardez pas ce que les patients mangent du point de vue de la qualité ? Non. Ça non » (E4 : 1277-1279)

« Je ne pense pas que ce soit beaucoup travaillé chez nous » (E10 : 3690)

« Donc c'est plus par rapport à l'appétit mais moins par rapport à la qualité des aliments ? Oui » (E7 : 2616-2618)

La qualité des aliments est, selon un intervenant, garantie dans les repas délivrés dans l'institution.

« On y fait attention quand on fait l'anamnèse du domicile mais à l'hôpital [...] on sait que la qualité y est » (E6 : 2451-2454)

▪ **Importance de la surveillance du poids des patients dans l'institution**

Lorsqu'une modification du poids est observée, le patient est surveillé de la manière suivante : surveillance de la prise de poids, prise de la tension, échelle MUST, BMI et évaluation de l'appétit.

« Si c'est un transfert d'un service [...] et que dans ce service-là, ils se sont déjà rendu compte qu'il y avait un souci alimentaire ou une grosse prise de poids, alors ils nous le font à la passation quand le patient est transféré » (E2 : 592-595)

« Si jamais on a une suspicion d'une perte de poids ou de prise de poids trop importante, on avait une patiente comme ça [...] donc à ce moment-là, on a pris la tension aussi, on la pesait plus régulièrement » (E4 : 1271-1275)

« Si nous constatons une baisse de poids [...] suite à une difficulté de manger, de boire, de ne plus avoir l'envie du tout, le goût à rien alors nous mettons en place des compléments alimentaires et ça, on suit vraiment le poids [...] l'échelle MUST qu'on met en place où là on a le poids, s'il y a une perte de poids récente ou pas avec la taille et alors là, on fait le BMI, et alors par rapport au BMI, on voit s'il reste dans les normes ou s'il se dégrade » (E5 : 1654-1660)

« Dans le bilan, ils posent la question de s'il y a une perte d'appétit, une perte de poids et ils calculent le BMI. Et s'il y a un de ces 3 facteurs-là, [...] on a une alerte et on va voir le patient » (E6 : 2122-2125)

« Nous en tant que médecin, le côté médical de la psychiatrie, c'est clairement quelque chose qu'on questionne tout le temps [...] c'est est-ce que le poids va varier [...] on sait que c'est un indice de gravité et c'est parfois un facteur d'hospitalisation » (E10 : 3609-3612)

De plus, le patient est questionné lorsqu'une altération du poids est observée.

« Si on voit qu'il y a une grosse prise de poids et une prise de sang très mauvaise, on va questionner, on va essayer de comprendre » (E1 : 194-195)

« On les voit quand même assez souvent quand on se rend compte qu'il y a une prise de poids » (E2 : 660-661)

« Si [...] on va voir qu'il y a eu une perte ou une augmentation rapide du poids, effectivement, on va creuser la question avec le patient » (E10 : 3655-3657)

Deux professionnels soulignent la mise en place d'un régime pour leurs patients.

« On rencontre de plus en plus de patients qui prennent de plus en plus de poids, et ils ont donc des problèmes d'articulations, aux niveaux des genoux, de plus en plus doivent mettre une CPAP et qui font des apnées du sommeil [...] On essaye de mettre en place, avec le référent, un régime » (E2 : 577-581)

« Depuis que je suis là, ils ont tous perdu entre 5 et 8kg et ils étaient tous en surpoids » (E8 : 2933-2934)

L'institution focalise son intérêt notamment sur le poids des patients car les patients donnent de l'importance à ce dernier.

« En fonction de la prise de poids en fonction de leur physique mais ils ne vont pas se soucier de leur état de santé » (E2 : 667-668)

« Ils ont aucun rythme alimentaire [...] c'est désorganisé d'une manière ou d'une autre [...] ce sont des patients dépressifs qui font une fixette sur leur poids, ils se trouvent trop gros » (E6 : 2298-2303)

« Les résidents, ils sont un peu ambivalents parce que parfois ils demandent à moins manger, à maigrir et en fait, ils ont toujours le pathologique qui revient à la charge et qui leur demande de se remplir » (E8 : 3180-3183)

▪ Notion de préférences alimentaires des patients

La plupart des services et institutions psychiatriques adaptent les repas en fonction des préférences des patients afin de stimuler la prise alimentaire.

« On voit avec le patient ses habitudes à la maison, quitte à mettre des choses en plus » (E1 : 149-150)

« On a un carnet, là où on note quand on trouve qu'il y a des choses pas très correctes dans les repas » (E2 : 675-676)

« Tenir en compte que le patient ne veut pas manger de viande et donc on ne lui met pas de viande » (E4 : 1317-1318)

« Adapter au mieux leur fiche de goût pour que les repas leur plaisent. Si les repas ne leur plaisent pas, ça ne stimule pas beaucoup la prise alimentaire » (E6 : 2401-2402)

« Ils ont droit à demander pas de pommes de terre, ou plus de ceci » (E10 : 3718-3719)

Pour les autres services et institutions psychiatriques, l'adaptation des repas en fonction des préférences des patients est moins présente afin d'éviter les troubles de comportements alimentaires et les caprices. De plus, un service comprenant des patients atteints de troubles alimentaires a une influence sur l'adaptation des repas.

« Étant donné que c'est surtout axé troubles alimentaires, c'est beaucoup plus strict, ils ont moins de possibilités » (E4 : 1392-1393)

« Si c'est juste, je n'aime pas, on ne part pas là-dedans car on sait bien, ils sont capricieux [...] donc les préférences, on évite de trop partir là-dedans sinon ça devient trop compliqué, on ouvre la porte aux troubles de comportements alimentaires, on ouvre la porte aux caprices » (E8 : 3141-3146)

« Pour certains patients, on a des éléments spécifiques mais de nouveau, c'est très médical, si le patient a du diabète ou obèse, on modifie mais on n'a pas d'autres demandes. Un patient qui voudrait plus sain, ça par exemple, on n'a pas. On pourrait mais il n'y a personne qui demande » (E7 : 2712-2715)

▪ Place du diététicien

L'attention du diététicien est centrée sur des troubles alimentaires pour deux intervenants.

« Notre diététicienne ne s'occupe que des troubles alimentaires » (E1 : 148)

« Le diététicien [...] travaille surtout le trouble alimentaire » (E4 : 1307-1310)

Pour d'autres, les diététiciens vont avoir une place plus centrale dans l'alimentation des patients dépressifs et anxieux.

« Il y a 2 diététiciennes qui travaillent chez nous qui ont pour but de faire des repas ordinaires pour tous les patients qui rentrent dans les normes nutritionnelles » (E5 : 1653-1654)

« On a une diététicienne qui passe pour apprendre à manger en pleine conscience » (E7 : 2564-2565)

Les diététiciens vont répondre aux demandes et aux questions spécifiques. De manière non systématique, ils vont donc être présents pour conseiller les patients sur leur alimentation.

« Si on lui demande, elle va nous éclairer pour donner des conseils mais pas systématiquement et elle va nous donner des conseils en tant que personne qui va avoir faim et pas en tant que personne souffrant de dépression » (E1 : 427-430)

« On a juste une diététicienne à disposition si la personne a des questions ou a un régime adapté par rapport à ces demandes aussi » (E5 : 1863-1864)

Pour les professionnels qui n'ont pas encore de diététiciens dans leur service, un répondant trouverait cela intéressant d'en intégrer un.

« Moi je trouverais ça vraiment chouette, car c'est quand même une grosse problématique » (E2 : 646-649)

Au contraire, pour d'autres, les diététiciens n'apporteraient pas de plus-value car la thérapie doit s'effectuer en permettant une compréhension plus profonde du comportement alimentaire.

« Pour moi, ça rejoint justement le 'pas de conseils', car pour moi, il ne faudrait pas de diététiciennes en fait [...] Je verrai plus le travail avec un psychiatre, éventuellement un psychologue [...] des personnes qui n'ont rien avoir avec ça mais qui pourraient travailler pour comprendre pourquoi il y a ce comportement alimentaire [...] Le diététicien il pourrait être là en tant que consultant » (E1 : 477-485)

« Moi je pense [...] que ça ne serait pas une plus-value en tout cas, cela nous mettrait plus en difficulté qu'autre chose » (E4 : 1333-1334)

▪ Impact de la Covid sur le suivi alimentaire des patients

La Covid a eu un effet sur le rassemblement des patients lors des repas. En effet, les patients ont été contraints de manger de manière isolée ou en gardant des distances.

« Avec le Covid, la moitié des patients mangent en chambre » (E1 : 185-186)

« Avant, et ça c'est depuis le Covid, avant ils mangeaient tous ensemble » (E6 : 2152-2153)

« Il y a une cafétéria en bas, mais tout ça a été fort touché par le Covid [...] les patients pouvaient aller mais [...] avec le Covid, plus du tout [...] Ils avaient un réfectoire [...] ceux qui

étaient avec les bons papiers du Covid pouvaient manger en réfectoire par moments, quand c'était plus calme mais ils devaient manger loin l'un de l'autre » (E10 : 3742-3752)

Des démarches et des ateliers en rapport avec l'alimentation ont été arrêtés à cause de la Covid.

« Avec le Covid, on a été stoppé dans une démarche de vouloir recréer le groupe anxio-dépression avec justement une partie au niveau de l'alimentation » (E5 : 1912-1914)

« L'atelier cuisine qui a été supprimé à cause du Covid » (E7 : 2752-2753)

4. Éléments favorisant et défavorisant la prévention diétético-alimentaire des patients au sein de l'institution

Éléments favorisant la prise en charge alimentaire des patients au sein de l'institution

Le médecin a un impact, par sa sensibilisation à la nutrition, sur les actes des patients.

« Quand il y a une demande de la direction pour n'importe quel sujet, c'est que la demande vient du médecin de base donc si le médecin n'introduit pas une demande [...] il n'y en aura pas » (E6 : 2263-2266)

« Le fait aussi que le médecin et l'équipe soit sensibilisé » (E6 : 2391-2392)

« Les patients écoutent le médecin [...] chez nous, on a un médecin [...] appelle quand il estime que c'est nécessaire » (E6 : 2358-2363)

Le contexte institutionnel permet une stimulation de bons comportements ainsi qu'un rythme alimentaire grâce au cadre donné. En effet, les patients n'ont pas toujours le choix de sélectionner leurs aliments. Le suivi effectué permet une déconnexion complète pour le patient.

« On a la possibilité de leur donner des collations [...] s'il le fait avec nous, on peut gérer cette prise alimentaire » (E1 : 275-277)

« Le fait qu'ils soient encadrés dans l'institution [...] qu'ils soient accompagnés par l'équipe » (E2 : 709-712)

« Dans l'institutionnel, ils n'ont pas d'impact sur ce qu'ils mangent alors que là ils sont dans de l'ambulatoire donc ils peuvent rentrer chez eux et dire voilà aujourd'hui j'achète ça » (E3 : 1176-1178)

« Avec les patients dépressifs, à l'hôpital, ils mangent super bien parce qu'ils sont dans un contexte propice à la stimulation de l'appétit » (E6 : 2195-2197)

« J'ai des patients [...] ils pensent que magiquement, leur problème va se résoudre en étant dans l'enceinte de l'unité » (E7 : 2807-2809)

« La formation que tous nos éducateurs ont eu, nos infirmiers, nos cuisiniers, ils sont [...] cadrants [...] ils ont besoin de ça, d'un cadre, de quelque chose de très structuré » (E8 : 3218-3221)

« Déconnexion complète. Chez nous, ce n'est que de l'hospitalisation volontaire [...] il y a une démarche de leur part » (E9 : 3430-3433)

Les services de psychiatrie dans lesquels se trouvent des personnes atteintes de troubles alimentaires et des personnes dépressives et anxieuses ont un règlement spécifique mis en place suite aux comportements alimentaires des patients. Les patients vont donc avoir un cadre dans lequel ils peuvent consommer de la nourriture.

« A cause des TCA, on a des interdictions de se promener avec de la nourriture, de consommer de la nourriture dans les couloirs [...], de consommer de la nourriture hors de ce qu'on leur donne dans les salles à manger, etc » (E1 : 258-261)

« Tout est rythmé selon les troubles alimentaires. Il y a des repas imposés [...] Ils ne peuvent pas avoir de nourriture en chambre » (E4 : 1508-1509)

Du point de vue économique, s'il n'y avait pas de subsidés, pour une répondante diététicienne, sa présence dans l'institution n'aurait pas été possible.

« Les patients de psychiatrie générale et d'addictologie profitent qu'on ait une défense sociale parce que sans ça, je n'y serais pas. Il y a des subsidés qui entrent en compte » (E9 : 3441-3442)

Éléments défavorisant la prise en charge alimentaire des patients au sein de l'institution au niveau organisationnel et structurel

Le système d'accréditation va évaluer la conformité de l'institution sur base de plusieurs critères. Lorsque le critère de l'alimentation n'est pas sélectionné par l'institution pour améliorer ses compétences, cela a un réel impact sur la prise en charge nutritionnelle car moins d'efforts seront réalisés dans ce domaine.

« Le CHU de Godinne [...] ils passent l'accréditation Canada international, c'est une sorte de grand test où il y a des inspecteurs qui viennent voir comment on travaille [...] et ils ont décidé 5 grandes valeurs qui reflètent un peu la philosophie de l'institution [...] l'alimentation n'a pas du tout été abordée » (E10 : 3582-3587)

Par contre, dans une autre institution, le système d'accréditation est bénéfique pour le suivi du poids des patients.

« La prise de poids et la taille ont été instaurés car on va rentrer dans l'accréditation Canadienne et on doit rentrer dans certains critères [...] l'échelle MUST rentre dans ces critères-là [...] ce qui permet de remplir les critères pour avoir de l'argent » (E5 : 2046-2050)

Nous pouvons donc observer que le financement a une influence sur le suivi des patients. De plus, on peut observer que la prise en charge par l'alimentation a un coût et le budget des institutions est parfois limité.

« On est très limité, on a un budget aussi très serré » (E6 : 2376)

« On est dans une institution partiellement subventionnée par l'AVIQ, donc il y a beaucoup d'injustices au niveau des subventions de l'AVIQ donc on n'a pas beaucoup d'argent [...] Les magasins font des dons avec ce qui est bientôt périmé [...] on doit travailler à la va-vite, créer les menus en fonction des dons que l'on a [...] au niveau qualité alimentaire, je dois me dépatouiller avec ce que j'ai » (E8 : 3111-3119)

« Ça a un coût énorme l'alimentation en hôpital » (E10 : 3589)

La grande majorité des professionnels a accentué l'effet défavorisant d'un magasin et de distributeurs à proximité de l'institution psychiatrique sur les bons comportements alimentaires des patients tels que :

« En bas, il y [...] un tout petit magasin [...] c'est biscuits, chocolats, barres chocolatées, chips. Et il y a deux machines à soda et deux machines à café » (E1 : 279-281)

« On a un petit magasin sur le site [...] ils craquent totalement » (E2 : 547-549)

« Dans le service, il y a un distributeur où il n'y a pas d'eau, ce n'est que du coca et des sodas » (E2 : 550-551)

« Il y a des distributeurs de boissons et alors de biscuits » (E4 : 1434-1435)

« Oui il y a une cafétéria. Il y a de tout [...] mais ça on ne suit pas sincèrement de combien est-ce qu'ils prennent » (E5 : 1837-1838)

« Il y a des distributeurs avec des collations » (E6 : 2410)

« On a un Louis Delhaize de l'autre côté, [...] sur place, je vais pas souvent au Louis Delhaize mais je pense qu'il a pas beaucoup d'options super fun proposées, il y a de l'alcool en plus [...] ils font un effort surhumain pour dépasser la cannette de bière quand ils sont en magasin, ils tombent sur le truc juste à côté, c'est du coca » (E7 : 2739-2747)

L'entourage des patients, par l'apport de nourriture extérieure, influence de manière défavorable l'alimentation des patients.

« Ils peuvent recevoir des colis » (E1 : 305-306)

« Des familles qui amènent en stock la nourriture à profusion » (E2 : 704-705)

« Ils ont accès à leur frigo et aux choses qu'ils amènent de l'extérieur pendant le repas » (E4 : 1262-1263)

Certains professionnels mentionnent l'aménagement de la cuisine comme une composante impactant l'alimentation des patients. Les patients volent des aliments dans la cuisine se trouvant à proximité d'endroits stratégiques. De plus, la cuisine en elle-même n'est pas suffisamment équipée afin de garantir des activités en rapport avec l'alimentation.

« Les casiers sont à l'étage, à hauteur de la salle à manger, mais ils cachent » (E2 : 585-586)

« On laisse les résidents faire la vaisselle et c'est à ce moment-là qu'ils vont voler [...] Derrière les cuisines, il y a les machines à laver [...] peut-être aussi à ce moment-là, ils ont accès aux réserves derrière » (E8 : 3237-3243)

« On a pas de cuisine. Rien pour cuire » (E4 : 1363-1364)

« On a une cuisine de collectivité qui permet pas tout » (E6 : 2273-2274)

Le cadre instauré par l'institution est un élément qui impacte directement l'alimentation des patients quand il n'y a pas de règles spécifiques instaurées ou qu'il y a une trop grande liberté.

« Les patients [...] veulent manger un paquet de biscuit, ils auront l'opportunité de manger un paquet de biscuit s'ils en ont envie [...] il n'y a pas de suivi [...] ils gèrent eux-mêmes » (E4 : 1397-1401)

« Il n'y a pas une règle générale qui fait qu'on ne peut pas amener de biscuit » (E5 : 1828-1829)

« C'était un peu la foire parce que nous on adapte leur plateau en fonction de leur appétit, de leur goût » (E6 : 2155-2158)

« Les patients psychiatriques ont droit de choisir le régime qu'ils veulent [...] Ils ont accès à leur frigo et aux choses qu'ils amènent de l'extérieur [...] soit ils peuvent se servir dans ce que l'on met à disposition mais ils peuvent également se servir dans leur frigo » (E4 : 1261-1264)

A l'inverse, un intervenant a dénoncé le cadre trop limité des hôpitaux, ce qui freinerait une bonne prise en charge nutritionnelle.

« Le rêve serait d'avoir une prise en charge spécifique pour chaque prise en charge différente [...] mais dans un hôpital, on est limité donc on ne peut pas faire ce qu'on veut » (E6 : 2271-2273)

Pour finir, au niveau de l'équipe, la diversité des informations et le turnover des soignants diminuent la cohérence de cette dernière. De plus, des difficultés pour référencer les patients vers d'autres soignants et un manque de personnel sont observés, ce qui accentue la problématique.

« Au niveau de la cohérence d'équipe [...] il y a un turnover au niveau de l'équipe parce qu'il y a des nuits et tout » (E8 : 3092-3095)

« C'est la cohérence d'équipe [...] il y a une façon de faire dans notre institution [...] il faut que ça soit la même chose d'un éducateur à un autre, d'un cuisinier à un autre » (E8 : 3211-3217)

« Au niveau nutritionnel, il y a énormément d'informations [...] sur internet, ça regorge. Même d'un diététicien à un autre, d'un nutritionniste à un autre, ils ne vont pas te donner les mêmes conseils [...] ce discours qui se multiplie, qui va dans tous les sens, c'est aussi pas facile pour les patients » (E3 : 1180-1192)

« On manque de collègues donc la prise en charge est très limitée » (E5 : 2057-2058)

« C'est la collaboration entre les praticiens, c'est pas toujours facile de trouver des praticiens, de connaître des praticiens, le réseau [...] chez qui référencer. S'il n'y a pas de réseau, ça va être un frein » (E3 : 1045-1048)

Les figures 4 et 5 ci-dessous illustrent les données récoltées de notre matériau empirique par une synthèse des résultats.



Figure 4 : Synthèse des déterminants des différents positionnements récoltés des résultats

Influences sur la prévention diétético-alimentaire des patients

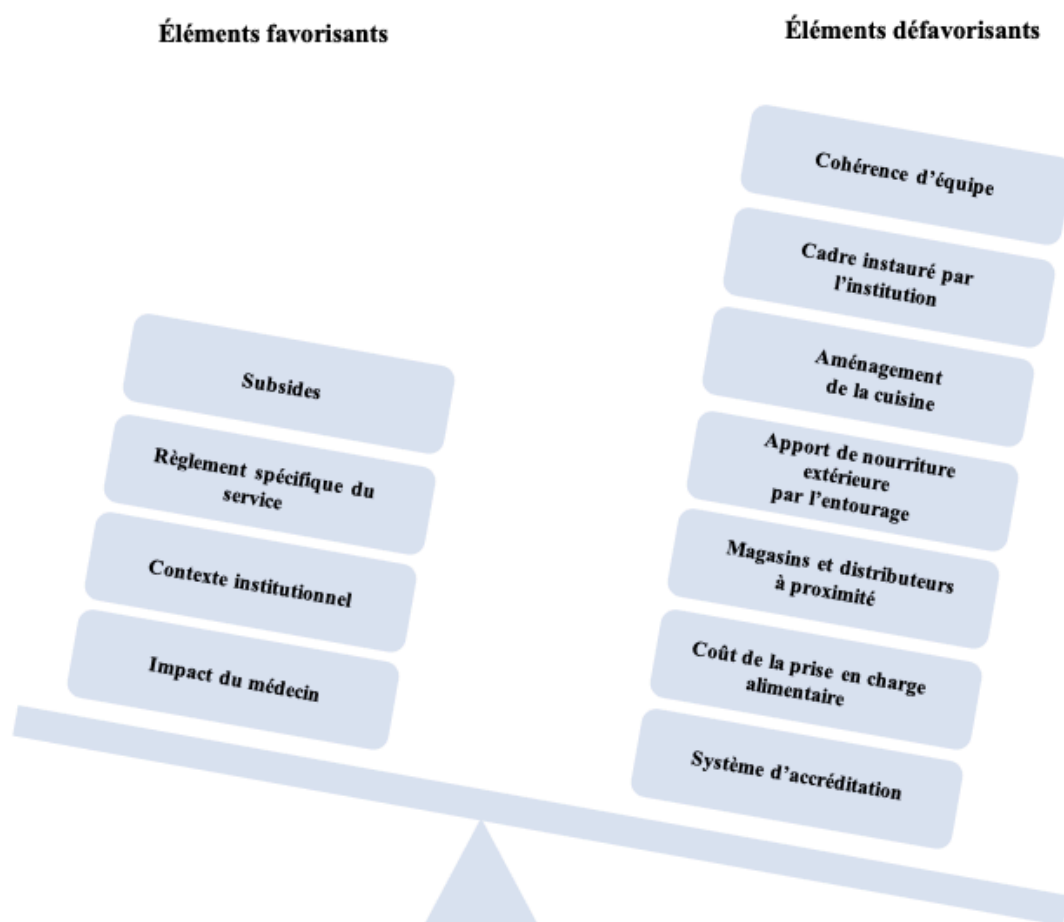


Figure 5 : Éléments influençant la prévention diétético-alimentaire des patients

DISCUSSION

La discussion interprète le matériau empirique de manière à pouvoir apporter des éléments de réponse à notre question de recherche qui traite du positionnement des services et institutions par rapport à la prévention diétético-alimentaire des patients dépressifs et anxieux. Par la suite, les différentes limites de ce travail de recherche sont énoncées. Nous allons enfin établir des pistes d'amélioration et de réflexion pour une meilleure sensibilisation des institutions et services psychiatriques à l'alimentation. Nous clôturerons ensuite ce travail de recherche par une conclusion.

1. Interprétation des résultats

Le traitement de la dépression et de l'anxiété s'effectue actuellement par le recours de stratégies psychologiques et pharmacologiques. Néanmoins, plusieurs éléments nous incitent à nous interroger sur le système actuel de prévention et de traitement des patients anxieux et dépressifs.

Premièrement, l'utilisation de la pharmacologie est interpellante au vu des **effets secondaires du traitement médicamenteux**, telles les benzodiazépines, sur l'appétit et l'appel au sucre des patients mis en lumière dans les résultats. Effectivement, les traitements des symptômes par la pharmacologie peuvent être nocifs (Otheman et al., 2018) et les antidépresseurs ont des effets secondaires visibles (*Principaux repères sur la dépression*, 2021). Deuxièmement, d'après Cuijpers et al. (2014), la prise de médicaments antidépresseurs entraîne des effets immédiats alors que **les psychothérapies agissent sur du long terme** chez les individus, ce qui nous questionne sur l'effet prolongé des traitements par psychothérapie sur le patient. Troisièmement, nous nous interrogeons également sur l'efficacité des traitements médicamenteux qui semble modérée car **30 pourcents des individus dépressifs ne répondent pas aux traitements médicamenteux** (Coudert & Rubat Coudert, 2020) et certains présentent une rechute (Mörkl et al., 2020). Finalement, **une diminution du traitement par pharmacothérapie en faveur de la psychothérapie est observable** entre 2004 et 2018, dans l'article de Gisle et al. (2020). Cet élément met en exergue une potentielle complémentarité d'un traitement médicamenteux avec des thérapies non pharmacologiques par les patients avec un besoin de changement hypothétique de système de traitement. Un système de prévention, semble le plus optimal en parallèle du traitement sémiologique, ce qui accentue l'intérêt **d'évoluer vers un autre système de prise en charge**.

A. Positionnement du patient face à la prévention diétético-alimentaire du point de vue du soignant

1. Comportements alimentaires des patients

Certains patients dépressifs et anxieux se distinguent par des **comportements alimentaires excessifs** comme la restriction et l'hyperphagie liés à une manifestation d'un mal-être général. Un autre comportement consiste en **l'absence de l'acte de cuisiner** qui, demandant du temps, de l'énergie et de l'intérêt, n'est pas adopté au vu notamment de l'absence de cuisines institutionnelles optimales mais principalement au vu de leur pathologie psychiatrique. Cette donnée est appuyée par Kestler-Peleg et al. (2015) qui montre l'impact de la pathologie dépressive sur la motivation et l'intérêt pour les soins personnels engendrant dès lors une démotivation à cuisiner et donc une alimentation malsaine. La consommation de **plats préparés** dans les institutions appuie également cette observation. Comportant des graisses trans industrielles, selon l'Organisation Mondiale de la Santé (2021), les plats préparés doivent être évités au maximum. Plus une personne mange selon un régime occidental ou transformé, plus le risque de développement de troubles mentaux comme la dépression et l'anxiété est élevé (Jacka et al., 2012). Finalement, typiquement observable chez les patients anxieux, un **contrôle des actions relatives à l'alimentation** par une connaissance du menu à l'avance, un calcul des calories des aliments et un respect des horaires de repas est observable.

2. Principaux déterminants alimentaires des patients

Premièrement, dans les résultats, le déterminant du **statut socio-économique**, lorsqu'il est faible, se caractérise, sans que cette liste soit exhaustive, par des comportements hyperphagiques, une alimentation non variée et des achats d'aliments d'une basse valeur économique et nutritionnelle. Relevé par un répondant, la hausse du prix de l'essence pour les patients habitant en zone rurale impacte leurs déplacements vers les magasins alimentaires et indirectement les aliments consommés, ce qui démontre une insécurité alimentaire. Il s'agit d'un état dans lequel les ménages ne savent se procurer une alimentation adéquate sur le plan nutritionnel (Gundersen & Ziliak, 2015) ni même se procurer des aliments sains (Anderson, 1990). Le statut socio-économique et **la sécurité alimentaire** qui en découle sont des éléments cruciaux à prendre en considération.

Deuxièmement, les résultats montrent que **le niveau éducatif** est un déterminant commun d'une bonne alimentation et d'après Gisle et al. (2020), de la bonne santé mentale. L'acquisition d'un diplôme va permettre au patient un développement de ses connaissances qui aidera ce dernier à se situer dans une démarche d'auto-éducation et de prévention de sa santé.

Troisièmement, **l'entourage des patients** et plus précisément **le milieu familial** peut avoir un impact notamment si des cas de violence ou de mauvaises habitudes alimentaires sont décelées en son sein. Le cadre familial est un élément soutenant par sa présence, son éducation et influençant la santé mentale au même titre que les habitudes alimentaires. Comme l'énonce Cooper et Helgason (2020), la mauvaise santé mentale est aggravée lorsqu'il y a la présence de facteurs de vulnérabilité telle l'insuffisance de soutien social et familial. Concernant leur implication dans l'institution, les membres de la famille, selon les soignants, génèrent un apport de nourriture extérieure, souvent administrée par colis, défavorable à une bonne alimentation. En outre, Larson et al. (2006) nous indique qu'une consommation d'aliments à domicile est associée à des repas en famille et donc une alimentation plus saine. Cette donnée nous amène à considérer **l'effet de groupe**, dont le cadre familial, comme révélateur d'une meilleure alimentation. La récolte du matériau empirique et des extraits de notre revue de la littérature nous le démontre.

Sociologiquement, l'alimentation est une construction sociale (Bourdieu, 1979) dans laquelle les comportements alimentaires sont une indication du statut social et considérés comme un signe d'identité de groupe. Les résultats récoltés sont diversifiés sur l'effet du groupement d'individus. Pour un soignant, l'effet de groupe améliore l'alimentation des patients et pour un autre, il engendre la consommation de boissons sucrées entre eux. Pourtant, selon la recherche de Payette et Shatenstein (2005), l'isolement social a des conséquences négatives sur l'apport alimentaire des individus.

En raison de la pandémie de Covid-19, les patients ont été contraints de ne plus se rassembler au réfectoire et par conséquent, manger de manière isolée dans leur chambre. L'acte du 'manger ensemble' a été interrompu, ce qui impacte l'effet de groupe. La pandémie ayant été un phénomène imprévu nécessitant une adaptation rapide et spontanée des institutions et services psychiatriques face à la situation sanitaire, un retour à la normale du règlement d'ordre intérieur de l'institution pourrait être réalisé.

Quatrièmement, la **pathologie psychiatrique** est un élément dominant dans les résultats de notre étude, influençant l'ouverture des patients aux différents conseils et ateliers nutritionnels, ces derniers demandant de l'énergie et de l'organisation. Nous pouvons constater que l'attaque de panique, chez les patients anxieux, a une apparition brutale (Clere et Robert, 2014). Au vu de la brutalité de la crise lorsque l'anxiété domine, le moment auquel se produira la décompensation est inconnu. Cette incertitude face au bon état mental des patients durant les ateliers nutritionnels est une difficulté pour leur instauration de manière rigoureuse et systématique. Les activités en rapport avec la nutrition pourraient se réaliser sur demande du patient, lorsque celui-ci se sent apte à la participation. De ce fait, une seconde difficulté se présente car selon les résultats, les patients n'ont pas l'automatisme de se questionner sur leur alimentation, ni de se diriger vers les soignants pour s'informer à ce sujet.

Les soignants ont aussi souligné un problème de concentration lors des ateliers chez les patients en décompensation. Ce résultat est confirmé par Fossati (2018) qui nous montre des changements au niveau de l'attention, des fonctions exécutives et de la mémoire. Au vu de la symptomatique de la pathologie, la réceptivité aux conseils et ateliers nutritionnels est compromise et des obstacles à la sensibilisation et à la prévention des patients sont perceptibles. La phase dans laquelle se situe le patient dans sa pathologie psychiatrique est donc un paramètre essentiel à identifier avant toute éducation à la santé.

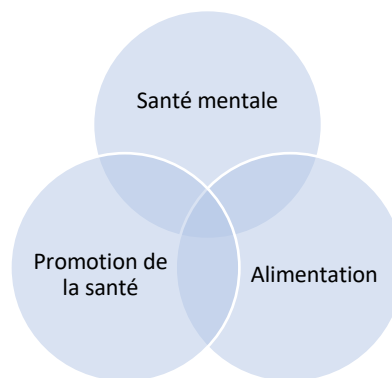


Figure 6 : Interdépendance entre la santé mentale, la promotion de la santé et l'alimentation

Cette figure 6 nous montre l'interrelation et l'interdépendance possible, interprétée à partir des résultats, entre les trois concepts : la santé mentale, la promotion de la santé et les comportements alimentaires des patients. En effet, comme exprimé précédemment, la pathologie psychiatrique va impacter la réceptivité des patients à la promotion de la santé en amont et les comportements alimentaires le seront de même en aval. Ces derniers vont

inversement, par leurs mécanismes biochimiques et sociaux impacter la santé mentale et l'auto-éducation à la santé des patients. Finalement, la promotion de la santé va permettre d'acquérir une compréhension plus approfondie de la santé qui engendrera de meilleurs comportements alimentaires et une amélioration de la santé mentale.

3. Démarche nutritionnelle des patients

Bien que certains patients se positionnent dans une démarche de questionnement alimentaire, les résultats démontrent un **manque de sollicitation globale des patients envers les soignants** à propos de leur alimentation. Effectivement, plusieurs déterminants peuvent affecter les groupes de population tels que dans leur capacité de recherche d'aide et leur capacité de reconnaissance d'une pathologie (Allotey, 2018). Ce résultat peut être dû à un faible niveau de littératie en santé ou un manque de connaissances du patient comme le démontre Teasdale et al. (2020) où les connaissances nutritionnelles des personnes souffrant de troubles mentaux sévères sont plus faibles. Une seconde raison pourrait inversement correspondre à un manque de sollicitation éventuelle des soignants envers les patients dans leur rôle d'information, d'identification des déficits et des carences.

Selon Gisle et al. (2020), afin de traiter la dépression, un professionnel de la santé a été consulté par 88 pourcents des individus atteints d'une pathologie mentale en 2008 et 81 pourcents en 2018, ce qui montre une légère baisse de sollicitation des patients pour l'amélioration de leur santé mentale. Au vu du manque de sollicitation des patients au niveau de leur alimentation et de leur santé mentale, une éducation de la santé doit se réaliser afin qu'ils aient l'automatisme de se diriger vers les professionnels de santé lorsque le besoin en est éprouvé. Ce résultat nous met en lien avec un axe d'intervention de la Charte d'Ottawa portant sur le renforcement de l'action communautaire en donnant du pouvoir à la communauté par une responsabilisation, une prise de décisions et une augmentation de leurs connaissances (OMS, 1986).

Au vu de l'influence marquante du médecin sur le patient, mise en évidence dans le matériau empirique, une sensibilisation des médecins doit être réalisée. Cependant, d'autres résultats énoncent que les informations reçues doivent être différentes de celles énoncées par le psychiatre. Par conséquent, une sensibilisation à l'alimentation, au niveau de toute l'équipe multidisciplinaire, est intéressante à instaurer. La sensibilisation par la formation des soignants va augmenter leurs connaissances et inciter potentiellement la prise en charge nutritionnelle ou la redirection des patients vers d'autres professionnels, tels les diététiciens.

Nous pouvons aussi soulever le sujet des perceptions de l'alimentation des patients que Paquette (2005) énonce, dans son article, comme étant influencées par les attitudes et les croyances des patients. En effet, certains patients dans les institutions ne s'interrogent pas sur l'aspect sain de leurs aliments. En fonction des représentations que le patient a de son alimentation, les perceptions en seront modifiées et les démarches de sollicitation envers les soignants de même.

Il semble important d'augmenter l'empowerment des patients afin qu'ils puissent réussir à prendre de la distance face aux fausses informations divulguées. Pour rappel, il s'agit de la capacité des individus à maîtriser et contrôler leur santé (Wallerstein & Bernstein, 1994) par la recherche de solutions à leurs problèmes (Labonte, 1994). L'empowerment va miser sur le développement des compétences et les forces des individus (Jutras, 1996). Les résultats nous montrent qu'à défaut de solliciter les soignants, certains patients focalisés sur leur poids, acquièrent de fausses croyances par les réseaux sociaux diffusant des informations de qualité médiocre sur les régimes restrictifs.

Nous avons émis l'hypothèse qu'il y a un impact des différentes caractéristiques et influences des patients dépressifs et anxieux sur leur alimentation. Les résultats ont démontré, de manière globale, des comportements alimentaires défavorisants par des comportements de restriction, d'hyperphagie et une absence de l'acte de cuisiner se manifestant par la consommation de plats préparés. Des déterminants influencent positivement l'alimentation des patients comme le statut socio-économique, le niveau éducatif, le milieu familial et l'effet de groupe. La pathologie psychiatrique semble occuper une place importante sur la prévention diétético-alimentaire des patients, et spécifiquement sur les ateliers. Un manque de sollicitation des patients, l'influence du médecin et les fausses informations véhiculées par les réseaux sont aussi des facteurs jouant un rôle impactant.

B. Positionnement du soignant face à la prévention diétético-alimentaire des patients

1. Connaissances des soignants

Les connaissances des soignants sont influencées par le manque de formation face à cette thématique. Ces dernières sont **basiques, fondées sur l'intuition personnelle**, surtout pour les professionnels de la santé n'ayant pas suivi un parcours diététique. Elles sont très théoriques, certains soignants énonçant des données scientifiques et d'autres des données liées à la dimension psychologique de l'alimentation. Dans les deux cas de figures, les connaissances semblent abstraites et inapplicables à la réalité pratique du terrain. Certains soignants ont relevé le lien compensatoire de la nourriture engendrée par le trouble mental, influencé par le type de service dans lequel ils se situent. En effet, les répondants travaillent dans des services où les patients présentent des problèmes d'assuétudes, de dépendances à l'alcool et aux médicaments.

2. Intérêt et attribution de missions nutritionnelles aux soignants

Au niveau de la thématique de l'alimentation dans les soins psychiatriques, les professionnels de la santé interrogés sont **intéressés** par l'idée de l'y introduire. L'importance d'une prise en charge globale du patient a spécifiquement été énoncée dans deux services présentant une courte durée de séjour des patients, soulignant actuellement des soins trop médicaux et pragmatiques face aux recherches déjà réalisées dans le domaine. De plus, un intervenant considère l'alimentation comme une donnée importante dans les soins, par la modification des habitudes alimentaires des patients comme étant un signe alarmant face à l'état mental de la personne. La bonne alimentation semble alors être considérée comme un indicateur de guérison.

Au niveau de l'attribution de missions en lien avec la prise en charge nutritionnelle, nous avons constaté, toutes professions confondues, une ouverture globale des soignants. Cependant, au vu du **manque des connaissances** et de la **carence de formation nutritionnelle**, cela s'effectuerait par des conseils nutritionnels pauvres. Une répondante a mentionné que sa prise en charge serait globale et uniforme, quel que soit le type de pathologie psychiatrique concernée. Ce constat montre une démarche de prise en charge non spécialisée et non individualisée des pathologies au niveau de l'alimentation par manque de formation. A ce propos, un intervenant

a dénoncé le cadre trop limité des hôpitaux ne permettant pas de réaliser une prévention spécifique pour chaque pathologie différente. Par conséquent, la volonté des soignants de prodiguer des soins adaptés selon le type de pathologie psychiatrique rencontrée est controversée.

Les professionnels pensent occuper un **rôle abusivement autoritaire** face au patient au sujet de leur alimentation. Nous pouvons relier ce critère à la réceptivité des patients. Effectivement, les soignants ont une tendance à s'impliquer d'avantage **lorsque le patient est réceptif** et dans la demande afin d'avoir un discours cohérent avec les individus. Nous pouvons subséquemment mettre en évidence un cercle vicieux qu'il est important de stopper : les soignants acceptent d'acquiescer une fonction dans le suivi de la prévention diétético-alimentaire des patients seulement si ceux-ci sont dans la demande, sauf que dans la réalité, les patients ne le sont pas. Il est intéressant de s'interroger sur la question de la position de dominance des soignants et de la responsabilité de la prise en charge nutritionnelle par la prévention face à un patient n'étant pas dans la demande.

D'autres soignants sont réticents face à la mission qui pourrait leur être accordée car ils ont **d'autres priorités dans les soins** qu'ils désirent prodiguer aux patients. Cette donnée de complexité face à la priorité des soins soulève la question du degré d'importance donné à la composante alimentaire et de l'ordre des priorités. La prise en charge nutritionnelle par la prévention semble être mise à l'écart par plusieurs professionnels pour deux raisons principales : l'alimentation n'est pas la raison pour laquelle le patient se trouve dans l'institution et la **difficulté d'organisation et de gestion du temps**. Cette constatation confirme la théorie énoncée précédemment qui démontre l'importance de la considération du moment opportun pour prendre en charge l'alimentation du patient.

La délimitation du travail par fonctions a aussi été soulevée par plusieurs professionnels. Pour un soignant se situant dans une grande institution hospitalière, il n'y a pas de dissociation entre les différents métiers. En opposition à cet avis qui nous semble isolé, plusieurs soignants relèvent une répartition des fonctions dans laquelle chacun endosse un rôle précis. Une répondante a mentionné qu'uniquement pour les troubles alimentaires, des missions par rapport à l'alimentation pouvaient lui être accordées. Cette donnée récoltée démontre la prise en charge très sectorielle des patients où l'alimentation ne devrait uniquement être prise en charge que pour les patients atteints de troubles du comportement alimentaire. Une redéfinition des rôles

de chaque professionnel de la santé face à l'alimentation, dans le cadre d'une approche multidisciplinaire, serait un objectif novateur et ayant un impact certain.

L'attribution de missions nutritionnelles pourrait être un **tremplin vers l'élaboration de politiques publiques pour la santé**, comme le spécifie un axe de stratégie de promotion de la santé (OMS, 1986). Effectivement, les professionnels de la santé sont les acteurs principaux du changement de la culture des soins de leur institution. Les décideurs se basant sur des demandes de la réalité de terrain et les patients n'ayant pas le pouvoir, seuls le pouvoir décideur de l'institution et les soignants peuvent jouer un rôle vers une évolution de la prise en charge des patients en institutions psychiatriques. Par contre, cette élaboration de politiques nutritionnelles doit se faire dans un second temps. En effet, en premier lieu, une analyse des facteurs favorisant et défavorisant une bonne alimentation dans les institutions est indispensable.

3. Place des diététiciens dans les institutions et services psychiatriques

Les résultats ont permis de mesurer la place occupée par les diététiciens dans les services. La fonction est souvent **centrée sur les troubles alimentaires**, biaisée par le type de service dans lesquels ils pratiquent leur profession. Pour certains répondants, les diététiciens sont **responsables des repas ordinaires** alors que pour d'autres, ils sont présents en tant que **support pour répondre aux questions et aux demandes**, ce qui témoigne d'une prise en charge préventive non systématique. Lors d'un entretien, une diététicienne elle-même très intéressée par la problématique a été interpellée par le peu d'importance donnée à l'alimentation dans son institution. Son rôle minimisé par le reste des soignants, ce résultat semble montrer une mise en marge de la diététicienne par son équipe. Subséquemment la dimension de l'alimentation est peu inculquée dans la culture du soin de son institution.

Pour les services ne disposant pas de diététicien, les soignants trouvent intéressant d'en intégrer un alors que pour d'autres, les diététiciens n'apporteraient pas de plus-value au service. Le traitement de l'alimentation étant un phénomène complexe, ce dernier doit se réaliser, selon eux, d'une manière plus psychologique, par l'intermédiaire d'un psychiatre ou d'un psychologue, afin d'avoir une compréhension plus profonde du comportement alimentaire du patient. Le diététicien jouant un rôle de consultant pour certains, il est intéressant d'analyser la vision et la **difficulté des soignants d'élaborer une complémentarité avec la fonction de diététicien**.

4. Cohérence d'équipe

Les résultats montrent **une bonne cohérence entre les membres des équipes** en multidisciplinarité par le renvoi des patients vers d'autres professionnels, par l'exposition des interpellations aux membres, par le partage de connaissances entre nutritionnistes et cuisiniers. D'après Tappenden et al. (2013), une approche multidisciplinaire, précoce et automatisée est importante pour lutter contre la malnutrition. L'alimentation étant un phénomène complexe, il est crucial qu'une équipe pluridisciplinaire se mobilise. A l'inverse, certains soignants soulèvent un manque de cohérence d'équipe. Principalement, pour cause du taux de renouvellement des membres de l'équipe et de diversité des informations selon le soignant.

Nous avons émis l'hypothèse que les soignants sont ouverts à avoir des missions, de manière individuelle et pluridisciplinaire, dans l'amélioration de la démarche nutritionnelle des patients de manière préventive. Les résultats ont démontré qu'il y a un réel manque de formation des soignants dans cette thématique, ce qui engendre que les connaissances des soignants sont trop basiques et trop théoriques pour être applicables sur le terrain. Les soignants trouvent de l'intérêt dans la prévention diétético-alimentaire, de manière individuelle ou pluridisciplinaire au vu de la bonne cohérence d'équipe dans certaines institutions. Cependant, ils craignent un rôle trop autoritaire, réclament une meilleure réceptivité des patients, présentent d'autres priorités et ont des fonctions très sectorisées, ce qui, de leur avis, limite la prévention diétético-alimentaire. Le rôle de diététicien dans les institutions et services psychiatriques est présent pour les patients ayant des troubles alimentaires ou de manière non systématique pour l'élaboration des repas et d'éventuelles demandes. L'intégration d'un diététicien n'est pas reçue positivement par tous les soignants car pour certains, une approche plus profonde de l'alimentation du patient doit être réalisée.

C. Positionnement de l'institution face à la prévention diétético-alimentaire des patients

1. Prévention nutritionnelle

Notre revue de la littérature nous a montré qu'il est important d'agir avant la déclaration des problèmes de santé mentale (Doré & Caron, 2017). On peut par ailleurs noter que les troubles anxieux débutent de manière précoce (Altamura et al., 2013) et que l'anxiété peut perdurer de manière permanente et chronique (Clere & Robert, 2014). Au vu de la précocité de la pathologie et de sa potentielle chronicité, des actions devraient être entreprises avant la déclaration des premiers symptômes, c'est-à-dire dans une optique de prévention des pathologies. Cependant, les patients séjournant dans des institutions et services psychiatriques présentent déjà une pathologie qui est déclarée. Il est donc intéressant de réaliser une prévention dans l'optique de consolider les soins et d'éviter des rechutes. Les régimes alimentaires étant une donnée modifiable, il s'agit également d'une piste à prendre en considération (Dawson et al., 2016). Dans notre matériau empirique, malgré le manque de prise en considération du sujet de l'alimentation et de suivi nutritionnel global dans tous les types d'institutions confondus, différentes actions nous montrent une prévention nutritionnelle.

Des actions de surveillance sont réalisées par l'analyse sanguine des patients, ce qui peut engendrer une supplémentation par des compléments alimentaires en cas de besoin. La supplémentation en nutriments ne peut devenir un substitut à un régime alimentaire sain mais peut être mise en place comme stratégie complémentaire pour lutter contre la dépression (Rucklidge et al., 2021). Des surveillances quotidiennes des comportements alimentaires ont été relevées par deux infirmières, issues de grandes institutions hospitalières. Un contrôle du poids des repas est aussi réalisé, biaisé par les services comportant les individus atteints de troubles de comportements alimentaires dans lesquels ce suivi est produit. Une tendance faible mais présente à la discussion nutritionnelle avec les patients semble aussi prendre une place dans les soins.

Des actions institutionnelles nous montrent un processus de salutogenèse. Cette approche se focalise sur les facteurs qui vont favoriser la santé au lieu des facteurs à risque d'une pathologie (Antonovsky, 1996). Par exemple, des ateliers en rapport avec l'alimentation sont

réalisés dans tous les types d'institutions. L'attention des soignants porte sur les achats, la cuisine, l'éducation alimentaire des patients par diverses méthodes éducatives et ce, malgré l'impact de la pandémie qui a contraint certaines activités. Ces différentes activités rejoignent la stratégie d'intervention de la promotion de la santé s'intitulant « l'acquisition d'aptitudes individuelles ». Elle s'élabore par une amélioration des compétences des individus, une éducation pour la santé et une meilleure information (OMS, 1986).

Concernant le retour à domicile, des diététiciens de deux grandes institutions de psychiatrie générale, établissent un bilan à la fin du séjour du patient en élaborant des conseils face au respect du budget, aux facteurs inquiétants observés durant le séjour, à la manière d'acheter les aliments, à la livraison et l'organisation des repas. Une prévention nutritionnelle est donc mise en place bien que mise à mal par l'absence de suivi pour le retour à domicile par un intervenant.

2. Absence de prévention nutritionnelle

Une prévention nutritionnelle n'est **pas toujours présente dans toutes les institutions et services**. En effet, la qualité des repas n'est pas une donnée prise en considération dans les institutions de courte durée de séjour de notre matériau empirique. En revanche, un soignant garantit la qualité des repas par une totale confiance accordée à l'entreprise alimentaire de l'institution. Ensuite, malgré la prise en compte de la nutrition dans l'anamnèse des patients dans deux services de psychiatrie générale, cette dernière ne l'est pourtant pas dans deux autres institutions de longs séjours. En effet, les patients rentrant dans un cycle d'hospitalisation, leurs habitudes alimentaires en seront modifiées, ne rendant donc pas leur évaluation nécessaire, selon ces institutions.

Ce manque de systématisme des démarches nutritionnelles, dès l'arrivée des patients, montre dans **chaque institution et chaque service une propre manière de procéder** avec un manque de prise en compte des avancées scientifiques dans le domaine. Par ailleurs, une grande partie des services hospitaliers ajustent les repas en fonction des préférences alimentaires des patients, ce qui stimule l'appétit en aidant à lutter contre les comportements restrictifs de certains patients par le choix de leurs aliments. A contrario, d'autres ne les adaptent pas afin d'éviter la stimulation de troubles de comportements alimentaires et les caprices des patients, ce qui limite la prévention par le manque de liberté de choix nutritionnel des patients dans un but de se nourrir sainement.

3. Traitement sémiologique

Certaines prises en charge nous montrent un **système de traitement de la pathologie favorisant la guérison**. Notre revue de la littérature démontre l'objectif du traitement dépressif comme la diminution ou disparition des symptômes par des stratégies psychologiques et de pharmacothérapie (Gartlehner et al., 2017). Cette donnée souligne qu'il y a une tendance à agir lorsque les symptômes sont déjà observables, c'est-à-dire dans une démarche sémiologique.

Nous illustrons cette donnée, au niveau des résultats, par le suivi nutritionnel qui n'est globalement élaboré que de manière non systématique, **lorsque des difficultés sont observées**, comme une prise de poids, une omission de repas, l'achat excessif de nourriture supplémentaire, une anorexie mentale ou toute autre demande spécifique. Cette donnée témoigne d'un système de traitement basé sur les alertes, dans une optique de guérison, sans analyser leur cause première.

D'autres éléments témoignent d'une prise en charge médicale telle la prise en charge très assidue **lors du changement de poids des patients**. Cette dernière est réalisée par la prise de tension, la surveillance du poids, l'utilisation de l'échelle Must, le calcul du BMI, le questionnement du patient et un éventuel régime. Une attention importante est donnée au poids, pourtant dépourvue du biais des types de services, c'est-à-dire ceux présentant des patients atteints de troubles des comportements alimentaires.

L'institution prête beaucoup d'attention au suivi du poids des patients car ces derniers y portent aussi de l'intérêt. **Les patients se focalisent sur leur physique et par conséquent sur leur poids**. Il faut tout de même souligner que certes les patients sont dans une démarche de perte de poids mais leur pathologie engendre néanmoins une envie de se remplir. Des individus présentant un poids normal ont une meilleure santé mentale alors qu'une mauvaise santé mentale est observée chez les personnes atteintes d'obésité (H. Wu et al., 2019). Il est donc opportun de maintenir une surveillance du poids des patients mais de l'aborder différemment afin de changer la vision des patients sur leur poids. Effectivement, selon Bremner et al. (2020), une réduction de l'obésité impacte l'estime de soi et le bien-être de l'individu, ce qui influence positivement la santé mentale.

Finalement, selon un intervenant, **les patients se dirigeant vers un hôpital universitaire optent favorablement pour une médecine occidentale**, basée sur le traitement de la

pathologie, ce qui compromet l'intégration de la dimension préventive de l'alimentation, étant une méthode plus alternative.

4. La contextualisation

Le contexte de l'individu est crucial à prendre en considération au vu de ses influences communes, tant sur l'alimentation que sur la santé mentale. Il comporte des éléments stressants fragilisant l'état psychologique de la personne (Monteiro et al., 2017) et impacte les comportements alimentaires des individus (Fournier, 2011). Travers (1997) démontre qu'une identification des pratiques alimentaires en lien avec le contexte est indispensable. Elle peut se réaliser au niveau de l'environnement, tout comme au niveau du cadre familial. Ce contexte est d'autant plus important au vu de son évocation dans les stratégies d'interventions de la promotion de la santé. Effectivement, l'axe de la création d'environnements favorables impactera les milieux dans lesquels les individus vivent (OMS, 1986). De plus, selon Raine (2005), la considération unique des déterminants individuels du patient n'est pas une solution envisageable au vu des influences perceptibles du contexte.

Plusieurs éléments du contexte institutionnel, repéré dans plusieurs types et tailles d'institutions interrogées, illustrent cette donnée. **Le contexte institutionnel** permet un bon rythme alimentaire, c'est-à-dire la présence des trois repas principaux et une stimulation des comportements alimentaires favorables à la santé. Une meilleure gestion de la prise alimentaire est perceptible grâce à l'accompagnement cadré du patient. En outre, la simple intégration de certains patients dans l'enceinte de l'institution leur permet de mieux se sentir. Les patients étant déstructurés en raison de leur pathologie psychiatrique, un cadre strict leur permet un rattachement à un élément structuré.

Un autre élément du contexte institutionnel concerne, pour certains, **le règlement spécifique qui dirige les comportements alimentaires des patients** dans les services comportant des personnes ayant des troubles de comportements alimentaires. Les patients ne peuvent consommer de la nourriture que sous certaines conditions. **Le système d'accréditation Canadien** est un système d'évaluation de la conformité et une dernière illustration, soulevée dans les résultats, influençant la limitation du cadre de l'institution et donc le suivi nutritionnel. Quand le critère de l'amélioration de l'alimentation est adopté, différents moyens sont développés afin d'atteindre ce dernier et donc recevoir des financements. Malgré la composante

budgétaire qui surplombe ce résultat, l'acte d'imposer un cadre permet une modification de prise en charge préventive diétético-alimentaire.

5. Accessibilité physique

Une accessibilité physique des aliments de mauvaise qualité a été repérée dans beaucoup d'institutions par la présence de **magasins à proximité**, proposant entre autres des sucreries et de l'alcool. Comme le soulève Power (2005), l'industrie alimentaire influence les comportements alimentaires et le fonctionnement des normes sociales de l'alimentation par la mise en place de stratégie marketing. De même, des soignants ont noté certains déterminants alimentaires sociétaux, telle la publicité. Tout cet environnement, dirigé par le marketing, va influencer le patient, déjà affaibli par sa pathologie psychiatrique.

Additionnés aux magasins, des **distributeurs** ne proposant que des aliments malsains, tels que des sodas et du café (et sans eau), sont implantés dans les services. N'ayant pas de potentiel impact sur l'implémentation des magasins à proximité, l'institution devrait concentrer ses efforts sur l'éducation des patients face à cette tentation alimentaire. Une réflexion sur le contenu des distributeurs devrait être entreprise afin de laisser la possibilité aux patients de se diriger vers des aliments sains et même les favoriser.

L'accessibilité physique trouve également à s'appliquer dans **l'aménagement et l'emplacement de la cuisine**. Les casiers et les machines à laver étant des lieux très convoités par les patients dans les institutions interrogées, la proximité des lieux de dépôts d'aliments de ces endroits accentue le phénomène de vol de nourriture.

6. Accessibilité financière

Pour certaines institutions et services, **se procurer une bonne alimentation n'est pas possible financièrement**, comme nous l'a démontré le matériau empirique. Spécifiquement, une institution d'hébergement crée ses menus sur base de dons d'aliments bientôt périmés provenant des magasins. Malgré une potentielle amélioration de la promotion de la santé, la difficulté de cette institution résidera dans la limitation du choix des aliments, ce qui est lié au financement du centre d'hébergement.

Nous avons émis l'hypothèse que le cadre institutionnel, par son organisation ou sa structure, serait un support à la démarche d'amélioration de la prévention diétético-alimentaire des patients. Le matériau empirique nous démontre des démarches préventives, telles que des actions de surveillance des comportements alimentaires, des ateliers éducatifs et un bilan avant le retour au domicile du patient. Contrebalançant cet élément positif, un manque de prévention nutritionnelle existe et est perceptible à travers une absence de prise en considération de la qualité des aliments, une faible anamnèse abordant les habitudes alimentaires et un ajustement des repas en fonction des préférences des patients, malgré que ce dernier élément puisse parfois être favorable pour améliorer l'appétit des patients. Les institutions et services se positionnent également dans une démarche sémiologique par le biais d'un suivi nutritionnel approfondi lors de difficultés observables ou lors d'un changement de poids. La contextualisation démontre que le contexte institutionnel, telle la structure imposée, l'application des règles spécifiques des services comportant des patients atteints de troubles des comportements alimentaires et le système d'accréditation Canadien impactent considérablement les comportements alimentaires des patients. Tant l'accessibilité physique des magasins, des distributeurs et de la cuisine à proximité, que l'accessibilité financière due au manque de budget des institutions affectent défavorablement l'alimentation des patients.

2. Limites du travail

Ce travail de recherche est limité de différentes manières. Tout d'abord, **le sujet de l'alimentation dans le domaine de la santé mentale est controversé**, peut-être dû au caractère récent des recherches sur cette thématique. La partie théorique de ce travail concernant le lien entre l'alimentation et la santé mentale a donc été complexe, la littérature à ce sujet étant encore limitée.

Ensuite, concernant la récolte du matériau empirique, les différents services inclus dans l'étude prenant en charge des patients dépressifs et anxieux, comportaient plusieurs types de patients en leur sein. Effectivement, certains services traitaient, en plus des patients étudiés dans ce travail, par exemple des personnes atteintes de troubles alimentaires ou de handicaps mentaux. S'adaptant aux **multiples types de pathologies**, la prise en charge nutritionnelle du service peut être biaisée. De plus, la **pandémie de la Covid-19** a fortement impacté la prévention diétético-alimentaire des patients et donc les résultats de notre étude. Ils mangeaient de manière isolée des autres patients et divers ateliers nutritionnels ont dû être suspendus.

Enfin, quant à l'échantillon de notre recherche, c'est-à-dire les différents soignants, **il aurait aussi été pertinent d'interroger les patients concernés**. Cela aurait conduit à une confrontation des données entre elles. La vision focalisée du patient sur son alimentation et les représentations qu'il en a, auraient été intéressantes à considérer. Ceci pourrait faire l'objet d'une prochaine étude, malgré la difficulté de la pathologie psychiatrique qui reste très présente chez les patients atteints.

Concernant les pathologies psychiatriques concernées par ce travail, **les symptômes dépressifs et anxieux peuvent apparaître chez beaucoup d'individus**. L'anxiété présentée par les patients peut être due à un autre diagnostic psychiatrique, tout comme des épisodes dépressifs peuvent être liés au trouble de l'humeur bipolaire. Les comportements alimentaires des patients peuvent donc être très diversifiés étant donné les nombreuses pathologies qui peuvent présenter des signes dépressifs et anxieux.

Pour finir, le chercheur ne contracte pas d'activité professionnelle dans le domaine psychiatrique ou nutritionnel. Une dernière limite de cette recherche concerne donc la **compréhensibilité du contexte des données récoltées**. Ces dernières peuvent donc mal être interprétées, notamment si l'on rajoute la subjectivité naturelle du chercheur.

3. Pistes d'action et perspectives de recherche

L'alimentation est une action quotidienne essentielle à prendre en considération au vu de son influence sur la santé mentale. Comme développé auparavant dans notre recherche, il semble important d'**identifier le moment opportun** pour débiter la prévention diétético-alimentaire. Il pourrait se réaliser, dans un second temps, au niveau de l'institution, après une première prise en charge de la pathologie psychiatrique ou de manière parallèle comme support au traitement psychiatrique qu'il soit pharmacologique ou psychologique. Lorsque l'état mental est stationnaire, elle pourrait se faire de manière collective et active. Elle s'effectuerait alors de manière individuelle et passive quand des crises de décompensation inattendues sont apercevables. Mais elle pourrait également, et idéalement débiter avant l'apparition des premiers symptômes de la pathologie psychiatrique, pour les patients n'étant pas dans les institutions et services psychiatriques, par une meilleure information et formation de la population sur les comportements alimentaires sains et en favorisant l'accès aux aliments sains pour les personnes en insécurité alimentaire.

- **Pistes d'action liées aux institutions et services psychiatriques**

La **complémentarité de l'implication des soignants** tout comme celle **des patients** face à la problématique doit être accomplie dans les institutions et services psychiatriques. Cette action permettra une meilleure adhésion à la prévention diétético-alimentaire par un discours homogène à ce propos par les différentes parties prenantes.

La **sensibilisation des patients** dans les institutions devrait passer par une éducation face à leur alimentation afin d'améliorer leur littératie en santé et leur promotion de la santé. Ayant des difficultés de concentration et d'engagement, une implication participative et une coopération du patient serait bénéfique et pourrait être renforcée par le soutien des ateliers de cuisine, supprimés lors de la pandémie ou par des sorties au marché, soutenant l'achat d'aliments sains à prix abordables. Des activités ludiques telles que des projections sur l'alimentation saine détourneraient la démarche scientifique des ateliers et rendrait le suivi nutritionnel plus attractif pour les patients. D'ailleurs, l'effet de groupe pouvant être tant bénéfique que néfaste pour les patients, les ateliers groupés doivent être encadrés par le personnel dans une dynamique favorable à la santé.

Pour les patients donnant une importance considérable à leur poids, des ateliers en rapport avec ce thème augmentera la motivation des patients à y participer et donc à mieux s'alimenter. Un système de récompense pourrait être instauré afin de valoriser les efforts nutritionnels entrepris des patients malgré que nous sommes conscients qu'un arrêt de la récompense peut potentiellement engendrer un arrêt de l'effort des patients. Pour les comportements alimentaires des patients se caractérisant par une prise d'aliments entre les repas, des activités divertissantes devraient être encouragées dans les institutions. En effet, l'occupation des patients dans d'autres activités, pas spécialement nutritionnelles, leur permettront d'éviter de manger par ennui ou pour compenser leurs émotions par de mauvaises habitudes alimentaires.

Étant des acteurs de changement, **les soignants devraient spécifiquement être sensibilisés** à cette problématique, ce qui engendrerait une démarche plus naturelle du suivi préventif de l'alimentation des patients. De plus, des formations nutritionnelles adaptées aux différentes fonctions seraient une piste innovante afin de redéfinir les rôles de chaque professionnel, face à l'alimentation des patients et de responsabiliser les soignants dans ces rôles. En conséquence, la difficulté rencontrée liée à la délimitation des fonctions pourrait s'en trouver limitée. En outre, des formations pourront aussi aider à envisager une meilleure complémentarité entre les soignants et le potentiel diététicien du service. Pour les services n'en comportant pas, il pourrait sembler pertinent d'en intégrer un afin de bénéficier d'un référent centralisé de la prévention diétético-alimentaire du patient. Les autres soignants représenteraient alors un support pour l'accompagnement alimentaire des patients.

Actuellement, le traitement sémiologique occupe une place considérable dans les prises en charge nutritionnelles des patients, en imposant un suivi lorsqu'une alerte est décelable. Il serait important de repenser la culture de soins des institutions et des services psychiatriques vers un système axé sur **la prévention**. Ce changement ne peut qu'être instauré, en partie, par la sensibilisation de l'équipe soignante ou par le biais du système d'accréditation. L'élément dominant à améliorer de cette recherche concerne, par conséquent, l'amélioration de la prévention diétético-alimentaire, malgré une légère prise en considération de cette dernière déjà observable dans certaines institutions. Il semble essentiel d'enrichir les actions nutritionnelles mises en place pour l'anamnèse du patient. Dès le début de la prise en charge dans l'institution, les habitudes alimentaires pourront être directement modifiées, ce qui évitera une aggravation des symptômes psychiatriques.

- **Pistes d'action liées au domicile du patient**

L'entourage des patients étant déterminant, il est également primordial d'**attirer l'attention des familles** sur une alimentation saine grâce à des brochures distribuées ou des propositions de recettes saines à réaliser au retour à domicile du patient. De plus, le retour à domicile étant une étape où le patient redécouvre son indépendance en étant libre d'acquérir les comportements alimentaires qu'il désire, il est aussi crucial d'en **accroître le suivi nutritionnel après le retour à domicile**. Finalement, la promotion d'une alimentation équilibrée étant un élément de base pour l'évitement de beaucoup d'autres pathologies, sa promotion n'en est que bénéfique dans la population.

- **Pistes de recherche**

Concernant les pistes de recherche, afin de renforcer le lien entre l'alimentation et la santé mentale, il semble essentiel et cohérent d'approfondir **les recherches au niveau des mécanismes physiques et chimiques expliquant la relation entre ces deux éléments**, recherches qui n'en sont pour le moment qu'à leurs balbutiements.

Comme énoncé précédemment dans les limites de notre étude, une confrontation des données, au niveau des patients, serait pertinente à instaurer. Il nous semble intéressant **d'impliquer également les décideurs politiques** dans des études qualitatives. Cette triangulation permettra l'identification complète des obstacles et l'acquisition d'une vue holistique du positionnement de l'alimentation dans les institutions et services psychiatriques grâce à la prise en compte des représentations de toutes les parties prenantes.

Finalement, les soignants accordant leur confiance aux entreprises alimentaires, c'est-à-dire celles qui administrent et cuisinent les repas dans l'institution, il serait intéressant de réaliser **une étude analysant la qualité des aliments ainsi que la place que les décideurs des entreprises alimentaires seraient prêt à laisser** à une alimentation adaptée aux patients atteints d'une pathologie psychiatrique. Cette recherche devra être faite en prenant en compte le lobbying des politiques ainsi que le marketing, présents dans notre société, qui encouragent les décideurs des entreprises alimentaires à maintenir des aliments malsains dans leurs suggestions de plats.

CONCLUSION

En conclusion, nous avons pu constater dans la littérature l'existence d'une problématique liée à la modification des habitudes alimentaires des individus en raison de notre système alimentaire sociétal actuel. Ces comportements que nous pouvons qualifier de « malsains » sont influencés par des déterminants de tout type, et continuent à prendre de l'ampleur malgré la présence de certaines recommandations nutritionnelles universelles. Parallèlement à cette difficulté majeure, les pathologies telles que la dépression et l'anxiété ne cessent de croître et ne sont soignées que par des traitements d'une efficacité limitée. De bonnes habitudes et caractéristiques de régimes alimentaires ont montré leur efficacité dans l'amélioration de la santé mentale.

C'est sur base de ces éléments interpellants que nous avons élaboré notre question de recherche qui s'intitule: « **Comment les institutions et services psychiatriques implémentent-ils une prévention diétético-alimentaire à destination de leurs patients souffrant de troubles de la santé mentale de type dépressif ou anxieux ?** »

Les résultats ont démontré que les patients dépressifs et anxieux présentaient des comportements alimentaires défavorisant leur alimentation. A cet égard, nous avons pu observer une ouverture des soignants à acquérir des missions dans la prévention diétético-alimentaire des patients malgré certains obstacles. En outre, le cadre strict institutionnel semble également être un support à une alimentation saine.

Finalement, l'étude a permis de mettre en évidence la présence de démarches préventives dans les institutions et services. Toutefois, leur priorité reste la prise en charge sémiologique. Il semble capital de rester attentif à prévenir les pathologies psychiatriques, en amont quand les patients ne présentent pas encore de symptômes et en parallèle du traitement sémiologique dans les institutions et services psychiatriques afin d'éviter les rechutes. Dès lors, il est fondamental de renforcer ces démarches préventives.

Ce travail, en soulevant une série d'éléments alarmants récoltés dans les institutions et services psychiatriques, a pour objectif principal de sensibiliser et responsabiliser les professionnels de la santé à cette problématique, encore trop peu prise en considération. Cette conscientisation permettra, nous l'espérons, d'améliorer les différents composants favorables à une alimentation saine, qui impacteront, à leur tour, la santé mentale des patients.

D'innombrables facteurs influençant la santé mentale des individus, il est dès lors primordial de se préoccuper et de se concentrer en priorité sur ceux sur lesquels il est possible d'agir, à l'instar de l'alimentation. La question n'est pas de savoir si mais quand la corrélation entre la santé mentale et l'alimentation deviendra une donnée prioritaire dans les prises de décisions de santé publique.

BIBLIOGRAPHIE

- Adan, R. A. H., Van der Beek, E. M., Buitelaar, J. K., Cryan, J. F., Hebebrand, J., Higgs, S., Schellekens, H., & Dickson, S. L. (2019). Nutritional psychiatry : Towards improving mental health by what you eat. *European Neuropsychopharmacology*, 29(12), 1321-1332. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2019.10.011>
- Allotey, P. (2018). Health Determinants. In H. Callan (Éd.), *The International Encyclopedia of Anthropology* (1^{re} éd., p. 1-7). Wiley. <https://doi.org/10.1002/9781118924396.wbiea1901>
- Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., Bryson, H., Girolamo, G., Graaf, R., Demyttenaere, K., Gasquet, I., Haro, J. M., Katz, S. J., Kessler, R. C., Kovess, V., Lepine, J. P., Ormel, J., Polidori, G., Russo, L. J., Vilagut, G., Vollebergh, W. A. M. (2004). Prevalence of mental disorders in Europe : Results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(s420), 21-27. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0047.2004.00327.x>
- Altamura, A. C., Camuri, G., & Dell'Osso, B. (2013). Duration of Untreated Illness and Duration of Illness in Anxiety Disorders : Assessment and Influence on Outcome. In D. S. Baldwin & B. E. Leonard (Éds.), *Modern Trends in Pharmacopsychiatry* (Vol. 29, p. 111-118). S. KARGER AG. <https://doi.org/10.1159/000351950>
- Anderson, S. A. (Éd.). (1990). Core Indicators of Nutritional State for Difficult-to-Sample Populations. *The Journal of Nutrition*, 120(suppl_11), 1555-1600. https://doi.org/10.1093/jn/120.suppl_11.1555
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11(1), 11-18. <https://doi.org/10.1093/heapro/11.1.11>
- Augoyard, P., & Renaud, L. (1998). Le concept d'« empowerment » et son application dans quelques programmes de promotion de la santé. *Promotion & Education*, 5(2), 28-35. <https://doi.org/10.1177/102538239800500212>
- Bandelow, B., & Michaelis, S. (2015). Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 17(3), 327-335. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2015.17.3/bbandelow>
- Bel, S., Van den Abeele, S., Lebacqz, T., Ost, C., Brocatus, L., Stiévenart, C., Teppers, E., Tafforeau, J., & Cuypers, K. (2016). Protocol of the Belgian food consumption survey 2014 : Objectives, design and methods. *Archives of Public Health*, 74(1), 20. <https://doi.org/10.1186/s13690-016-0131-2>
- Bernaras, E., Jaureguizar, J., & Garaigordobil, M. (2019). Child and Adolescent Depression : A Review of Theories, Evaluation Instruments, Prevention Programs, and Treatments. *Frontiers in Psychology*, 10, 543. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00543>
- Blanchet, A., Gotman, A., & de Singly, F. (2007). *L'enquête et ses méthodes : L'entretien* (2e éd. refondue). A. Colin.
- Bourdieu, P. (1979). *La distinction: Critique sociale du jugement*. Editions de Minuit.

Boutin, G. (2018). *L'entretien de recherche qualitatif : Théorie et pratique* (2e édition). Presses de l'Université du Québec.

Braveman, P., & Gottlieb, L. (2014). The Social Determinants of Health : It's Time to Consider the Causes of the Causes. *Public Health Reports*, 129(1_suppl2), 19-31. <https://doi.org/10.1177/00333549141291S206>

Bremner, J., Moazzami, K., Wittbrodt, M., Nye, J., Lima, B., Gillespie, C., Rapaport, M., Pearce, B., Shah, A., & Vaccarino, V. (2020). Diet, Stress and Mental Health. *Nutrients*, 12(8), 2428. <https://doi.org/10.3390/nu12082428>

Bukh, J. D., Bock, C., Vinberg, M., & Kessing, L. V. (2013). The effect of prolonged duration of untreated depression on antidepressant treatment outcome. *Journal of Affective Disorders*, 145(1), 42-48. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.07.008>

Cardaci, D. (2015). La promotion d'une alimentation saine : Un chemin tortueux à parcourir. *Global Health Promotion*, 22(4), 57-58. <https://doi.org/10.1177/1757975915615990>

Cépède, M. (1972). Nutrition et sociologies. *Sociologia Ruralis*, 12(1), 37-41. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9523.1972.tb00125.x>

Chassaing, B., Koren, O., Goodrich, J. K., Poole, A. C., Srinivasan, S., Ley, R. E., & Gewirtz, A. T. (2015). Dietary emulsifiers impact the mouse gut microbiota promoting colitis and metabolic syndrome. *Nature*, 519(7541), 92-96. <https://doi.org/10.1038/nature14232>

Chianese, R., Coccurello, R., Viggiano, A., Scafuro, M., Fiore, M., Coppola, G., Operto, F. F., Fasano, S., Laye, S., Pierantoni, R., & Meccariello, R. (2018). Impact of Dietary Fats on Brain Functions. *Current Neuropharmacology*, 16(7), 1059-1085. <https://doi.org/10.2174/1570159X15666171017102547>

Clere, N., & Robert, T. (2014). Anxiété mineure : Du symptôme au trouble. *Actualités Pharmaceutiques*, 53(540), 37-39. <https://doi.org/10.1016/j.actpha.2014.06.008>

Cooper, B., & Helgason, T. (2020). *Epidemiology and the prevention of mental disorders*. <https://www.vlebooks.com/vleweb/product/openreader?id=none&isbn=9781000349214>

Corblin, M., Fagnere, C., & Marre-Fournier, F. (2021). Déséquilibre du microbiote intestinal et troubles dépressifs. *Actualités Pharmaceutiques*, 60(604), 36-40. <https://doi.org/10.1016/j.actpha.2021.01.012>

Coudert, P., & Rubat Coudert, C. (2020). Les traitements de la dépression. *Actualités Pharmaceutiques*, 59(600), 34-38. <https://doi.org/10.1016/j.actpha.2020.09.015>

Crotty, P. (1993). The Value of Qualitative Research in Nutrition. *Annual Review of Health Social Science*, 3(1), 109-118. <https://doi.org/10.5172/hesr.1993.3.1.109>

Cuijpers, P., Karyotaki, E., Weitz, E., Andersson, G., Hollon, S. D., & van Straten, A. (2014). The effects of psychotherapies for major depression in adults on remission, recovery and improvement : A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 159, 118-126.

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.02.026>

Cuijpers, P., Sijbrandij, M., Koole, S. L., Andersson, G., Beekman, A. T., & Reynolds, C. F. (2014). Adding psychotherapy to antidepressant medication in depression and anxiety disorders : A meta-analysis. *World Psychiatry*, 13(1), 56-67. <https://doi.org/10.1002/wps.20089>

Dawson, S. L., Dash, S. R., & Jacka, F. N. (2016). The Importance of Diet and Gut Health to the Treatment and Prevention of Mental Disorders. In *International Review of Neurobiology* (Vol. 131, p. 325-346). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/bs.irn.2016.08.009>

Del Bucchia, C. (2010). *Le repas familial : Un cas de don polyforme orienté vers l'enfant*. <https://doi.org/10.13097/ARCHIVE-OUVERTE/UNIGE:11940>

Delormier, T., Frohlich, K. L., & Potvin, L. (2009). Food and eating as social practice—Understanding eating patterns as social phenomena and implications for public health. *Sociology of Health & Illness*, 31(2), 215-228. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2008.01128.x>

Delormier, T., & Kuhnlein, H. V. (1999). Dietary Characteristics of Eastern James Bay Cree Women. *ARCTIC*, 52(2), 182-187. <https://doi.org/10.14430/arctic921>

Demoncy, A. (2016). La recherche qualitative : Introduction à la méthodologie de l'entretien. *Kinésithérapie, la Revue*, 16(180), 32-37. <https://doi.org/10.1016/j.kine.2016.07.004>

Dinan, T. G., Stanton, C., & Cryan, J. F. (2013). Psychobiotics : A Novel Class of Psychotropic. *Biological Psychiatry*, 74(10), 720-726. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2013.05.001>

Doré, I., & Caron, J. (2017). Santé mentale : Concepts, mesures et déterminants. *Santé mentale au Québec*, 42(1), 125-145. <https://doi.org/10.7202/1040247ar>

Evans-Lacko, S., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Benjet, C., Bruffaerts, R., Chiu, W. T., Florescu, S., de Girolamo, G., Gureje, O., Haro, J. M., He, Y., Hu, C., Karam, E. G., Kawakami, N., Lee, S., Lund, C., Kovess-Masfety, V., Levinson, D., ... Thornicroft, G. (2018). Socio-economic variations in the mental health treatment gap for people with anxiety, mood, and substance use disorders : Results from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. *Psychological Medicine*, 48(9), 1560-1571. <https://doi.org/10.1017/S0033291717003336>

Ferrari, A. J., Charlson, F. J., Norman, R. E., Patten, S. B., Freedman, G., Murray, C. J. L., Vos, T., & Whiteford, H. A. (2013). Burden of Depressive Disorders by Country, Sex, Age, and Year : Findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *PLoS Medicine*, 10(11), e1001547. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001547>

Field, C. J., & Robinson, L. (2019). Dietary Fats. *Advances in Nutrition*, 10(4), 722-724. <https://doi.org/10.1093/advances/nmz052>

Fisher, J., & Herrman, H. (2009). Part Introduction. In P. S. Chandra, H. Herrman, J. Fisher, M. Kastrup, U. Niaz, M. B. Rondón, & A. Okasha (Éds.), *Contemporary Topics in Women's Mental Health* (p. 499-506). John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/9780470746738.part5>

Fossati, P. (2018). Is major depression a cognitive disorder? *Revue Neurologique*, 174(4), 212-215. <https://doi.org/10.1016/j.neurol.2018.01.365>

Fournier, T. (2011). « Une sociologie de la décision alimentaire. L'observance diététique chez des mangeurs hypercholestérolémiques ». : Thèse de doctorat de sociologie, Université de Toulouse II, juin 2011. Sous la direction de Jean-Pierre Poulain. *Bulletin Amades*, 84. <https://doi.org/10.4000/amades.1270>

French, S., Story, M., Neumark-Sztainer, D., Fulkerson, J., & Hannan, P. (2001). Fast food restaurant use among adolescents : Associations with nutrient intake, food choices and behavioral and psychosocial variables. *International Journal of Obesity*, 25(12), 1823-1833. <https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0801820>

Friedrich, M. J. (2017). Depression Is the Leading Cause of Disability Around the World. *JAMA*, 317(15), 1517. <https://doi.org/10.1001/jama.2017.3826>

Gartlehner, G., Wagner, G., Matyas, N., Titscher, V., Greimel, J., Lux, L., Gaynes, B. N., Viswanathan, M., Patel, S., & Lohr, K. N. (2017). Pharmacological and non-pharmacological treatments for major depressive disorder : Review of systematic reviews. *BMJ Open*, 7(6), e014912. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-014912>

Gedrich, K. (2003). Determinants of nutritional behaviour : A multitude of levers for successful intervention? *Appetite*, 41(3), 231-238. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2003.08.005>

Gibson-Smith, D., Bot, M., Brouwer, I. A., Visser, M., Giltay, E. J., & Penninx, B. W. J. H. (2020). Association of food groups with depression and anxiety disorders. *European Journal of Nutrition*, 59(2), 767-778. <https://doi.org/10.1007/s00394-019-01943-4>

Gisle, L., Drieskens, S., & Demarest, S. (2020). *Enquête de santé 2018 Principaux résultats*. 21.

Głąbska, D., Guzek, D., Groele, B., & Gutkowska, K. (2020). Fruit and Vegetable Intake and Mental Health in Adults : A Systematic Review. *Nutrients*, 12(1), 115. <https://doi.org/10.3390/nu12010115>

Godos, J., Currenti, W., Angelino, D., Mena, P., Castellano, S., Caraci, F., Galvano, F., Del Rio, D., Ferri, R., & Grosso, G. (2020). Diet and Mental Health : Review of the Recent Updates on Molecular Mechanisms. *Antioxidants*, 9(4), 346. <https://doi.org/10.3390/antiox9040346>

Gómez-Pinilla, F. (2008). Brain foods : The effects of nutrients on brain function. *Nature Reviews Neuroscience*, 9(7), 568-578. <https://doi.org/10.1038/nrn2421>

Grawitz, M. (2001). *Méthodes des sciences sociales* (11e éd). Dalloz.

Gundersen, C., & Ziliak, J. P. (2015). Food Insecurity And Health Outcomes. *Health Affairs*, 34(11), 1830-1839. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2015.0645>

Hafizurrachman, M., & Hartono, R. K. (2021). Junk Food Consumption and Symptoms of Mental Health Problems : A Meta-Analysis for Public Health Awareness. *Kesmas: National*

Public Health Journal, 16(1). <https://doi.org/10.21109/kesmas.v16i1.4541>

Healthy diet. (2020). World Health Organization. <https://www.who.int/publications/m/item/healthy-diet-factsheet394>

Herforth, A., Arimond, M., Álvarez-Sánchez, C., Coates, J., Christianson, K., & Muehlhoff, E. (2019). A Global Review of Food-Based Dietary Guidelines. *Advances in Nutrition*, 10(4), 590-605. <https://doi.org/10.1093/advances/nmy130>

Hooper, L., Abdelhamid, A., Bunn, D., Brown, T., Summerbell, C. D., & Skeaff, C. M. (2015). Effects of total fat intake on body weight. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011834>

Housen, T., Lenglet, A., Shah, S., Sha, H., Ara, S., Pintaldi, G., & Richardson, A. (2019). Trauma in the Kashmir Valley and the mediating effect of stressors of daily life on symptoms of posttraumatic stress disorder, depression and anxiety. *Conflict and Health*, 13(1), 58. <https://doi.org/10.1186/s13031-019-0245-6>

Houser, K. A., Vilciă, E. R., Saum, C. A., & Hiller, M. L. (2019). Mental Health Risk Factors and Parole Decisions: Does Inmate Mental Health Status Affect Who Gets Released. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(16), 2950. <https://doi.org/10.3390/ijerph16162950>

Israel, B. A., Checkoway, B., Schulz, A., & Zimmerman, M. (1994). Health Education and Community Empowerment: Conceptualizing and Measuring Perceptions of Individual, Organizational, and Community Control. *Health Education Quarterly*, 21(2), 149-170. <https://doi.org/10.1177/109019819402100203>

Jacka, F. N. (2017). Nutritional Psychiatry: Where to Next? *EBioMedicine*, 17, 24-29. <https://doi.org/10.1016/j.ebiom.2017.02.020>

Jacka, F. N., Mykletun, A., & Berk, M. (2012). Moving towards a population health approach to the primary prevention of common mental disorders. *BMC Medicine*, 10(1), 149. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-10-149>

Jacka, F. N., Pasco, J. A., Williams, L. J., Meyer, B. J., Digger, R., & Berk, M. (2013). Dietary intake of fish and PUFA, and clinical depressive and anxiety disorders in women. *British Journal of Nutrition*, 109(11), 2059-2066. <https://doi.org/10.1017/S0007114512004102>

Jané-Llopis, E., Anderson, P., Stewart-Brown, S., Weare, K., Wahlbeck, K., McDaid, D., Cooper, C., & Litchfield, P. (2011). Reducing the Silent Burden of Impaired Mental Health. *Journal of Health Communication*, 16(sup2), 59-74. <https://doi.org/10.1080/10810730.2011.601153>

Johannessen, B., Skagestad, I., & Bergkaasa, A. M. (2011). Food as medicine in psychiatric care: Which profession should be responsible for imparting knowledge and use of omega-3 fatty acids in psychiatry. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 17(2), 107-112. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2010.08.001>

Jutras, S. (1996). L'Appropriation. Un Modèle Approprié Pour La Promotion De La Santé

Mentale Des Enfants? *Canadian Journal of Community Mental Health*, 15(2), 123-142. <https://doi.org/10.7870/cjcmh-1996-0014>

Kessous, A., & Chalamon, I. (2014). Dis-moi ce que tu manges et je te dirai qui tu es. Approche sémiotique des représentations mentales des marques alimentaires. *Management & Avenir*, 70(4), 33. <https://doi.org/10.3917/mav.070.0033>

Kestler-Peleg, M., Shamir-Dardikman, M., Hermoni, D., & Ginzburg, K. (2015). Breastfeeding motivation and Self-Determination Theory. *Social Science & Medicine*, 144, 19-27. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.09.006>

Khanna, P., & Aeri, B. (2016). The Unexplored Relationship Between Diet & Mental Health : A Review. *Journal of Medical Science And clinical Research*. <https://doi.org/10.18535/jmscr/v4i2.79>

Kim, B., Hong, V. M., Yang, J., Hyun, H., Im, J. J., Hwang, J., Yoon, S., & Kim, J. E. (2016). A Review of Fermented Foods with Beneficial Effects on Brain and Cognitive Function. *Preventive Nutrition and Food Science*, 21(4), 297-309. <https://doi.org/10.3746/pnf.2016.21.4.297>

Kirkpatrick, S. I., & Tarasuk, V. (2008). Food Insecurity Is Associated with Nutrient Inadequacies among Canadian Adults and Adolescents. *The Journal of Nutrition*, 138(3), 604-612. <https://doi.org/10.1093/jn/138.3.604>

Kohn, L., & Christiaens, W. (2015). Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : Apports et croyances: *Reflets et perspectives de la vie économique*, Tome LIII(4), 67-82. <https://doi.org/10.3917/rpve.534.0067>

Labonte, R. (1994). Health Promotion and Empowerment : Reflections on Professional Practice. *Health Education Quarterly*, 21(2), 253-268. <https://doi.org/10.1177/109019819402100209>

Lang, U. E., Beglinger, C., Schweinfurth, N., Walter, M., & Borgwardt, S. (2015). Nutritional Aspects of Depression. *Cellular Physiology and Biochemistry*, 37(3), 1029-1043. <https://doi.org/10.1159/000430229>

Lange, K. W., Lange, K. M., Nakamura, Y., & Kanaya, S. (2020). Is there a role of gut microbiota in mental health? *Journal of Food Bioactives*, 9. <https://doi.org/10.31665/JFB.2020.9213>

Larousse (Éd.). (1999). *Le Larousse de poche 2000 : Dictionnaire de la langue française et de la culture essentielle* (Éd. mise à jour). Larousse.

Larson, N. I., Story, M., Wall, M., & Neumark-Sztainer, D. (2006). Calcium and Dairy Intakes of Adolescents Are Associated with Their Home Environment, Taste Preferences, Personal Health Beliefs, and Meal Patterns. *Journal of the American Dietetic Association*, 106(11), 1816-1824. <https://doi.org/10.1016/j.jada.2006.08.018>

Lassale, C., Batty, G. D., Baghdadli, A., Jacka, F., Sánchez-Villegas, A., Kivimäki, M., & Akbaraly, T. (2019). Healthy dietary indices and risk of depressive outcomes : A systematic review and meta-analysis of observational studies. *Molecular Psychiatry*, 24(7), 965-986.

<https://doi.org/10.1038/s41380-018-0237-8>

Lavallee, K., Zhang, X. C., Michalak, J., Schneider, S., & Margraf, J. (2019). Vegetarian diet and mental health : Cross-sectional and longitudinal analyses in culturally diverse samples. *Journal of Affective Disorders*, 248, 147-154. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.01.035>

Lejeune, C. (2014). *Manuel d'analyse qualitative : Analyser sans compter ni classer*. De Boeck.

LeMoult, J., & Gotlib, I. H. (2019). Depression : A cognitive perspective. *Clinical Psychology Review*, 69, 51-66. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.06.008>

Li, Y., Lv, M.-R., Wei, Y.-J., Sun, L., Zhang, J.-X., Zhang, H.-G., & Li, B. (2017). Dietary patterns and depression risk : A meta-analysis. *Psychiatry Research*, 253, 373-382. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.04.020>

Liu, R. T. (2017). The microbiome as a novel paradigm in studying stress and mental health. *American Psychologist*, 72(7), 655-667. <https://doi.org/10.1037/amp0000058>

Logan, A. C., & Jacka, F. N. (2014). Nutritional psychiatry research : An emerging discipline and its intersection with global urbanization, environmental challenges and the evolutionary mismatch. *Journal of Physiological Anthropology*, 33(1), 22. <https://doi.org/10.1186/1880-6805-33-22>

Lugo-Candelas, C. I., Harvey, E. A., Breau, R. P., & Herbert, S. D. (2016). Ethnic Differences in the Relation Between Parental Emotion Socialization and Mental Health in Emerging Adults. *Journal of Child and Family Studies*, 25(3), 922-938. <https://doi.org/10.1007/s10826-015-0266-8>

Malhi, G. S., & Mann, J. J. (2018). Depression. *The Lancet*, 392(10161), 2299-2312. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31948-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31948-2)

Malhi, G. S., Outhred, T., Hamilton, A., Boyce, P. M., Bryant, R., Fitzgerald, P. B., Lyndon, B., Mulder, R., Murray, G., Porter, R. J., Singh, A. B., & Fritz, K. (2018). Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for mood disorders : Major depression summary. *Medical Journal of Australia*, 208(4), 175-180. <https://doi.org/10.5694/mja17.00659>

Marx, W., Moseley, G., Berk, M., & Jacka, F. (2017). Nutritional psychiatry : The present state of the evidence. *Proceedings of the Nutrition Society*, 76(4), 427-436. <https://doi.org/10.1017/S0029665117002026>

Messina, G., Chieffi, S., Viggiano, A., Tafuri, D., Cibelli, G., Valenzano, A., Triggiani, A. I., Messina, A., De Luca, V., & Monda, M. (2016). Parachute Jumping Induces More Sympathetic Activation Than Cortisol Secretion in First-Time Parachutists. *Asian Journal of Sports Medicine*, 7(1). <https://doi.org/10.5812/asjms.26841>

Mineka, S., & Zinbarg, R. (2006). A contemporary learning theory perspective on the etiology of anxiety disorders : It's not what you thought it was. *American Psychologist*, 61(1), 10-26. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.61.1.10>

- Mirabel-Sarron, C., & Docteur, A. (2021). Leçon 9. L'activation comportementale. In *Apprendre à soigner les dépressions: Vol. 2e éd.* (p. 164-177). Dunod; Cairn.info.
<https://www.cairn.info/apprendre-a-soigner-les-depressions--9782100798865-p-164.htm>
- Monteiro, B. C., Monteiro, S., Candida, M., Adler, N., Paes, F., Rocha, N., Nardi, A. E., Murillo-Rodriguez, E., & Machado, S. (2017). Relationship Between Brain-Derived Neurotrophic Factor (Bdnf) and Sleep on Depression : A Critical Review. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 13(1), 213-219.
<https://doi.org/10.2174/1745017901713010213>
- Mörkl, S., Wagner-Skacel, J., Lahousen, T., Lackner, S., Holasek, S. J., Bengesser, S. A., Painold, A., Holl, A. K., & Reininghaus, E. (2020). The Role of Nutrition and the Gut-Brain Axis in Psychiatry : A Review of the Literature. *Neuropsychobiology*, 79(1), 80-88.
<https://doi.org/10.1159/000492834>
- Mucchielli, A. (Éd.). (2009). *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales* (3. éd. mise à jour et augmentée). Colin.
- Mulder, R., Boden, J., Carter, J., Luty, S., & Joyce, P. (2017). Ten month outcome of cognitive behavioural therapy v. Interpersonal psychotherapy in patients with major depression : A randomised trial of acute and maintenance psychotherapy. *Psychological Medicine*, 47(14), 2540-2547. <https://doi.org/10.1017/S0033291717001106>
- Murcott, A. (1995). Social influences on food choice and dietary change : A sociological attitude. *Proceedings of the Nutrition Society*, 54(3), 729-735.
<https://doi.org/10.1079/PNS19950072>
- Niles, A. N., Dour, H. J., Stanton, A. L., Roy-Byrne, P. P., Stein, M. B., Sullivan, G., Sherbourne, C. D., Rose, R. D., & Craske, M. G. (2015). Anxiety and depressive symptoms and medical illness among adults with anxiety disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 78(2), 109-115. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2014.11.018>
- Olkhovikov, K., Zhuravleva, L., Ojha, N. K., Zarubina, E., & Ruchkin, A. (2020). Nutrition as a sociological phenomenon. *E3S Web of Conferences*, 222, 06012.
<https://doi.org/10.1051/e3sconf/202022206012>
- Organisation Mondiale de la Santé. (1986). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. Retrieved from https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf?ua=1
- Organisation Mondiale de la Santé. (2021). *Replace trans fat : Un programme d'action pour éliminer les acides gras trans (AGT) industriels*. Organisation mondiale de la Santé.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/340416>
- Otheman, Y., Fakir, A., Kadiri, M., & Bichra, M. Z. (2018). La fréquence des symptômes physiques dans les troubles anxio-dépressifs : Étude transversale chez une population de 202 consultants psychiatriques. *Pan African Medical Journal*, 31.
<https://doi.org/10.11604/pamj.2018.31.149.15738>
- Pachoud, B. (2011). Le handicap psychique, une réalité pluridimensionnelle irréductible à la

maladie mentale. *Le Carnet PSY*, 158(9), 36. <https://doi.org/10.3917/lcp.158.0036>

Paquette, M.-C. (2005). Perceptions de la saine alimentation : État actuel des connaissances et lacunes au niveau de la recherche. *Canadian Journal of Public Health*, 96(S3), S16-S21. <https://doi.org/10.1007/BF03405196>

Parletta, N., Zarnowiecki, D., Cho, J., Wilson, A., Bogomolova, S., Villani, A., Itsiopoulos, C., Niyonsenga, T., Blunden, S., Meyer, B., Segal, L., Baune, B. T., & O'Dea, K. (2019). A Mediterranean-style dietary intervention supplemented with fish oil improves diet quality and mental health in people with depression: A randomized controlled trial (HELFIMED). *Nutritional Neuroscience*, 22(7), 474-487. <https://doi.org/10.1080/1028415X.2017.1411320>

Payette, H., & Shatenstein, B. (2005). Les déterminants de la saine alimentation chez les personnes âgées vivant dans la collectivité. *Canadian Journal of Public Health*, 96(S3), S30-S35. <https://doi.org/10.1007/BF03405198>

Penninx, B. W., Milaneschi, Y., Lamers, F., & Vogelzangs, N. (2013). Understanding the somatic consequences of depression: Biological mechanisms and the role of depression symptom profile. *BMC Medicine*, 11(1), 129. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-11-129>

Pizarro, N., & de la Torre, R. (2018). Inter-relationship of the Intestinal Microbiome, Diet, and Mental Health. *Current Behavioral Neuroscience Reports*, 5(1), 1-12. <https://doi.org/10.1007/s40473-018-0147-8>

Plus d'1 personne sur 10 en Belgique souffre d'un trouble mental. (s. d.). [Text]. [sciensano.be](https://www.sciensano.be). Consulté 19 novembre 2021, à l'adresse <https://www.sciensano.be/fr/coin-presse/plus-d1-personne-sur-10-en-belgique-souffre-dun-trouble-mental>

Polivy, J., & Herman, C. P. (2005). La santé mentale et les comportements alimentaires : Une relation bidirectionnelle. *Canadian Journal of Public Health*, 96(S3), S49-S53. <https://doi.org/10.1007/BF03405201>

Povlsen, L., & Borup, I. (2015). Health Promotion : A developing focus area over the years. *Scandinavian Journal of Public Health*, 43(16_suppl), 46-50. <https://doi.org/10.1177/1403494814568595>

Power, E. M. (2005). Les déterminants de la saine alimentation chez les Canadiens à faible revenu. *Canadian Journal of Public Health*, 96(S3), S42-S48. <https://doi.org/10.1007/BF03405200>

Prevalence, Severity, and Unmet Need for Treatment of Mental Disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. (2004). *JAMA*, 291(21), 2581. <https://doi.org/10.1001/jama.291.21.2581>

Principaux repères sur la dépression. (2021, septembre 13). Organisation mondiale de la santé. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Rahe, C., Unrath, M., & Berger, K. (2014). Dietary patterns and the risk of depression in adults : A systematic review of observational studies. *European Journal of Nutrition*, 53(4), 997-1013. <https://doi.org/10.1007/s00394-014-0652-9>

Raine, K. D. (2005). Les déterminants de la saine alimentation au Canada : Aperçu et synthèse. *Canadian Journal of Public Health*, 96(S3), S8-S15. <https://doi.org/10.1007/BF03405195>

Rocha, A. dos S., Teixeira, C. S. S., Coelho, C. G., Alves, F. J. O., & Machado, D. B. (2021). The relationship between nutritional deficiencies and mental health. *Revista Chilena de Nutrición*, 48(1), 103-108. <https://doi.org/10.4067/S0717-75182021000100103>

Rose, G., Khaw, K.-T., & Marmot, M. (2008). *Rose's Strategy of Preventive Medicine*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780192630971.001.0001>

Rozin, P. (1996). The socio-cultural context of eating and food choice. In H. L. Meiselman & H. J. H. MacFie (Éds.), *Food Choice, Acceptance and Consumption* (p. 83-104). Springer US. https://doi.org/10.1007/978-1-4613-1221-5_2

Rucklidge, J. J., Johnstone, J. M., & Kaplan, B. J. (2021). Nutrition Provides the Essential Foundation for Optimizing Mental Health. *Evidence-Based Practice in Child and Adolescent Mental Health*, 6(1), 131-154. <https://doi.org/10.1080/23794925.2021.1875342>

Ruscio, A. M., Hallion, L. S., Lim, C. C. W., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Andrade, L. H., Borges, G., Bromet, E. J., Bunting, B., Caldas de Almeida, J. M., Demyttenaere, K., Florescu, S., de Girolamo, G., Gureje, O., Haro, J. M., He, Y., Hinkov, H., Hu, C., Scott, K. M. (2017). Cross-sectional Comparison of the Epidemiology of DSM-5 Generalized Anxiety Disorder Across the Globe. *JAMA Psychiatry*, 74(5), 465. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.0056>

Sandrin, B. (2013). Éducation thérapeutique et promotion de la santé : Quelle démarche éducative ? *Santé Publique*, S2(HS2), 125. <https://doi.org/10.3917/spub.133.0125>

Sanz, Y., Romani-Perez, M., Benítez-Páez, A., Portune, K. J., Brigidi, P., Rampelli, S., Dinan, T., Stanton, C., Delzenne, N., Blachier, F., Neyrinck, A. M., Beaumont, M., Olivares, M., Holzer, P., Günther, K., Wolters, M., Ahrens, W., Claus, S. P., Campoy, C., van der Kamp, J.-W. (2018). Towards microbiome-informed dietary recommendations for promoting metabolic and mental health : Opinion papers of the MyNewGut project. *Clinical Nutrition*, 37(6), 2191-2197. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2018.07.007>

Schlienger, J.-L. (2017). *Diététique en pratique médicale courante* (2e éd). Elsevier Masson. Sparling, T. M., Cheng, B., Deeney, M., Santoso, M. V., Pfeiffer, E., Emerson, J. A., Amadi, F. M., Mitu, K., Corvalan, C., Verdelli, H., Araya, R., & Kadiyala, S. (2021). Global Mental Health and Nutrition : Moving Toward a Convergent Research Agenda. *Frontiers in Public Health*, 9, 722290. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.722290>

Storey, K. E., Hanning, R. M., Lambraki, I. A., Driezen, P., Fraser, S. N., & McCargar, L. J. (2009). Determinants of Diet Quality Among Canadian Adolescents. *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research*, 70(2), 58-65. <https://doi.org/10.3148/70.2.2009.58>

Suez, J., Korem, T., Zeevi, D., Zilberman-Schapira, G., Thaiss, C. A., Maza, O., Israeli, D., Zmora, N., Gilad, S., Weinberger, A., Kuperman, Y., Harmelin, A., Kolodkin-Gal, I., Shapiro, H., Halpern, Z., Segal, E., & Elinav, E. (2014). Artificial sweeteners induce glucose intolerance by altering the gut microbiota. *Nature*, 514(7521), 181-186.

<https://doi.org/10.1038/nature13793>

Tapia Granados, J. A. (2002). Fast food nation : The dark side of the all-American meal. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 12(2), 146-147. <https://doi.org/10.1590/S1020-49892002000800019>

Tappenden, K. A., Quatrara, B., Parkhurst, M. L., Malone, A. M., Fanjiang, G., & Ziegler, T. R. (2013). Critical Role of Nutrition in Improving Quality of Care : An Interdisciplinary Call to Action to Address Adult Hospital Malnutrition. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, 37(4), 482-497. <https://doi.org/10.1177/0148607113484066>

Teasdale, S. B., Burrows, T. L., Hayes, T., Hsia, C. Y., Watkins, A., Curtis, J., & Ward, P. B. (2020). Dietary intake, food addiction and nutrition knowledge in young people with mental illness. *Nutrition & Dietetics*, 77(3), 315-322. <https://doi.org/10.1111/1747-0080.12550>

Teixeira Magalhães-Guedes, K., Souza Marques do Nascimento, A., Andrade da Anunciação, T., & Eduardo Soares, S. (2020). Psychobiotics in daily food against psychiatric disorders. *African Journal of Food Science*, 14(6), 161-166. <https://doi.org/10.5897/AJFS2020.1927>

Travers, K. D. (1997). Nutrition Education for Social Change : Critical Perspective. *Journal of Nutrition Education*, 29(2), 57-62. [https://doi.org/10.1016/S0022-3182\(97\)70156-0](https://doi.org/10.1016/S0022-3182(97)70156-0)

Ventriglio, A., Sancassiani, F., Contu, M. P., Latorre, M., Di Slavatore, M., Fornaro, M., & Bhugra, D. (2020). Mediterranean Diet and its Benefits on Health and Mental Health : A Literature Review. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 16(1), 156-164. <https://doi.org/10.2174/1745017902016010156>

Vozoris, N. T., & Tarasuk, V. S. (2003). Household Food Insufficiency Is Associated with Poorer Health. *The Journal of Nutrition*, 133(1), 120-126. <https://doi.org/10.1093/jn/133.1.120>

Wallerstein, N., & Bernstein, E. (1994). Introduction to Community Empowerment, Participatory Education, and Health. *Health Education Quarterly*, 21(2), 141-148. <https://doi.org/10.1177/109019819402100202>

Wanders, A., Zock, P., & Brouwer, I. (2017). Trans Fat Intake and Its Dietary Sources in General Populations Worldwide : A Systematic Review. *Nutrients*, 9(8), 840. <https://doi.org/10.3390/nu9080840>

Wattick, R., Hagedorn, R., & Olfert, M. (2018). Relationship between Diet and Mental Health in a Young Adult Appalachian College Population. *Nutrients*, 10(8), 957. <https://doi.org/10.3390/nu10080957>

Weitz, E. S., Hollon, S. D., Twisk, J., van Straten, A., Huibers, M. J. H., David, D., DeRubeis, R. J., Dimidjian, S., Dunlop, B. W., Cristea, I. A., Faramarzi, M., Hegerl, U., Jarrett, R. B., Kheirkhah, F., Kennedy, S. H., Mergl, R., Miranda, J., Mohr, D. C., Rush, A. J., ... Cuijpers, P. (2015). Baseline Depression Severity as Moderator of Depression Outcomes Between Cognitive Behavioral Therapy vs Pharmacotherapy : An Individual Patient Data Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 72(11), 1102. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.1516>

Wilkinson, S., & Himstedt, K. (2008). Establishing an innovative model of nutrition and dietetic

care for a mental health service through collaboration with non-nutrition healthcare workers. *Nutrition & Dietetics*, 65(4), 279-283. <https://doi.org/10.1111/j.1747-0080.2008.00310.x>

World Health Organization. (2008). *The global burden of disease : 2004 update*. 146.

World Health Organization. (2012). Guideline : Sodium intake for adults and children. In *Directives : Sur l'apport en sodium chez l'adulte et chez l'enfant : Résumé d'orientation*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/77985>

World Health Organization. (2015). *Guideline : Sugars intake for adults and children*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/149782>

World Health Organization. (2021). *REPLACE trans fat : An action package to eliminate industrially produced trans-fatty acids*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331301>

Wu, G. D., Chen, J., Hoffmann, C., Bittinger, K., Chen, Y.-Y., Keilbaugh, S. A., Bewtra, M., Knights, D., Walters, W. A., Knight, R., Sinha, R., Gilroy, E., Gupta, K., Baldassano, R., Nessel, L., Li, H., Bushman, F. D., & Lewis, J. D. (2011). Linking Long-Term Dietary Patterns with Gut Microbial Enterotypes. *Science*, 334(6052), 105-108. <https://doi.org/10.1126/science.1208344>

Wu, H., Yin, X., Chai, X., Li, Y., Wang, G., Yang, X., Sun, Y., Ren, S., Bi, C., Li, M., & Liu, Y. (2019). Research on Mental Sub-health of Chinese Han Adolescents with Different Nutritional Statuses. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*, 177(4), 313-318. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2018.09.010>

Xiong, J., Lipsitz, O., Nasri, F., Lui, L. M. W., Gill, H., Phan, L., Chen-Li, D., Iacobucci, M., Ho, R., Majeed, A., & McIntyre, R. S. (2020). Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population : A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 277, 55-64. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.08.001>

Zhuravleva, L., Zarubina, E., Ruchkin, A., Simachkova, N., & Chupina, I. (2021). Sociology of nutrition : Theory and practice. *E3S Web of Conferences*, 254, 10027. <https://doi.org/10.1051/e3sconf/202125410027>

ANNEXES

1. Annexe n°1 - Le guide d'entretien

INTRODUCTION

Bonjour, un tout grand merci de m'accorder une partie de votre temps pour mon travail de fin d'étude. Je m'appelle Floriane ROUVEZ. Je suis étudiante en deuxième année de master en sciences de la santé publique à l'Université Catholique de Louvain. Je réalise actuellement un mémoire concernant le lien entre l'alimentation et la santé mentale. Plus précisément, j'aimerais analyser comment les institutions et services de soins de santé mentale implémentent une prévention diétético-alimentaire à destination de leurs patients souffrant de troubles de la santé mentale de type dépressif ou anxieux. Votre point de vue, vos connaissances, vos expériences professionnelles et votre perspective face à la question me seront très utiles.

Lors de cet entretien, je vais vous poser plusieurs questions où vous devez vous sentir libre de répondre avec les éléments qui vous sont le plus approprié. Il n'y a pas de mauvaise réponse. Cet entretien durera environ 1 heure.

Pouvez-vous me dire si vous êtes d'accord d'être enregistré lors de cet entretien ?

Sentez-vous libre de m'interrompre si vous désirez que certains passages de l'entretien ne soient pas enregistrés. Toutes les informations recueillies dans cet entretien seront réécoutées uniquement par moi-même et resteront strictement anonymes. Si vous le désirez, je peux vous envoyer le contenu par mail, après avoir retranscrit l'entretien.

Avez-vous des questions particulières avant de démarrer cet entretien ?

PARTIE 1 : PRESENTATION

- Est-ce que vous pouvez vous **présenter** en quelques mots ?
 - Quelle est votre **fonction** précise au sein de votre institution ou votre service ?

- Comment participez-vous à la **prise en charge** des personnes atteintes de dépression et/ou d'anxiété ?
- Quel est le **type d'institution ou de service** dans laquelle vous travaillez ? (Taille, secteur d'activité, type de patients, ambulatoire/hospitalisation, durée de séjour)
- Comment se déroule de manière générale la **prise en charge des patients atteints de dépression ou d'anxiété** ? Quelle est le **modèle, le paradigme de soins, l'approche de l'institution** face à leur prise en charge ?

PARTIE 2 : CONNAISSANCES ET REPRESENTATIONS DES SOIGNANTS FACE A LA QUESTION DU LIEN ENTRE L'ALIMENTATION ET LA SANTE MENTALE

- Quelles sont vos **connaissances** face au lien qui unit l'alimentation et la santé mentale ?
- Trouvez-vous cela **important et judicieux d'intégrer la dimension de l'alimentation** dans la prise en charge des patients atteints de dépression et d'anxiété ? (informations, ateliers, conseils, ...)
- Comment se **positionne votre institution ou votre service** face à la prévention diétético-alimentaire des patients dépressifs et anxieux (au niveau de la direction, des objectifs de l'institution) ?
- D'un point de vue personnel, souhaitez-vous vous **investir** dans ce type d'intervention auprès du patient ?

PARTIE 3 : COMPORTEMENTS ALIMENTAIRES DES PATIENTS ATTEINTS DE DEPRESSION ET D'ANXIETE

- Quels types **d'habitudes alimentaires** sont observables chez vos patients dépressifs et anxieux ?
- Existe-t-il un **profil précis** de patients dépressifs et anxieux ayant de **mauvaises habitudes alimentaires** ? (Age, sexe, statut socio-économique, antécédents, culture alimentaire, profession, ...)

- Les **habitudes alimentaires** des patients dépressifs et anxieux sont-elles **évaluées** au-delà de l'appétit (au niveau de l'anamnèse, durant la prise en charge, pour le retour à domicile, ...) ?
- Est-ce que vos patients seraient ouverts à bénéficier de **conseils alimentaires/diététiques/d'approfondissement de leurs comportements alimentaires** ?
 - Si oui, par quels moyens ?
 - Si non, quels sont les obstacles qui peuvent être mis en évidence ?

PARTIE 4 : ELEMENTS DÉJÀ MIS EN PLACE DANS L'INSTITUTION/LE SERVICE

- Existe-t-il un **suivi nutritionnel** ou une **prévention diétético-alimentaire** des patients dépressifs et anxieux dans votre institution ou votre service à court ou long terme ?
 - Si oui
 - Sous quelle **forme** se présente-t-il ?
 - Comment **s'organise-t-il** ?
 - Des **nutritionnistes/diététiciens** sont-ils impliqués dans le suivi ?
 - Si ce n'est pas le cas, que pensez-vous **d'intégrer un nutritionniste/diététicien** à la prise en charge des patients dépressifs et anxieux ?
 - Si non
 - Le **sujet de l'alimentation** est-il tout de même **abordé** avec vos patients dépressifs et anxieux ?
- Les patients ayant une longue durée de séjour, sont-ils demandeurs **d'approches alternatives** aux traitements strictement médicaux et pharmacologiques ?
 - Si oui, quels sont les **types d'interventions** ? (Ateliers spécifiques, luminothérapie, ...)
 - En particulier, est-ce qu'il y a des **demandes relatives à l'alimentation** ?
- Y-a-t-il eu des **démarches spécifiques** avec les fournisseurs, les cuisines, pour veiller à la qualité de l'alimentation (des modifications, des adaptations) ?

PARTIE 5: DETERMINANTS ALIMENTAIRES DES PATIENTS

- Quels sont les **facteurs favorisant** la bonne alimentation **chez les patients dépressifs et anxieux** ?
- Quels sont les **facteurs défavorisant** la bonne alimentation **chez les patients dépressifs et anxieux** ? Les patients expriment-ils des **difficultés** à acquérir de bonnes habitudes alimentaires ? Si oui, quelles sont leurs difficultés ?
- Quels sont les **facteurs favorisant** la bonne alimentation **dans votre institution ou votre service** (dans l'organisation, la structure, ...) ?
- Quels sont les **facteurs défavorisant** la bonne alimentation **dans votre institution ou votre service** (dans l'organisation, la structure, ...) ?

PARTIE 6 : FONCTIONS DU SOIGNANT FACE A LA QUESTION DU LIEN ENTRE L'ALIMENTATION ET LA SANTE MENTALE

Questions pour les soignants n'étant pas diététiciens :

- Est-ce que la prévention des patients dépressifs et anxieux par l'alimentation **fait-elle partie de votre rôle** de soignant (responsabilités, missions, ...) ?
 - Si oui, comment ?
 - Si non, pensez-vous pouvoir jouer un **rôle quotidien** dans la bonne alimentation des patients atteints de dépression ou de troubles anxieux (Pouvoir, actions, ressources) ?

PARTIE 7 : CONCLUSION

L'entretien est terminé. Avez-vous des questions ou des suggestions ?

Un tout grand merci pour le temps que vous m'avez accordé.

2. Annexe n°2 - Le contexte des entretiens des parties prenantes

Entretiens	Fonctions	Forme de l'entretien	Durée de l'entretien
Entretien 1 (E1)	Infirmière chef adjointe	En présentiel dans un local isolé en face de l'école de santé publique	46 minutes
Entretien 2 (E2)	Infirmière	Par téléphone	53 minutes
Entretien 3 (E3)	Psychologue clinicienne	Par vidéoconférence	35 minutes
Entretien 4 (E4)	Infirmière	Par téléphone	44 minutes
Entretien 5 (E5)	Infirmier	Par téléphone	51 minutes
Entretien 6 (E6)	Diététicienne	Par téléphone	42 minutes
Entretien 7 (E7)	Médecin Assistante psychiatre, spécialisée en psychiatrie de l'adulte	Par téléphone	36 minutes
Entretien 8 (E8)	Diététicienne et coordinatrice médicale	Par vidéoconférence	40 minutes
Entretien 9 (E9)	Diététicienne spécialisée en psychiatrie	Par téléphone	23 minutes
Entretien 10 (E10)	Médecin Assistant psychiatre	Par téléphone	29 minutes

3. Annexe n°3 – Les retranscriptions des entretiens

Voir le fichier annexe par voie électronique

