

RETRANSCRIPTIONS: Retranscription entretien 1

- **Est-ce que tu peux te présenter en quelques mots ?**
- Je m'appelle X, je suis infirmière chef adjointe à l'unité 2 à la Ramée, c'est un service de troubles de comportements alimentaires et de psychiatrie générale. Et je suis étudiante en même temps en master en santé publique en dernière année.
- **Comment est-ce que tu participes à la prise en charge des personnes atteintes de dépression et/ou d'anxiété ?**
- En psychiatrie, on fonctionne sous forme de référence. Chaque infirmier a des patients référents, de 4 jusqu'à 5 temps pleins, et donc par exemple, anxiété ce n'est pas une pathologie mais plus dépression et avec des symptômes anxieux, souvent ce sera sur du très long terme, et donc ça va être partir de où est le patient de où il arrive, de voir les objectifs d'hospitalisation, de voir vers où il veut aller, travailler sur ces centres d'intérêts avant qu'il soit atteint de dépression, et de vraiment d'accompagner dans un mieux-être car ils ne sortent jamais guéris ça c'est pas possible. D'aller vers un mieux-être et de permettre d'accrocher vers un projet qui fait que, à la maison, dans une autre structure, après l'hôpital, ils puissent continuer à travailler sur leur rétablissement.
- **L'institution dans laquelle tu te trouves, quelle est sa taille ? Son type d'activité ? Les types de patients ?**
- Là où je suis travaille fait partie du groupe Upsilon. Moi je travaille dans une clinique, c'est la Clinique La Ramée. C'est une Clinique de 3 services et il y a environ 100 patients. Là où je travaille, il y a une capacité de 34 lits et il y a plus ou moins, 10-15 personnes souffrant de psychiatrie générale et donc on a pas 15 personnes souffrant de dépression ou avec des anxiétés mais donc il y a 15 patients, et donc potentiellement des patients souffrant de dépression vont faire partie de ces 15 là.
- **Quels sont les types d'habitudes alimentaires qui sont observables chez les patients anxieux et dépressifs ?**
- Dans la dépression, ce qui se manifeste vraiment, c'est au cas par cas, il n'y a pas de cas d'école, ce n'est vraiment pas ce que l'on voit sur le terrain. 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 mains prises sur quelque chose dans leur vie car ils sont tellement dans un état parfois plus que la dépression telle que la mélancolie, et ils peuvent plus rien faire, ils sont, c'est apathie, ils ressentent plus rien, ils veulent plus rien, ils ont plus envie de rien, ils restent dans leur lit, dans leur chambre, dans un endroit où ils se sentent en sécurité, et là, la seule chose qu'ils peuvent faire c'est manger et des choses qui leur plaisent et ils ne peuvent pas aux répercussions, ou si c'est bien ou pas, c'est la seule chose qui pourraient leur aider en tout cas à aller mieux, et à l'inverse, il y en a certains autres dans la dépression, le refus ou ne pas manger, c'est moins, c'est 60% ils mangent plus et 40% ils mangent moins. J'ai travaillé dans un autre service où là il y avait sur 28 patients facilement 10-15 personnes dépressives donc voilà, par rapport à l'expérience que j'ai, pour moi, c'est plus ils mangent par rapport à ce qu'ils arrêtent. Les patients qui arrêtent de manger, c'est juste parce qu'ils voient pas l'intérêt que là, il y a réellement dans la mélancolie, le désir de mourir, etc. Dans ces cas-là, ils vont manger autre chose, au lieu de manger un plan normal, ils vont prendre un

paquet de biscuits en mode ça ira et ils vont faire avec. Ce qui est compliqué c'est que l'anxiété est pas une maladie, c'est un symptôme, et donc toutes les pathologies y compris les personnes non pathologiques peuvent être anxieuses. C'est pour ça que c'est compliqué. On peut avoir des personnes anxieuses mais par exemple, là je travaille avec des personnes avec des troubles alimentaires, elles sont anxieuses 80% du temps. C'est pour ça que c'est compliqué d'exprimer la relation de comment ça se passe au niveau de leur comportement alimentaire parce que le comportement alimentaire va se manifester par la pathologie et pas par les symptômes. Quelqu'un qui va beaucoup manger vont être des personnes boulimiques vont manger énormément et elles vont être anxieuses. Une personne anorexique va quasi rien manger et elle va être anxieuse. Même des gens non atteints de maladie non psychiatriques, ils vont être anxieux, ils vont manger plus. Donc pour moi l'anxiété, si on prend de manière générale l'anxiété, les gens ont tendance à plus manger.

- **Outre le fait que les patients mangent plus ou moins, est-ce qu'il y a des aliments ou des autres habitudes qui ressortent ?**
- Pour moi, c'est purement des aliments avec des additifs. Donc on va voir des choses comme des chips, des biscuits, tout ce qui est cuisine industrielle comme les petits gâteaux, même genre les princes, les frangipanes. Quand ils achètent le paquet, dans l'heure, le paquet est mangé. C'est rarement « je vais m'acheter un kilo de pommes et je vais les manger ». Et pour moi, c'est relié au côté de la fabrication industrielle, je ne sais plus exactement mais je sais qu'il y a des connections qui permettent de se sentir mieux, il y a le chocolat qui fait que ça aide, mais il y a tous des additifs et des trucs comme ça qui font qu'on se sent mieux quand on mange ce genre de choses. Et donc pour moi, c'est lié. C'est pareil, le paquet de chips il descend en 3 minutes quand les gens sont pas bien.
- **Est-ce qu'il y a un profil précis de patient qui ont des mauvaises habitudes alimentaires comme par exemple un statut socio-économique qui ressort, un âge spécifique, une certaine culture, certains antécédents, les femmes ou les hommes ?**
- Pour moi, non. J'aurai plutôt tendance à croire que dire, c'est à vérifier mais, plus la situation sociale est élevée, moins on est dans l'hyperphagie, le comportement excessif pour devoir compenser quelque chose au niveau émotionnel. J'aurais plutôt tendance à croire cela. Au niveau de l'âge, homme ou femme, pour moi ça change rien. C'est vraiment si ils sont dans un cercle social un peu plus élevé, il y a plus la tendance de pas manger. Et quand on est dans un cercle social plus bas, on a tendance « manger manger manger manger », c'est ce que j'ai vu en tout cas. J'ai vu des gros extrêmes.
- **Est-ce que ces habitudes alimentaires sont évaluées durant la prise en charge au-delà de l'appétit ?**
- Là, juste dans mon service aujourd'hui, on travaille avec des personnes dépressives, comme on est dans un service alimentaire. De toute façon, on fait le menu avec eux, c'est un menu qui reste standard, en fait on va pas forcément mettre en place quelque chose de spécifique au départ, par contre ce qui va être surveillé. Généralement, c'est pour tous les patients mais on aura aussi tendance à surveiller aussi les comportements alimentaires. Si on voit, j'en ai eu un il y a pas longtemps, c'était la mélancolie, c'était un paquet de Lu de 13h à 14h, un paquet de chips de 14h à 15h, deux paquets de barres de chocolat de 15h à 16h et on les pèse une fois par semaine. Après une semaine, il avait pris 1,5 kg. On fait de la prévention, on explique

etc. La deuxième semaine, il a +4 et donc là on va plus être en mode, ce sont des personnes libres, elles peuvent sortir de la clinique, elles peuvent aller acheter quelque chose en bas, on va pas les empêcher, mais on va plus essayer de travailler avec eux en mode voilà les aider à comprendre comment on peut faire pour que ce besoin de déposer ou d'avalier quelque chose soit mis ailleurs, les amener vers des activités, de pouvoir parler avec eux, de mettre en place, alors c'est une aide à la restriction, c'est compliqué, c'est voilà vous avez du mal, je peux peut-être vous aider à, on garde en cuisine certaines choses et on vous donne certaines choses pour vous aider à structurer la prise alimentaire. Que ce soit pas le paquet mais qu'on vous donne 3,4 biscuits ou voir 5, c'est déjà moins.

• **C'est pas systématique comme prise en charge ?**

- C'est si on voit qu'il y a une grosse prise, si on voit vraiment que le patient fini par ne pas 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 la prise de sang sont bonnes, si il n'y a pas de trop grosse prise de poids, on va strictement rien faire. On va rien faire. On va lui demander si tout va bien niveau alimentaire, si lui ça va.

• **Même pour le retour à domicile ?**

- Rien. Rien du tout.

• **On va entrer dans la partie de ce qui a été mis en place dans l'institution, comment est-ce que se déroule la prise en charge générale des patients atteints d'anxiété ou de dépression ? Quelle est la philosophie de l'institution par rapport à ça ?**

- Nous on a la chance d'avoir pas mal de paramédicaux. Donc dans l'équipe, il y a des infirmières référentes, l'équipe nursing, les psychiatres, psychologues individuels, éducateurs, psychologues de famille et assistante sociale. Les patients ont tous une infirmière référente, tout le monde en a une, infirmière, l'équipe est là donc ils peuvent s'adresser si la personne est pas là, les éducateurs, seulement pour les mineurs (en dessous de 19 ans). En tout cas chez nous, les jeunes vont jusqu'à 19 ans. Psychologues individuels et psychiatres, d'office. Les psychologues de famille c'est à la demande, voir pourquoi ils viennent, voir la problématique, voir en quoi ça pourrait les aider. Donc la prise en charge concerne dans un premier temps, avant même qu'ils arrivent parfois, c'est de voir c'est quoi la problématique, sur quoi ils veulent travailler, où ils ont envie d'aller. Ce n'est pas la guérison. C'est vraiment est ce que vous voulez travailler ça, quitte à aller à l'extérieur, ça c'est ce qu'on va faire. Nous on va vraiment axer. J'ai envie de dire, nous on va axer le travail sur encourager le patient à travailler avec nous. Il y a la notion de rétablissement, c'est on va travailler avec le patient, c'est tu ne vas pas guérir mais on va t'apprendre à vivre avec ta maladie. C'est vraiment de l'aider à dire certaines personnes ne guérissent jamais, mais c'est de se dire, on va les aider à anticiper ce qu'ils ressentent, à dire ce qu'ils ressentent. Ben là, quand il y a des moments assez compliqués, quand il y a, face à telle vision, tel discours, tel machin ça lui rappelle que et que ça lui met encore plus mal par rapport à ce qu'il est, c'est d'anticiper, d'éviter ces situations-là. Le recours aux médicaments, il y a toujours un traitement de base. Un traitement de fond. Il y a des réserves qui sont là. C'est vrai qu'on travaille vraiment sur le discours, on essaye d'éviter de donner des traitements, en tout cas, si possible d'en donner le moins possible. Mais il y a des moments si la personne est anxieuse, il y a des moments, c'est le seul moyen pour arrêter l'anxiété, en tout cas la montée de l'anxiété et parfois ça aide à ce que le patient redescende un peu, que le patient

142 puisse parler, à aller un peu mieux. Le traitement, ce n'est pas ce qu'on donne
143 d'office.

- 144 • **Pour en revenir à la prise en charge par l'alimentation, on a parlé de l'évaluation**
145 **des habitudes alimentaires est-ce que dans le traitement en lui-même, est-ce qu'il y**
146 **a un suivi nutritionnel ?**
- 147 • Absolument pas. On a un menu typique, ce sont les infirmières qui placent le menu.
148 Notre diététicienne ne s'occupe que des troubles alimentaires, donc nous on met un
149 menu de base, c'est-à-dire un menu normal avec des quantités normales et on voit
150 avec le patient ses habitudes à la maison, quitte à mettre des choses en plus, ça on
151 peut, mais cela ne va pas forcément être lié, à cause de la dépression, on va peut-
152 être mettre ça ou ça pour t'aider. C'est plutôt, qu'est-ce que vous avez l'habitude de
153 manger, vous avez l'habitude de manger quelque chose à 16h, on va peut-être vous
154 mettre une pomme, un yaourt, si ça peut vous aider en tout cas à ne pas avoir trop
155 faim. Mais ce n'est pas du tout lié à, en lien avec cette dépression-là. Ce serait
156 quelqu'un qui souffrirait d'une autre pathologie, hors TCA, on en parle pas, ce serait
157 la même chose. Il n'y a rien qui est mis en place exprès pour eux, que ce soit au
158 niveau traitement, en disant voilà, ça pourrait l'aider, ou ça, ça pourrait avoir un effet
159 bénéfique, pas du tout.
- 160 • **Pour revenir à la collaboration avec l'entreprise alimentaire, est-ce que vous savez**
161 **si ils respectent des politiques nutritionnelles ?**
- 162 • Ils respectent des politiques d'hygiène, oui mais les politiques nutritionnelles, c'est
163 au niveau calories ?
- 164 • **Oui, effectivement, la bonne alimentation standard qu'il faut respecter en général.**
- 165 • Ca, justement tout est pesé. Parce que comme on est dans une institution où il y a
166 des troubles alimentaires, donc par exemple, pour donner une idée, comme ça tu vas
167 vite comprendre. Quand on met un menu normal, c'est 4 tranches le matin avec 4
168 garnitures, c'est 2X150g de légumes et de féculents plus la viande. Le soir, c'est 4
169 tranches plus le menu normal donc 150g d'accompagnement. Donc tout est pesé à la
170 cuisine et quand on a un menu normal, on ne marque pas 2x150g, 4 tranches, etc. On
171 coche normal et la cuisine sait et tout est pesé pourquoi ? Parce que ce menu normal
172 correspond au nombre de calories moyens qu'à besoin un être humain type. Et après
173 on peut adapter, il y a des gens qui mangent un peu. Tout est calculé et pesé en
174 cuisine.
- 175 • **Les personnes dépressives ont donc la même approche par rapport à ce menu que**
176 **les personnes qui ont des troubles alimentaires vu qu'ils sont dans le même**
177 **service ?**
- 178 • Ce n'est pas la même approche, c'est juste le menu normal, ils l'ont, c'est tout. Si on
179 met menu normal, la cuisine va faire 150g. Comme nous, on est obligé de tout
180 calculer pour les TCA, du coup, quand on met normal, la cuisine sait qu'il doit faire un
181 150g et ça va être pesé et de toute façon pour faire les 160G à l'hôpital général, ils
182 pèsent aussi.
- 183 • **Vous vérifiez alors que le patient mange tout son repas dans la chambre ?**
- 184 • Pas tout le temps, le Covid a un peu compliqué les choses. Avant le Covid, ils
185 mangeaient en salle à manger, on les accompagnait. Avec le Covid, la moitié des
186 patients mangent en chambre. Et donc, j'ai envie de dire l'avantage des jeunes de
187 moins de 19 ans, donc les jeunes dépressifs sont d'office accompagnés donc ils
188 peuvent vérifier. Au-dessus de 19 ans, tous les non TCA sont malheureusement dans

leur chambre car on a pas de place au niveau des normes de, tu sais, autant de personnes par mètres carrés, ect. Donc ces personnes-là sont malheureusement dans leur chambre et ils viennent, ils débarrassent leurs assiettes et tout.

- **Donc on ne sait pas si ils ont tout mangé ?**

- On ne sait pas, après on peut le voir au niveau de la pesée, au niveau de la prise de sang. 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.

- **C'est pour donner priorité aux patients qui ont des troubles alimentaires pour qu'il y ait assez de personnes pour vérifier si les patients mangent leur repas ?**

- Oui, la surveillance des repas, dans les troubles du comportement alimentaire, c'est indispensable. Les personnes dépressives, ça peut paraître un peu cru comme ça, mais si elles ne mangent pas tous les féculents, dans l'immédiat, c'est pas grave. Si une personne avec un trouble du comportement alimentaire ne mange pas la moitié de ces féculents, il peut être en difficulté, la journée, la glycémie basse, avoir des soucis. Enfin voilà, si on voit que tous les jours, il jette l'assiette ou qu'il vient demander une deuxième assiette tous les jours, alors oui, on sera interpellé mais sinon, il n'y a pas de surveillance spécifique pour ces gens-là.

- **Est-ce que ces personnes sont demandeuses d'un suivi nutritionnel ou d'informations par rapport à l'alimentation ?**

- Pas du tout. Je pense que la plupart aimerait justement qu'on puisse leur dire qu'idéalement, ce qu'ils font est bien. Parce que, vu qu'ils sont pas bien et que la nourriture est justement un refuge parfois, quand nous on vient, un peu avec notre casquette de, aller un paquet, c'est peut-être beaucoup, etc. Eux, ils rêveraient qu'on leur dise « ça n'a pas d'incidence, allez-y ». Donc je pense qu'ils ont vraiment envie qu'on les laisse tranquille car ça fait partie de cette dépression-là. Les personnes anxieuses, ça va être pareil, ça va être « oui je suis anxieux, ça m'aide ». Donc pourquoi vous venez avec vos demandes de manger un peu moins de sucrerie. Alors, ce qui peut arriver dans les demandes, c'est que, mais ça c'est vraiment après. Ça j'ai déjà eu, ce sont des personnes qui ne sont pas du tout là-dedans, ils « mangent mangent mangent », ils sont déprimés, ils sont pas bien, etc. Il y a tout un temps qui se passe, on les sensibilise, on fait de la prévention, on essaye de les accompagner. Autant dire que le paquet de biscuit que tu mets en cuisine pour les aider à structurer leurs repas, 2h après, ils peuvent redescendre aller racheter un deuxième. C'est ce qu'il m'est arrivé il y a deux semaines. Mais le patient a dit « c'est plus fort que moi, j'ai besoin ». Ce genre de patient, ils ne sont pas prêts psychologiquement à pouvoir travailler ça parce qu'ils ont déjà énormément de choses à gérer, le soucis, c'est réellement, bien sûr, un moment, il y a des conséquences, prise de poids, etc. Prise de poids qui dit potentiellement fatigue, problème somatique, peut-être une mauvaise prise de sang qui fait qu'ils doivent prendre des traitements en plus, image corporelle perturbée donc ils disent qu'ils sont moins beaux, et puis il faut racheter des vêtements, et du coup ils disent qu'ils ont pas d'argent et du coup, je m'habille avec ce que je trouve et je ressemble à rien et je suis pas bien et regardez je suis moche. Il y a tout un cercle comme ça, et c'est déjà trop tard. On ne peut plus faire prévention et éducation, là on est vraiment plus dans on va travailler l'estime de soi, on va travailler quelque chose, parce que déjà quand ils sont à ce niveau-là, c'est déjà trop dur pour arrêter de manger ces cochonneries. Ils sont impliqués là dedans.

- **Et au niveau des autres approches alternatives, ils sont ouverts à d'autres approches que la nutrition ? Ou bien ils sont dans une optique où voilà, j'ai un traitement médicamenteux qui va marcher ou pas marcher ou est-ce que si jamais on leur propose quelque chose d'autres, est-ce qu'ils seront ouverts ? Parce que j'entends que l'alimentation est un sujet où ils ne sont pas toujours ouverts ?**
- Généralement, pas trop parce que, à partir du moment où ils sont dépressifs, ils ne croient pas en grand-chose, ils n'ont pas envie de faire quoi que ce soit, généralement, c'est le traitement qui paraît « j'espère qu'il va être miraculeux et qu'il va m'aider ». Pour moi, tout ce qui est traitement alternatif, ça demande une implication du patient. Il faut qu'il puisse être volontaire, qu'il puisse être acteur de quelque chose et les personnes dépressives, cela va être très compliqué, c'est justement ça leur problématique, c'est qu'ils sont « pas capables », tellement en difficulté, qu'ils ne sont plus capables au jour J de dire oui je vais m'impliquer dans la luminothérapie, faire du snoezelen, etc. Ils vont peut-être y aller car on les oblige à y aller, mais en mode, j'y vais parce que j'ai pas le choix. Ils ne sont pas du tout preneur en tout cas. Dans l'endroit où je travaille, si on leur dit qu'il faut y aller, ils vont y aller, mais c'est pas une prise en charge unique, dans laquelle, ils vont s'inscrire, en mode ça va fonctionner, on va faire ça à fond. C'est en mode, j'ai pas le choix, je vais y aller mais ils y croient pas quoi.
- **Est-ce qu'on peut voir des difficultés à acquérir une bonne alimentation dans l'institution ?**
- Ce qui est de chez nous, vu qu'on a des personnes souffrant de troubles alimentaires, ça fonctionne différemment dans les autres services mais ils ont pas, voire très peu de personnes souffrant de dépression mais, nous à 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. Par exemple, si on prend un patient dépressif, il a acheté son petit paquet de biscuit, son Fanta, etc. Il le sait, on lui a dit, quitte à lui redire si on voit qu'il ne le fait pas. C'est « ok » mais on va lui demander de consommer ça dans sa chambre, d'essayer d'être discret, quitte à aller par exemple dans le jardin, et de se faire plaisir, si ça lui fait plaisir mais donc si on le voit dans les couloirs, à son bureau avec son paquet de chips, c'est tout de suite impossible. Parce que ça va mettre à mal le ¾ des personnes qui sont autour de lui donc, c'est vrai que lui doit ne pas faire à cause des autres. Les personnes qui arrivent chez nous le savent, ils savent qu'ils sont à un endroit où il y a des troubles alimentaires. Donc, généralement, quand on leur explique, ils sont déjà au courant. Ils disent « oui, on me l'a dit, il y a pas de soucis ». Ils sont d'accord. On a jamais eu de cas où ils refusaient ou bien, ils étaient tellement bas, qu'ils ne captaient plus rien, mais ils sont tous de bonne fois.
- **Et d'autres difficultés ? Ou d'autres facteurs défavorisant leur bonne alimentation ? Dans leur environnement familial ou physique ?**
- A l'hôpital, ils mangent très bien, ils ont tout ce qu'il faut. On a la possibilité de leur donner des collations, des fruits, etc. Il y a la possibilité avec nous. Si il le fait avec nous, on peut gérer cette prise alimentaire avec « si vous voulez manger, on peut mettre des fruits, plutôt qu'un biscuit, des choses comme ça. Et alors, j'ai envie de dire, en bas, il y a forcément un tout petit magasin, c'est pas énorme. Il doit y avoir 10-15 articles. C'est biscuits, chocolats, barres chocolatées, chips. Et il y a deux machines à soda et deux machines à café. Après, c'est ouvert 4h par jour mais bon ils

ont le temps de faire leur stock. Donc ça c'est en bas, dans la clinique. Après à la maison, on a souvent à faire à des personnes majeures qui font ce qu'elles veulent. Donc le comportement à la maison, donc quand ils arrivent à l'hôpital, c'est ils ont jamais fait attention, et ils s'en foutent et de toute façon quand ils arrivent à la maison, ils nous disent je suis à 3-4 paquets de biscuits par jour, mais quand on questionne, ben je m'en fou, qui va me dire quelque chose. Donc les mineurs, c'est différent, parce qu'on a des personnes mineures dépressives, elles ne sont pas toutes TCA. Et là, généralement, ça vient des parents qui disent ben voilà, ils essayent mais les parents sont des fois tellement impuissants que des fois, laisser leurs enfants consommer plus de nourriture qu'il faut ou de gérer ce truc-là, ils ont l'impression de les aider. Donc nous, c'est notre rôle de, si on sait ça, et qu'on voit qu'il y a une prise de poids, on essaye de faire de la prévention, de l'éducation, ect. Et là, éventuellement, on peut faire le lien avec les parents, au moment de la sortie en mode « on essaye de travailler ça, en tout cas, elle mange mieux de ce qu'elle a dit à la maison, elle mange plus à 20h » et éventuellement, on va juste téléphoner aux parents en mode ça se passe comme ça à l'hôpital, si jamais, vous voulez continuer, ça fonctionne. Mais ce n'est pas souvent qu'on fait ça.

- **Et il n'y a pas, par exemple, des facteurs favorisant ou défavorisant l'alimentation, outre le fait qu'on puisse acheter des choses en bas ?**
- L'achat en bas fait beaucoup, parce que beaucoup ne peuvent pas forcément sortir, donc le fait qu'il y ait un petit magasin en bas fait énormément. Un facteur défavorisant, c'est qu'on a un énorme carrefour à 5 minutes à pied. Des fois, on a des patients, dès qu'ils peuvent faire des sorties, c'est le premier où ils vont. C'est donc un des facteurs quand ils peuvent faire des sorties. On a déjà le cas de, ils peuvent recevoir des colis (habits, ...) donc on a déjà eu des amis, de la famille qui veulent lui faire plaisir et donc on a déjà des sacs entiers de ... et j'ai envie de dire que ça, ça peut être un facteur de « on va tout mettre en cuisine » mais bon ils vont recevoir un deuxième dans une heure donc ça peut être un facteur. Mais de toute façon, j'ai envie de dire, si c'est pas les gsm, ils ont les tablettes, les ordi, ils finissent toujours par le faire. Et ce qu'ils font même des fois, c'est les patients vont demander à d'autres qui ont le droit de sortir de faire les courses pour eux.
- **Donc vous avez une petite emprise sur eux par rapport à ça mais même si vous aviez une grande emprise, ça changerait rien parce qu'ils peuvent quand même se procurer des aliments ?**
- C'est pour cela qu'on ne se focalise pas là-dessus, on va plus aller dans tout ce qui est discussion, prévention, éducation. Quand on a des stagiaires parfois elles nous regardent bizarre parce que des fois, on va encourager une prise de collation énorme. On va dire à 16h, tu as qu'à prendre des petits trucs spécial K, les petites portions individuelles là, plus une pomme, plus un yaourt. Mais ils mangent à 18h donc 2h après. Mais parfois, on fait juste ça, pour les aider à avoir quelque chose à manger, et si ça les aide, au moins on sait qu'à 16h, ils ont ça, et puis après, au bout d'un moment, via la prise de poids, etc, parce qu'on a pas besoin de tout ça, au fur et à mesure, on va dire, on va peut-être enlever les spécial K et puis, on va peut-être enlever ça et puis des moments, ça ne marche pas. C'est vraiment pas le gros du travail, on va vraiment être dans la discussion, dans les encouragements, dans le renforcement positif, ça c'est important. Des fois, ils vont être contentes de dire, on a mangé 3 paquets au lieu de 4 et nous on est là, c'est génial, continue.

- 329 • **D'après ce que j'entends, c'est très ciblé par rapport à la quantité d'aliments et par**
330 **rapport au poids mais donc il n'y a pas vraiment de suivi par rapport à la qualité de**
331 **l'alimentation ?**
- 332 • Pas du tout. Aucune notion de qualité. Quand tu me dis qualité, j'entends aliment
333 industriel, aliment sain. Parce que eux ne sont pas là-dedans, ils s'en fichent, ce n'est
334 pas volontaire de leur part, d'après ce que j'entends et ce que j'entends, ils ne sont
335 vraiment pas bien donc ce n'est pas du tout leur priorité quoi. Et il y a un moment où
336 ils finissent par le dire, si on est trop à insister là-dessus, ils vont finir par le dire.
- 337 • **Par rapport à tes connaissances face à la question de l'alimentation et la santé**
338 **mentale, qu'est-ce que tu sais par rapport à ça ?**
- 339 • Par rapport à mes connaissances personnelles, donc moi je suis persuadée, même
340 pour nous, dès qu'on est un peu anxieux. Moi je me dis, l'alimentation aide. Ça aide
341 parce que ça permet d'avoir une emprise sur quelque chose. Ça permet de se dire
342 qu'on décide, qu'on est acteur de quelque chose qui regarde que nous. On fait de
343 mal à personne. Il y a le réconfort de se dire, entre guillemets, il y a plus rien qui va
344 dans ma vie, quand on est dépressif, c'est un peu réducteur, mais c'est ça qui est
345 ressenti. Alors il y a ce côté-là, ça fait du bien, ça réconforte, c'est bon, c'est sucré, il y
346 a des additifs, et je suis sûre qu'au niveau du cerveau. Je sais que ça le fait, mais j'ai
347 plus les noms en tête mais je sais qu'il y a des choses qui fonctionnent qui fait que ça
348 active certaines choses au niveau du cerveau. Il y a le côté où malheureusement
349 l'addiction fait qu'on a envie de manger encore en plus mais ça c'est un autre
350 problème. Il y a aussi certaines choses, mais j'ai envie de dire c'est plus dans la
351 psychanalytique mais je souffre de dépression parce que depuis que j'ai fini mes
352 études, je ne trouve pas de boulot, depuis ce moment -à, il m'est arrivé que des
353 choses qui fait que j'en suis nulle part, j'ai 40 ans, j'ai pas de maison, pas d'appart,
354 pas de boulot, etc. Il y a des moments où la nourriture, c'est un refuge régressif qui
355 va permettre des fois de retourner inconsciemment vers un moment agréable. Par
356 exemple, quand j'allais à l'école, je mangeais toujours des petits princes. Je dis ça
357 parce qu'ils vendent des petits prince au rez-de-chaussée et souvent, c'est ça qui
358 coïncide. Ça va être je vais manger mes petits prince, je vais être dans mon lit et ça va
359 être quelque chose de thérapeutique pour eux, ça va leur faire du bien. Pourtant si
360 on leur demande au moment de manger, ils ne vont pas forcément dire oui, ça me
361 fait du bien mais dans l'inconscient, ça va vraiment être le côté « je mange mon petit
362 prince et dans l'inconscient, c'est ben oui quand j'avais 15 ans, je mangeais mes
363 petits princes, j'avais mon papa, j'avais ma maman, ça se passait bien, il y avait une
364 bonne vie de famille ». Aujourd'hui j'ai pas ça mais j'ai mes petits princes. Il y a des
365 moments, il y a ce côté-là qui est intéressant à travailler. Je parle bien des
366 connaissances, je dis pas que c'est la vérité. Et ça je trouve très intéressant, en tout
367 cas, cela m'intéresse. La restriction, c'est plus compliqué car on est dans les
368 personnes qui sont déprimées et qui ne mangent plus, on est dans un état
369 mélancolique très grave. Ces personnes-là sont souvent dans des services
370 spécifiques, dans des services où ils ne font que ça. Donc là, si on a des personnes
371 comme ça chez nous, ils ne restent pas chez nous. Dans les cas-là, on les transférera.
372 La restriction, je travaille avec ça tous les jours, à l'inverse que ceux qui vont
373 beaucoup manger, la restriction, on reste toujours dans le fait qu'ils maîtrisent
374 quelque chose. Je suis persuadée que voilà, c'est la chose sur laquelle je peux gérer
375 et la restriction ça va vraiment être la manifestation d'un mal-être général, ou

spécifique, ou pointé. C'est vraiment, je ne suis pas bien. Alors est-ce que la personne n'est pas entendue, à l'impression qu'on l'entend pas ou qu'elle est pas entendue, ou est-ce qu'elle a l'impression qu'elle ne sait pas le dire ? Parfois, on l'entend mais c'est elle qui n'arrive pas à exprimer ce qu'elle veut vraiment dire et en fait, arrêter de manger, ça va être une manifestation physique. Parce que ce n'est pas arrêter de manger qu'elles veulent, c'est montrer physiquement qu'on voit que ça ne va pas, si tu vois que je maigris, si tu vois que je suis faible, si tu vois que j'ai des malaises, si tu vois que j'ai la tête qui tourne, si tu vois que ma tension baisse, tu vas peut-être t'occuper de moi. Alors j'exagère mais c'est pour moi, attirer l'attention mais justifiée. C'est attirer l'attention mais pas d'un caprice.

- **Donc si j'entends bien, pour toi, c'est judicieux et important de prendre en charge l'alimentation chez les patients par des ateliers, par de l'information au quotidien, est-ce que tu penses que c'est important ?**
- Tout ce qui conseils, pour moi, ils sont pas du tout là-dedans. Moi, en tout cas, les personnes en phase dépressive ou mélancolique, ils vont dire oui mais j'ai envie de dire, une situation de personnelle : mon chat est mort il y a pas si longtemps que ça, le soir j'ai dit à mon mari, ouvre la bouteille de vin. J'en ai rien à faire que ce soit calorique, pas bon, que je risque d'être un peu ivre le soir. Il aurait pu dire tout ce que je voulais, j'étais pas bien et du coup, j'avais décidé que c'était le verre de vin. Le verre il y en a eu 3 mais ça n'a rien d'extraordinaire mais ça aurait pu être le paquet de biscuit, alors est-ce que c'était faire le deuil, d'exprimer quelque chose mais c'était ma manière d'exprimer ce que je ressentais. Et donc on aurait pu me dire, si tu bois la bouteille de vin, tu risques de prendre 3kg d'un coup, mais je l'aurais regardé en mode qu'est-ce que tu veux que j'en fasse ? Je les perdrais après.
- **Et donc pour toi, si les patients étaient plus réceptifs, ils ...**
- Mais ils ne peuvent pas l'être. Pour moi, là on touche quelque chose qui n'est pas de notre contrôle. Pour moi, ce qui serait plus intéressant, éventuellement, c'est qui serait mis en place quelque chose presque contre leur volonté. C'est un peu dur dit comme ça. C'est créer un service où justement, c'est prévu de, ben dans ce cadre-là, vous n'avez pas accès à telle nourriture. C'est prévu que si vous avez envie de manger ceci, cela, vous n'avez accès que à telle, telle, telle chose. Que ce soit quelque chose de concret. En attendant, voilà, que ça aille un peu mieux, et que la on puisse travailler au niveau de l'éducation, donner des conseils, etc. Mais la vraie dépression avec l'alimentation, ils ne sont pas réceptifs. Déjà quand on leur dit même, il faut se lever, ils disent c'est pour quoi faire.
- **Et ton institution par rapport à cette question-là, comment est-ce qu'elle se positionne ? Est-ce que c'est un sujet où ils en ont jamais parlé et on en parlera jamais ? Ou est-ce que vous en avez déjà parlé et vous vous êtes dit, voilà, il faudrait peut-être faire quelque chose ?**
- Rien du tout. Autant dire que j'ai même pas souvenir qu'on ait abordé l'idée de l'aborder un jour. C'est vraiment pas, je vais pas dire à l'ordre du jour, mais en tout cas, ce n'est pas une problématique qui est travaillée au jour d'aujourd'hui.
- **Et est-ce que c'est parce que la prise en charge par la nutrition des personnes avec des troubles alimentaires prend plus de place dans le service ou c'est juste parce que ce n'est pas dans les priorités ?**
- Moi j'ai l'impression que, en Belgique, par mes stages et mes expériences passées, c'est un peu partout pareil. Dans le sens où, c'est plus du truc individuel et on

s'adapte au patient mais il y a pas de directive ou de prise en charge ou de quelque chose de spécifique alimentaire pour les personnes dépressives. Moi j'ai jamais vu ça quoi. Si la diététicienne qui vient donner des conseils, nous on vient, on l'aide, etc mais une prise en charge par rapport à l'alimentaire, par rapport à ça, non.

- **Donc il y a quand même une nutritionniste qui vient donner des conseils ?**
- Pas pour les dépressions. Si on lui demande, elle va nous éclairer nous 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.
- **Et pour toi, est-ce que ça fait partie de ton rôle de soignant d'informer justement les patients avec des bons conseils alimentaires, plus diriger le patient avec de bonnes habitudes alimentaires ?**
- Alors j'ai envie de dire, 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. Je trouve que c'est très, même avec des jeunes. On a aussi des jeunes qui souffrent de dépression. On travaille pas du tout avec la notion de conseil. Les recommandations, éventuellement. On va essayer de partir de là où en est le patient, que ce soit restriction, ou hyperphagie à cause de la dépression. Ou que soit le patient par rapport à cette alimentation-là, on va voir où est-ce qu'il en est aujourd'hui, comment il évolue et voir avec lui, vers où il veut aller ? Et ça ne va pas être « ce serait bien que ? ». Ce sera plus, « qu'est-ce que tu en penses ? » et alors éventuellement, ce qu'on peut faire, c'est de l'éducation à, voilà, ce qu'il se passe. Voilà tu as pris 4 kg. Ça va pas être : « voilà, les biscuits c'est pas bien, tu as pris 4kg ». Ça va être les choses concrètes de « voilà, tu as pris 4kg depuis que tu es ici, qu'est-ce que tu en penses, comment tu te sens avec ça ». Si le patient se sent bien ou le patient il s'en fiche. J'ai déjà eu ça, un patient qui me disait, c'est très bien, de toute façon, je me trouvais trop maigre. Et éventuellement, moi je vais juste lui dire, ben voilà, l'éduquer sur le risque en disant, éventuellement, voir, est-ce qu'il mange que des biscuits, est-ce qu'il ne veut pas varier, peut-être avec moins de risques, on va plus être dans de l'éducation à manger autrement si il faut. Et peut-être moins si on voit qu'il grossit trop mais si il nous dit qu'il veut pas, nous on va l'aider à faire autre chose en disant, c'est important pour toi, mais dans ces cas-là, si c'est difficile dans ta dépression, etc, est-ce que tu ne veux pas essayer de t'engager dans une activité sportive pour essayer de compenser si vraiment manger c'est important pour toi. Mais donc, c'est vraiment, qu'est-ce que tu veux et qu'est-ce qu'on peut faire avec toi. Et ça ne va pas être, tu devrais faire comme ça.
- **Mais donc il y a une partie de tes missions pour toi qui concernent l'alimentation ?**
- 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 quasi. Ça va être la même méthode de travail. Ce n'est pas quelque chose de spécifique aux personnes anxieuses et dépressives. Alors oui, les réactions seront différentes, on s'entend bien que le discours envers quelqu'un de dépressif ne va pas être le même mais en tout cas, l'orientation ne sera pas différente.
- **Et est-ce que, personnellement, tu aimerais bien t'investir dans un projet tel que celui-là ? Est-ce que c'est un projet qui te tiendra à cœur ? Ou est-ce que ce n'est pas du tout dans tes priorités de prise en charge ?**
- Vu mon circuit professionnel en ce moment, ce n'est pas du tout mes priorités parce que j'ai énormément de choses sur le feu mais moi je trouve que ça pourrait être

intéressant. Si je pouvais me dire, est-ce que je pourrais avoir le courage de « je le fais », moi je trouve que ça pourrait être intéressant car ça apporterait une autre sphère, et une autre façon de travailler. Mais alors j'ai envie de dire, oui mais avec qui ? Parce que si je lance ça, au jour d'aujourd'hui, je n'ai pas le courage, j'ai tellement de choses que je me dis « c'est encore une chose de plus ».

- **Et tu aimerais bien quelqu'un par exemple un nutritionniste, une diététicienne qui vienne t'accompagner ou juste plus de soignants ?**
- Pour moi, ça rejoint justement le pas de conseils, car pour moi, il ne faudrait pas de diététiciennes en fait.
- **Pourquoi ? Parce que le problème n'est pas au niveau des connaissances mais le problème est plus profond ?**
- Pour moi, oui. Et pour moi, je verrai plus le travail avec un psychiatre, éventuellement un psychologue, psychanalyste, enfin je sais pas mais des personnes qui n'ont rien avoir avec ça mais qui pourraient travailler pour comprendre pourquoi il y a ce comportement alimentaire chez ces patients-là. Pour moi, le diététicien, il pourrait être là en tant que consultant mais pour moi, oui sur papier il ferai partie du groupe de travail, mais si je peux être franche, pour moi, c'est pas là que ça pourrait se travailler.
- **Merci beaucoup pour les informations, l'entretien est terminé.**

Retranscription entretien 2

- **Peux-tu te présenter en quelques mots?**
- Je travaille à Saint-Bernard, c'est un grand site. Il y a plusieurs pavillons, moi je suis dans le pavillon 161 PARIS. L'acronyme c'est projet-assuétudes-réhabilitation-intégration. Donc on a une patientèle super variée. Au niveau des pathologies, la majorité ce sont des schizophrènes et alors on a la moitié du service qui accueillent des lits de défense sociale donc soit des patients venant de l'observation qui viennent chez nous, sous maintien, ou qui viennent de prison directement, ou sur base volontaire. Ils présentent tous une assuétude associée à leur pathologie.
- **L'institution en elle-même ? C'est bien une hospitalisation ?**
- Oui, c'est ça.
- **Et est-ce que c'est une grande institution ?**
- Oui, c'est un petit village, c'est quand même une grande institution. Pour notre service, on a 22 lits.
- **Et donc ta fonction, c'est infirmière c'est ça ?**
- Oui c'est ça.
- **C'est quoi les types d'habitudes alimentaires qui sont observables chez vos patients dépressifs et anxieux ?**
- Ce qui est apporté par le service, donc c'est pour tous les patients, ils ont le petit déjeuner, 3 tartines de pain blanc ou gris, avec ce que l'institution donne pour mettre dessus donc confiture, chocolat, etc. Tout est compté donc nous, ce que l'on leur fourni, c'est 3 tartines, 2 petits emballages de confiture à emballage à usage unique ou autre et un petit emballage de beurre. Pour le matin. A midi, ils ont un repas complet assez varié. C'est par la firme Sodexo en fait. Les repas Sodexo. A midi, on a un grammage pour savoir quelle quantité chacun peut avoir. A midi, c'est un repas classique, légumes, viande. On fait une repasse si il reste. Souvent les patients anxieux demandent à être resservi. A 16h, ils ont une collation, des fruits, parfois un yaourt, parfois une gaufre. C'est varié. Au souper, c'est de nouveau 3 tartines mais ils peuvent aller jusqu'à 4, avec ce qui est fourni. Souvent, c'est charcuterie, fromage. Ca c'est de base. Ensuite, on a un petit magasin sur le site, et les patients ont droit à des sorties, soit seuls, soit accompagnés et ils peuvent aller se fournir au magasin et souvent chez les dépressifs, anxieux, c'est là où ils craquent totalement donc ils achètent plein de collations et alors 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. Ils carburent à la canette de coca. Ca peut aller jusqu'à une 10ème par jour, et les familles peuvent leur fournir de la nourriture, pas tout ce qui est frais mais des gaufres, des chips, etc. Tout ce qui est conservable. Et là, si les familles travaillent pas un peu avec nous, c'est un peu compliqué.
- **Et est-ce qu'il y a des aliments spécifiques qui ressortent chez les patients dépressifs et anxieux ?**
- Ce qui est vraiment impressionnant, ce sont les cannettes de coca, le sucre, les chips, les gaufres, tout ce qui est sucré, biscuits et tout.
- **Et est-ce qu'il y a un profil précis des patients qui ont de mauvaises habitudes alimentaires ?**
- Dans le service, on a pas beaucoup de femmes donc c'est difficile à dire mais au niveau du contexte, ce sont souvent des contextes assez précaire. Ils n'ont pas trop

de notion sur ce qui est bon ou pas bon. Ils ne rendent pas vraiment compte de ce qui est plus calorique ou moins calorique. Il y a beaucoup de patients qui ont des benzodiazépines et qui consommaient beaucoup avant et ils arrivent, ils font leur sevrage et ils compensent un peu avec le sucre.

- **Est-ce que les habitudes alimentaires des patients dépressifs et anxieux sont évalués au-delà de l'appétit dans votre institution ?**
- On s'en rend plus compte dans la vie de tous les jours en observant car la plupart des patients qui arrivent repartent avec 20 kg en plus et donc pour le moment, c'est la discussion dans l'équipe, que fait-on ? A partir de quel moment, on intervient ? Et il y a la psychologue qui est dans le service tous les jours de la semaine. J'ai un exemple en tête, il y avait un patient qui était complètement obsédé par la nourriture, elle a essayé de faire un travail avec, voir d'où ça venait et en fait, c'était quelqu'un qui avait été privé de nourriture dans sa jeunesse, toute une série de choses comme ça. Et on fonctionne avec un système de référent. Dans ces temps-ci, on rencontre de plus en plus de patients qui prennent de plus en plus de poids, et ils ont donc des problèmes d'articulations, au niveau des genoux, de plus en plus doivent mettre une CPAP et qui font des apnées du sommeil, et voilà. Quand ça prend de telles proportions, on essaye de mettre en place, avec le référent, un régime qui se limite à ce qu'ils ont à Saint Bernard, donc sans se resservir, donc leurs tartines du matin, leur repas du midi, limiter au maximum les collations, à savoir qu'ils ont normalement, ils n'ont pas accès à leur casier en dehors de la journée, à part au moment de la collation. Car les casiers sont à l'étage, à hauteur de la salle à manger, mais ils cachent, ils cachent énormément et on ne sait pas les fouiller à chaque fois pour voir si ils ont des gaufres en poche, on rentre dans une extrême là.
- **Donc c'est pas systématique dans la prise en charge qu'on regarde ils mangent tel ou tel aliment, c'est plus, par rapport à, est-ce qu'ils prennent du poids, ou si il y a un gros changement mais vous allez pas voir en détails ce qu'il se passe dans les habitudes alimentaires du patient ?**
- Non. D'entrée de jeux, ce n'est pas systématique mais si c'est un transfert d'un service ou autre et que dans ce service-là, ils se sont déjà rendus compte qu'il y avait un soucis alimentaire ou une grosse prise de poids, alors ils nous le font à la passation quand le patient est transféré. Sinon ça s'arrête là.
- **De manière générale, comment se passe la prise en charge des patients atteints de dépression et d'anxiété ?**
- C'est vraiment une prise en charge globale et pluridisciplinaire. C'est des prises en charge individuelles. Donc chaque patient a son propre trajet de soin. Chaque patient a son propre projet en fonction de ses capacités, de ce qu'il veut aussi donc c'est vraiment un travail en collaboration avec le patient. Et en fonction de son projet, par exemple, si il part en post-cure, si il retourne chez lui. On essaye de mettre en place un maximum de choses. Par exemple, sur le site de Saint Bernard, il y a aussi des équipes mobiles et donc c'est vraiment hyper varié en fonction du projet individuel. Le psychiatre, il essaye vraiment de trouver la médication qui correspond sans trop amortir le patient, vraiment trouver le juste milieu. On fonctionne énormément avec la communication. On fait énormément d'entretiens avec le patient. Et alors, faire un pluridisciplinaire donc on a une équipe infirmière, il y a l'équipe nursing, on a les éducateurs, le psychiatre, la psychologue, la chef de service et l'assistante sociale qui sont là tous les jours de la semaine.

- **Pour en revenir à ça, au niveau du suivi nutritionnel des patients, on a parlé des habitudes alimentaires des patients, comment ils s'alimentaient au quotidien, mais est-ce que comme suivi nutritionnel, il n'y a rien que ce soit à court ou long terme dans le service ?**
- On peut faire appel à une diététicienne externe mais ça n'arrive presque jamais et alors il y a une éducatrice, 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, etc.
- **Et ça c'est systématique pour les patients ?**
- Oui ça c'est systématique pour les patients mais en fait ça reste des activités à projet thérapeutique. 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, etc. Donc elle, c'est vraiment dans l'optique, ils vont retourner chez eux et ils vont donner les cartes en main pour savoir quand ils font leur course par exemple pour acheter ce qui est à moindre frais et ce qui est relativement sain, ce genre de choses. On fait des groupes achats avec les patients où on essaye un maximum de les aider, de faire une éducation à la santé la dessus, en gérant un peu le budget et visant les aliments plus sains. Et ça c'est d'office au fait, tous les vendredis, on fait une réunion communautaire où on présente les activités de la semaine et alors les groupes cuisine, il y en a bien 3 minimum sur la semaine et les groupes achats, il y en a bien au moins 1 sur la semaine. Et ils savent s'inscrire à tour de rôle.
- **Et ça c'est une éducatrice qui fait ça ?**
- Oui, c'est une éducatrice.
- **Et pas une nutritionniste ?**
- Non, on peut faire appel à une externe mais j'ai jamais connu le cas de figure. Mais on en a justement discuté il y a pas longtemps pour une patiente. Au fait, pour un peu marquer le coup, parfois on s'inquiète plus pour l'état de santé, pour les personnes qui font énormément d'apnée, qui mettent mal leur CPAP, et pour marquer un peu le coup et ne pas toujours avoir le mauvais rôle, on fait appel au généraliste qui passe tous les jours pour lui dire, bon voilà, la t'as pris pas mal de poids, niveau santé c'est relativement inquiétant. Et pour marquer un peu le coup, on fait appel au généraliste, et là on discutait pour une patiente de faire appel à une diététicienne externe. Parce que parfois ça ne fonctionne pas toujours.
- **Et toi, que penses-tu du fait d'intégrer une diététicienne dans le service même, du coup pas externe ?**
- Moi je trouverais ça vraiment chouette, car c'est quand même une grosse problématique.
- **Et les patients qui sont là depuis longtemps ou qui comptent rester longtemps, sont demandeurs d'approches alternatives aux traitements médicamenteux et pharmacologiques ou ils sont très à vouloir garder leurs médicaments, et à rester avec des traitements très basiques. Ils sont ouverts à des ateliers spécifiques ou par exemple à la luminothérapie et tout ça ?**
- Ça dépend vraiment le groupe. C'est une patientèle hyper variée, il y avait tous les âges. Dans le groupe, il y en aura toujours quelques-uns qui seront motivés à l'idée et d'autres qui sont très fermés. C'est mitigé.

- **Et il y a des demandes pour l'alimentation en plus des ateliers qui sont déjà réalisés ou pas du tout ? Est-ce que c'est un sujet qui intéresse les patients ?**
- On les voit quand même assez souvent quand on se rend compte qu'il y a une prise de poids etc mais ça change franchement pas grand-chose dans leurs habitudes. Demandeurs, pour parler gros, sur 10 patients qui sont en excès pondéral, il y en aura peut-être deux qui vont se soucier de leur prise de poids.
- **Mais donc ils ne soucient pas de l'alimentation quand c'est hors de la question du poids ? Donc par exemple, un patient qui a un poids normal ne va pas se poser de questions par rapport à l'alimentation ?**
- Non, ça non. C'est plutôt en fonction de la prise de poids en fonction de leur physique mais ils ne vont pas se soucier de leur état de santé. Ils ne vont pas se soucier de ce genre de chose.
- **Tout à l'heure, tu m'avais dit que vous étiez en collaboration avec Sodexo, par rapport à ça, où est-ce que l'institution se positionne par rapport à l'entreprise alimentaire ? Est-ce que l'institution sait que l'entreprise garantit une certaine qualité de l'alimentation ? et vous leur faites confiance ?**
- Pour les dîners, ça reste varié. Pour les soupers, ça reste beaucoup moins variés. Et au fait, ce qu'il se passe, on a un carnet, là où on note quand on trouve qu'il y a des choses pas très correctes dans les repas. Par exemple, c'est surtout pour les régimes végétariens, où c'est presque la même chose tous les soirs alors à ce moment-là, on note dans le carnet. Ensuite, il y a l'aide logistique qui s'occupe de la gestion des repas etc qui a des réunions sodexo. A ce moment, elle leur renvoie les plaintes, les petits mots qu'on leur a mis dans le carnet et ils essayent d'adapter.
- **Donc c'est plus des plaintes par rapport aux préférences et pas spécialement par rapport à une meilleure alimentation ?**
- Des régimes pas très variés surtout, donc oui c'est ça. Plus au niveau du goût, mais ça reste relativement sain et varié.
- **Est-ce que les patients expriment des difficultés pour acquérir des bonnes habitudes alimentaires ?**
- Oui énormément.
- **Lesquelles par exemple ?**
- Les cannettes de coca. Ils ont leur argent de poche tous les jours. Avec leur argent de poche, ils achètent principalement des cannettes de coca, des gaufres, ce genre de chose. Et donc, si on se retrouve à court d'argent, ça peut monter en crise, ça peut aller jusque-là.
- **Et est-ce qu'il y a d'autres facteurs défavorisant la bonne alimentation ?**
- Il y a le traitement qui peut faire appel au sucre, notamment les benzodiazépines, énormément de patients en ont. Je pense que vraiment, ce qui pose problème, c'est que vu que c'est un service d'assuétude, tous les patients ont été toxicomanes, donc ils restaient chez eux, ils étaient complètement pété toute la journée, ils pensaient qu'à ça, tout leur argent, c'était uniquement pour la drogue ou la boisson, etc et ils arrivent là, ils sont en sevrage, ils ont leur traitement, on les prive complètement de leur assuétude et ils se rabattent sur autre chose quoi.
- **Et plus par rapport aux personnes dépressives et anxieuses ?**
- Je dirai qu'il y a de l'anxiété chez tous les patients à un moment donné.
- **Est-ce qu'il y a pas des facteurs qui influencent avec l'entourage ou la famille ?**

- C'est très rare mais parfois, il y a des familles qui amènent en stock la nourriture à profusion, mais à ce moment-là, on essaye de travailler en collaboration avec eux, on les contacte en essayant de limiter les courses, qu'ils ne manquent de rien, qu'il ont tout ce qu'il faut au sein de l'institution et en général, c'est respecté.
- **Et comme facteurs favorisants ?**
- Le fait qu'ils soient encadrés dans l'institution. C'est favorisant parce qu'on essaye d'apporter une certaine stabilité là-dessus, les ateliers cuisine, les groupes achats dont je parlais tantôt. Je pense que le facteur favorisant majeur, c'est qu'il soit accompagné par l'équipe.
- **Et du coup par rapport à l'institution, c'est la même chose ? Dans le sens où est-ce que l'institution, dans son organisation ou sa structure, a des facteurs favorisant ou défavorisant la bonne alimentation ?**
- Concrètement non. C'est vraiment notre petit service avec l'équipe qui avons mis en place les groupes achats, qui avons mis en place les ateliers avec l'éducatrice mais au niveau organisationnel proprement dit, il n'y a rien concrètement qui est mis en place comme outil ou quoi que ce soit.
- **Donc tous les ateliers, c'est le service qui a instauré ça ?**
- Oui, c'est ça. Par exemple, ça ne se fait pas du tout dans les autres services de Saint Bernard.
- **Donc c'est une décision interne ?**
- Oui.
- **Et l'institution par rapport à ça, dans la direction, comment ils se positionnent par rapport à la bonne alimentation ?**
- Depuis 1 an et demi où je travaille là, je n'en ai jamais entendu parlé une seule fois.
- **Par rapport à tes connaissances entre l'alimentation et la santé, que sais-tu par rapport à ça ?**
- Nous, c'est vraiment au niveau des traitements qu'on essaye de s'informer. Au niveau des formations, on a rien qui nous apprend ça concrètement. On le sait en se renseignant nous-même.
- **Et toi personnellement, que sais-tu sur le lien qui lie l'alimentation et la santé mentale ?**
- Moi, c'est plus basée sur mon expérience et mon observation qui m'ont fait prendre conscience qu'ils compensent leur assuétude avec la nourriture et je me suis renseignée de moi-même sur tout ce qui est traitement, que ça peut provoquer la faim, ça peut faire appel au sucre. Au niveau socio-économique aussi, ce sont des patients qui n'ont pas toutes les connaissances, je ne parle pas de tous, mais il y en a énormément qui viennent de milieu précaire, qui ont été baignés dans des habitudes d'alimentation un peu précaire aussi. L'autre jour, un patient me disait « j'ai acheté du chocolat blanc à la place du chocolat au lait, c'est mieux, ça va me faire moins grossir », tous des trucs comme ça.
- **Et donc pour toi, si je comprends bien, c'est important et judicieux d'intégrer l'alimentation dans la prise en charge ? Ou pas spécialement ? Ou encore plus l'intégrer vu qu'il y a déjà certaines choses qui sont mises en place ?**
- Oui, après ce que je me dis toujours, c'est que c'est super en théorie de le faire mais en pratique, concrètement, est-ce que ça changera quelque chose ?
- **Pour toi, est-ce qu'il y a des éléments qui arrêtent cette démarche qui pousse à essayer d'améliorer l'alimentation des patients ?**

- Au niveau de l'institution, il y a eu une discussion il y a pas longtemps, il y avait une nouvelle psychiatre qui est arrivée. On a des réunions cliniques tous les mardis donc on discute un peu de tous les patients et le sujet de l'alimentation revient assez souvent et l'équipe nursing disait que pour ces personnes, il faut faire quelque chose, lui apprendre à se nourrir correctement, le patient est entrain de prendre des kg, elle met une CPAP, ça devient inquiétant. Et le retour de cette psychiatre c'était de dire mais vous vous rendez pas compte à quel point déjà c'est compliqué de venir ici, de commencer son hospitalisation, de stopper les assuétudes, d'être en sevrage, d'être institutionnalisée, et on va encore le priver de nourriture. Donc elle mettait plus en avant, le fait de laisser faire le patient faire comme il a envie. Donc il y a vraiment ces deux idées-là qui ressortent. Donc on sait jamais trop comment se positionner, l'équipe nursing, est-ce qu'on laisse faire le patient, alors sous quel débordement, alors ou est-ce qu'on intervient mais est-ce que c'est pas trop militaire de notre part.
- **Et peut-être que c'est trop de choses pour le patient d'un coup ?**
- Oui
- **Et par un peu plus d'informations ou des conseils car il y a déjà des ateliers ?**
- C'est ce qu'on essaye de faire au maximum.
- **Par rapport à ta fonction, est-ce que pour toi, ça fait partie de tes missions et de ta fonction d'infirmière de s'occuper de l'alimentation des patients au niveau de tes responsabilités ?**
- Oui, après j'ai pas la formation comme une nutritionniste ou quoi que ce soit qui pourrait apporter plus d'éléments mais les règles de base, je peux être dans l'accompagnement pour ça.
- **Si il y a des ateliers ou d'autres choses qui sont mises en place, pour toi, ça fait partie de tes missions et de tes responsabilités ?**
- Oui, en fait, dans le service, il y a pas vraiment de dissociation entre les fonctions, que l'on soit infirmier, éducateur, ou quoi que ce soit, tout le monde fait un peu toute sorte d'activité.
- **Donc les missions ne sont pas très bien définies on va dire ?**
- Non on a vraiment beaucoup plus de temps que dans un service classique donc on essaye de passer plus de temps avec les patients et 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.
- **Est-ce que tu penses avoir des ressources pour les patients et un pouvoir sur le patient dans ton métier d'infirmière ou tu te sens pas capable d'aider le patient au niveau de son alimentation ?**
- C'est mitigé, moi-même, je me sens capable de répondre si le patient a des questions au niveau nutritionnel, etc mais le patient ne reçoit pas. Ça rentre d'une oreille, ça sort de l'autre.
- **Et d'un point de vue personnel, tu voudrais t'investir dans ce genre d'intervention ou pas spécialement ?**
- Oui, pourquoi pas. Je laisse pas la porte fermée.
- **Tu m'as dit que les patients étaient assez fermés par rapport à leur alimentation sauf pour leur poids, est ce que ils seraient ouverts par contre si ils pouvaient bénéficier d'approfondissements alimentaires, diététiques, etc ?**
- Ouverts, ils seront ouverts.
- **Et il n'y aura pas d'obstacle qui les arrêtera pour ce genre d'intervention ?**

798 • Il pourrait y en avoir mais dans la majorité des cas, ça irait. Sauf pour les patients
799 complètement décompensés, ils ne pourraient pas rester concentrer ou ce genre de
800 chose mais quand ils ont passés leur phase de décompensation, ils pourraient être
801 relativement ouverts.

802 • **Donc ils ne sont pas fermés à d'autres alternatives de guérison ?**

803 • Non

804 • **Merci beaucoup !**

805
806
807
808
809
810
811
812
813
814
815
816
817
818
819
820
821
822
823
824
825
826
827
828
829
830
831
832
833
834
835
836
837
838
839
840
841
842
843
844

Retranscription entretien 3

- **Est-ce que tu peux te présenter en quelques mots ?**
- Je m'appelle X, je suis psychologue clinicienne et j'ai un master en criminologie et en santé publique, je travaille ici comme chercheuse et assistante de cours ici à l'UCL en psychologie et parallèlement, j'ai une demi-journée, le mercredi après-midi en psychologie clinique en tant qu'indépendante complémentaire. Je travaille au centre Vitalis qui se trouve à Waterloo et qui est un centre qui dans les faits, propose des locaux qu'on loue au mois pour nos consultations et qui essaye, la volonté du centre, c'est de rassembler plusieurs praticiens avec des pratiques différentes et qui veut intégrer le psychocorporel au psychologique. Voilà, c'est la volonté du centre mais dans les faits, ça reste compliqué car je t'avoue qu'il a ouvert au moment du covid en 2020 et donc ben voilà, tout ce qui est psychocorporelle a dû être mis à l'arrêt. Voilà ça va être compliqué et c'est encore compliqué maintenant, on est encore entrain de chercher comment on peut collaborer entre les praticiens.
- **Et cette institution par rapport à sa taille, les types de patients qui viennent chez vous ?**
- L'institution est petite, c'est chacun a ses consultations. Je sais que des psychologues on est 5-6, en tout cas moins d'une dizaine et voilà en fonction, chacune d'entre nous, je sais pas combien de patients est-ce qu'on peut avoir, et alors des patients anxio-dépressifs, c'est assez important parce que si en plus tu intègres le burn out qui a pas mal augmenté ici avec le covid. C'est justement quelque chose qui a prit de la place, souvent ce que j'ai vu, c'était burn out qui s'enchaîne avec une dépression enfin en tout cas là j'accompagne un monsieur comme ça depuis 3 ans et puis des troubles anxieux ça arrive aussi. Maintenant je ne sais pas te dire par rapport à la pratique de mes collègues parce qu'on échange pas tant que ça.
- **Quelles sont les habitudes alimentaires des patients anxieux et/ou dépressifs ?**
- Alors moi ce que je pourrais te dire, c'est tout ce qui est la consommation d'alcool. C'est quelque chose que j'observe de temps en temps, chez justement des patients qui sont anxieux mais aussi dépressifs. Une consommation importante mais te dire si elle est là avant leur problématique, ça va dépendre de chaque patient. Après je me rend compte que souvent il y a une consommation régulière, parfois supérieure aux statistiques moyennes ou aux recommandations soit de l'OMS, soit des recommandations plus récentes, on est souvent au-dessus de ça mais pas toujours et il y a une consommation de médicaments aussi parfois. Au niveau des comportements alimentaires, moi je dirai quand même que si ils sont assez vite perturbé parce que c'est des personnes qui ont du mal à s'organiser globalement dans leur vie. Alors se préparer à faire un plat sain, c'est assez difficile. Donc ce sont souvent des personnes qui vont faire des plats tout frais ou avoir tendance à grignoter. Je pense à une personne que j'accompagne qui a une dépression assez sévère, qui a des tendances au grignotages énormes mais c'est quelqu'un qui vient d'une obésité de son côté, et donc avec une image de lui-même très basse lié à son obésité. Lui il y a une tendance au grignotage donc plutôt gras et sucré. De la « junk food ». Donc voilà, au niveau dépressif, c'est déjà compliqué de faire des petites choses, alors faire des courses en réfléchissant à ce qu'il doit manger, à ce qu'on va mettre ensemble, à faire des recettes qui sont voilà, se questionner sur l'utilisation de l'huile, du beurre, etc. Je pense que ce n'est pas la priorité donc il y a une question

de gain de temps et puis il y a un plaisir qui passe par la nourriture donc ils vont plus chercher des nourritures qui sont des nourritures confort quoi. Au niveau de l'anxiété, l'alcool a pas mal de place pour calmer ces anxiétés ou tout ça donc c'est assez présent quand même. Je pense aussi pas mal de grignotage dans cette recherche de réconfort, de se faire du bien. Maintenant ça va dépendre, des personnes vont avoir des phobies ou des choses anxieuses qui vont être très dans le contrôle, et qui pourrait vraiment calculer leurs calories, etc. Pour d'autres vont être moins car ils sont en situation de burn out quand ils ont l'impression d'être « overwell » avec beaucoup de choses, d'avoir trop, ils vont essayer de gagner du temps avec la nourriture et d'autres, ils vont garder un contrôle par rapport à ça. Donc moi je vois moins cet impact nourriture chez les personnes anxieuses, si ce n'est une question de grignotage chez les personnes anxieuses, ça j'ai quand même vu chez plusieurs personnes.

- **Est-ce qu'il y a un profil précis de patients dépressifs et anxieux qui ont des mauvaises alimentaires ?**

- Oui, très bonne question. Je n'ai pas rencontré assez de personnes que pour faire une généralité mais au niveau de l'âge, je ne saurais pas te dire. Je pense que tous peuvent avoir l'une ou l'autre habitudes. J'imagine 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 a pas énormément d'argent, on va pas se prendre la tête à aller chercher de la bonne nourriture et des choses comme ça. On va prendre ce qu'il y a de moins cher et les sous marques et des choses qui sont un peu moins nutritives et des choses comme ça mais ce n'est pas lié à anxio-dépressif mais à un statut socio-économique et culturel et des habitudes de vie. J'ai du mal à répondre pour cette question.

- **Et est-ce que ces habitudes alimentaires sont-elles évaluées dans le service ?**

- Pas systématiquement ces habitudes, c'est plus dans la discussion du quotidien de voir ce qu'on peut mettre en place. Quand on est dans de la dépression et en psycho on va utiliser l'activation comportementale, c'est l'idée de progressivement refaire des choses en partant par des petites choses. Et tiens, comment est-ce que vous vous nourrissez ? Et plutôt que de vous faire livrer, est-ce que ce serait possible de vous faire livrer une salade plutôt que.. Je suis persuadée que manger sain aide, et c'est dit que manger sain et faire du sport peut avoir un impact sur la dépression mais je n'ai pas fait d'études là-dessus donc voilà. J'en suis convaincue à titre personnel, j'ai déjà entendu l'une et l'autre chose mais j'ai jamais rien lu de précis en la matière donc voilà, je pense que pour les personnes, c'est aussi un impact sur l'estime de soi de se rendre compte qu'on peut manger des choses saines et prendre soin de soi à ce niveau-là, ça peut aider. Ça c'est pour la dépression. Pour l'anxiété, non je vais plus travailler les consommations et beaucoup moins la nourriture. Sauf si la personne est anxieuse à propos de ce qu'elle mange, alors on va travailler ça. Mais pas systématiquement, ni dans l'un, ni dans l'autre. C'est plus autour de la discussion, si la personne dit, voilà, je mange très mal, et j'en suis pas du tout satisfaite, voilà, on travaille ça quoi.

- **Je peux parler de service ou d'institution ?**

- En fait, c'est pas un service, c'est un centre qui met à disposition des cabinets et nous, on est tous en individuels en indépendants. Donc il y a une volonté d'intégrer

les thérapeutes entre eux mais dans les faits, c'est très léger. C'est complètement de l'ambulatoire, complètement.

- **Par rapport à cette prise en charge des patients atteints de dépression et d'anxiété, comment se déroule la prise en charge globale ?**
- On a essayé de travailler par pôles avec une personne de référence pour les pôles et alors il y a un pôle « stress, dépression, burn out » que c'est moi qui coordonne pour l'instant mais je vais partir pour 3 mois, donc ce sera plus le cas. C'est moi qui recevra les demandes et je vais rappeler la personne, de quoi elle aurait besoin. Si c'est un suivi psy, soit je le prend, soit je l'envoie vers une de mes collègues psy du pôle mais on est que 2 mais des 2, je suis la seule à être remboursée donc tu vois souvent c'est quand même moi qui les reçoit. Si il y a une demande de prise en charge psychocorporelle avec des massages, de la sophrologie, ce genre de chose, alors je dis, voilà, c'est ce que nous on peut proposer. On a aussi des coach professionnels, c'est plus autour du burn out. Ou une dépression qui arrive en fin de dépression et il est temps de reprendre le travail. On peut renvoyer vers des coachs professionnels ou des personnes qui sont très anxieuses et qui ont du mal à gérer au niveau professionnel, ça on peut aussi travailler avec des coachs professionnels. Il y avait aussi deux nutritionnistes dans le centre pendant les 2 ans du centre mais la première a déjà arrêté à un moment et la deuxième vient d'arrêter sa consultation ici en janvier. Pour les psy, pour l'instant surtout avec le Covid, il y a eu beaucoup de demandes, pour le reste c'est quand même plus compliqué. Les nutritionnistes arrêtent parce qu'elles ont un cabinet ailleurs et que ça marche mieux ailleurs. En général, je dis que c'est quelque chose qui existe mais en général c'est pas du tout la demande première des patients de voir la nutritionniste. Il est arrivé une fois qu'une dame vienne chez une nutritionniste parce que problème de poids, d'estime de soi, etc. Et la nutritionniste l'avait renvoyé vers moi, pour gérer son estime, son image corporelle et des choses comme ça. En réalité, elle n'a jamais pris contact avec moi cette dame donc finalement, je ne l'ai jamais rencontrée mais donc il y a une possibilité mais dans l'état des choses du centre, ce n'est pas réellement un fait.
- **Donc par rapport au suivi nutritionnel, si il n'y a pas de problème qui ressort ou pas de problème de poids, il n'y a pas de suivi nutritionnel ?**
- Oui c'est ça. Ce n'est pas du tout automatique. Ce n'est pas comme un centre dans une ASBL, ou dans des centres organisés où tu vas leur proposer un bilan chez chacun des praticiens. Ici, c'est vraiment en fonction de la demande, et je t'avoue que la personne elle vient pour déposer ou pour prendre en charge ses difficultés au niveau anxiété, au niveau d'affects dépressifs. C'est rare que ça première demande, ce soit, je voudrais aussi, je sais que manger mieux me fait du bien et je vais faire ça. Maintenant parfois, quand les choses se dégagent que voilà. En tout cas, moi je dis que voilà, il y a des psychothérapeutes, il y a des coach professionnels, il y a des nutritionnistes en disant, voilà, à quoi ça peut servir l'un et l'autre ; si c'est quelque chose qui vous intéresse, je peux sans problème vous référer vers mes collègues. Et là, en général, ça ne prend que très peu.
- **Et le sujet de l'alimentation est quand même abordé à part le fait de dire voilà il y a une nutritionniste dans l'institution, est-ce que l'on parle de la nutrition un minimum ?**
- Non, je ne fais pas du tout ça dans cette évaluation là et je pense que mes autres collègues psy pour les autres thématiques ne le font pas systématiquement, ce n'est

pas du tout un réflexe que l'on a. C'est intéressant que tu mettes en évidence, mais non, ce n'est pas du tout du tout automatique. Je ne leur demande pas ce qu'ils mangent au premier entretien.

- **Les patients qui viennent depuis longtemps, est-ce qu'ils sont demandeurs d'approches alternatives ou ils préfèrent les traitements médicamenteux et pharmacologiques ?**
- Alors les traitements médicamenteux et pharmacologiques, c'est en dehors du centre, c'est souvent chez le médecin généraliste ou si ils ont un psychiatre, souvent oui pour la plupart, ils maintiennent plus ou moins mais ça va vraiment dépendre du point de vue sur les médicaments, etc. C'est très variable.
- **Il y a pas de demandes relatives à l'alimentation ? Par exemple des ateliers de cuisine, etc ?**
- Non il n'y a pas. Il y a déjà eu des ateliers dans le passé. Il y a une naturopathe aussi. Mais c'est des petites choses, mais ça n'a jamais eu vraiment beaucoup de succès et ce n'est pas spécialement à destination des patients anxieux dépressifs. Et donc 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 et je pense que c'est plus dans la discussion que ça vient. Mais je t'avoue que moi-même, je n'oriente pas non plus dans ce sens-là.
- **Donc on est d'accord que les patients, ils viennent en consultation donc ils ne restent pas dormir ?**
- Non, du tout. Ils viennent pour une heure et puis ils repartent chez eux.
- **Et est-ce que les patients expriment des difficultés par rapport à l'alimentation ou ils ne parlent pas du tout de cela ?**
- Oui cela peut arriver, souvent une question de temps, une question d'intérêt dans le fait de cuisiner, je pense qu'il y a une méconnaissance de ce qui est bon, et ce qui est moins bon, si ce n'est par exemple 5 fruits et légumes par jour, etc. Il y a une relative méconnaissance et puis l'énergie que cela demande quand même derrière et le confort d'une nourriture grasse et ça fait plus plaisir de manger un hamburger que de manger une salade par exemple mais il y a des patients pour qui ça peut très bien marcher car des patients malgré tout aiment bien cuisiner. En tout cas dans la dépression, il y a une difficulté à faire des choses, parce que l'alimentation, c'est quand même quelque chose qui demande de l'énergie, qui demande de l'organisation, et voilà, ce qui fait que voilà.
- **Il y a des facteurs favorisant chez les patients qui améliorent cela ?**
- Je pense qu'il y a une question d'habitudes familiales, si 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, des gens qui aiment bien cuisiner, ils vont vraiment prendre le temps. Parfois, plus la dépression est profonde, plus ils vont perdre cet intérêt. Mais voilà, c'est quelque chose qui peut aider. 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, la profondeur de la dépression. C'est pareil au niveau anxieux, il y a des personnes qui vont être très contrôlant au niveau de leur alimentation et donc un besoin de contrôle qui du coup-là va favoriser. Facteur de maintien pour l'anxiété va favoriser l'alimentation plus saine.
- **Et dans l'organisation, parce que là c'était plus par rapport au patient, est-ce qu'il y a des éléments qui favoriseraient ou défavoriseraient la bonne alimentation ?**

- Je pense que si, nous en tant que psychologue, on avait une meilleure idée de l'impact de la nutrition sur ces troubles, on en parlerait plus vite et plus rapidement. Je parle pour moi mais je suis sûre que il y a des psychologues qui le font mais voilà, si j'en savais plus, j'en parlerai plus facilement aux patients et pour leur proposer un rendez-vous et quitte à mettre en collaboration avec des nutritionnistes soit du centre, soit même ailleurs à Waterloo, je dois pas spécialement me concentrer au centre. Donc je pense que oui, si j'avais une bonne vision des choses et que j'étais convaincue que ça pouvait aider, alors oui, je le ferai. J'en parlerai automatiquement, peut-être pas au premier entretien mais au bout d'un moment quand on a fait un peu le tour de la situation. En tout cas, j'en parlerai, je dirai vous savez l'alimentation ça a aussi un impact, comment vous mangez, ça fait partie de l'anamnèse. C'est pas le cas maintenant. Je rebondis à ce qu'une personne va me dire pourrait faire partie de mon anamnèse parce que alors je peux en faire quelque chose, je peux conseiller, je peux expliquer, voilà. Donc ça, oui. Et quelque chose qui peut freiner, c'est la collaboration entre les praticiens, c'est pas toujours facile de trouver des praticiens, de connaître des praticiens, le réseau quoi chez qui référencer. Si il n'y a pas de réseau, ça va être un frein comme si il n'y a pas de connaissances, ça peut aussi être un frein.
- **Et par rapport justement aux connaissances, quelles sont tes connaissances par rapport au lien qui unit l'alimentation et la santé mentale ?**
- Concrètement, c'est plus une intuition personnelle qu'une connaissance réellement scientifique. Et une question d'estime de soi. Et une question d'estime de soi. 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.
- **Est-ce que pour toi, c'est important et judicieux d'intégrer la dimension de l'alimentation dans cette prise en charge des patients dépressifs et anxieux ?**
- J'imagine que oui mais à nouveau il en faudrait que j'en sache plus pour me faire un avis vraiment définitif, tu vois. Maintenant, oui, un stade de la prise en charge, au début, c'est compliqué quoi. Je vais dire une personne qui a vraiment du mal, 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 et je cherche des petits conseils dès le matin mais vraiment, si il faut changer des habitudes alimentaires, c'est impossible dès le début d'une prise en charge.
- **Donc ce serait plus vers la suite que ce serait plus efficace ?**
- Je pense mais je ne sais pas parce que dès le début, ça pourrait avoir un impact pour favoriser la reprise mais ça je ne sais pas.
- **Et l'institution par rapport à cette question-là, elle se positionne comment ? Est-ce qu'ils en ont déjà parlé plus haut ?**
- Après plus haut, c'est une personne qui tient le centre et c'est une personne qui n'a pas d'expérience ni nutritionnelle, ni psychologique. C'est quelqu'un qui a un local, qui a des chouettes idées, qui veut intégrer nature et bien-être, mais voilà, c'est plus idéologique qu'autre chose, voilà.
- **Donc le sujet n'est pas spécialement abordé dans des réunions ou autres ?**
- Non, pas explicitement.
- **Et ce n'est pas dans des projets futurs non plus ?**

- 1079 • Non. Ce sera pas par ce biais-là sauf si des nutritionnistes qui intègrent le centre qui
1080 demandent de faire l'une ou l'autre conférence sur l'intérêt de la nutrition sur
1081 l'humeur par exemple. Ça pourrait mais ce n'est pas au niveau du centre que l'on va
1082 aller les chercher.
- 1083 • **Du coup, tu m'as dit que la nutrition n'était pas spécialement d'office abordé, donc**
1084 **pour toi, cela ne fait pas partie de tes responsabilités ou tes missions de devoir**
1085 **aborder le sujet de la nutrition avec ces patients-là ?**
- 1086 • Ce n'est pas de ma responsabilité, c'est beaucoup dire, je pense que je devrais
1087 pouvoir avoir une responsabilité là-dedans à partir du moment où je suis convaincue
1088 que bien manger, c'est important pour la santé. Donc voilà. Je suis pas formée pour.
1089 C'est ça que je dirais.
- 1090 • **Mais donc tu pourrais quand même pouvoir être une ressource ou avoir du pouvoir**
1091 **sur les patients pour pouvoir changer quelque chose au niveau de la nutrition des**
1092 **patients ?**
- 1093 • Je pense que oui, ça peut se travailler. Après les conseils de base nutritionnels, je les
1094 connais. Après je sais que c'est mieux de favoriser les légumes et fruits plutôt que des
1095 féculents, du chocolat, du sucre et du sel. Je sais qu'il y a beaucoup de sucre et de sel
1096 dans plein de choses, qu'il y a beaucoup de sel dans plein de choses, qu'il ne faut pas
1097 manger trop salé. C'est toutes des choses que je peux conseiller. Si la personne a
1098 vraiment un changement d'habitudes alimentaires précis, je renvoie vers un
1099 nutritionniste. Si on est en a, tiens je me rend compte que je mange beaucoup de
1100 chocolat, alors on va travailler plutôt l'utilisation du chocolat. Parce que moi je traite
1101 aussi tout ce qui est addiction, et je pense que par rapport à certaines nourritures, ça
1102 peut être semblable à un trouble addictif. Donc j'utilise un peu les même stratégies
1103 de, dans quel moment vous mangez des chocolats, dans quel moment vous avez ces
1104 moments de binge eating par exemple. Ok et on fait alors une observation
1105 fonctionnelle et puis on se dit quel impact cela a sur mon humeur. Et puis au lieu de
1106 manger mon chocolat, qu'est-ce que je peux faire d'autres qui va avoir de l'impact. Si
1107 je vais marcher ou faire un tour, cela va diminuer cette envie très pressante par
1108 rapport à quelque chose comme ça donc dans le changements des habitudes, en tant
1109 que psychologue, on peut avoir un rôle et je pense que les psychologues qui
1110 accompagnent les personnes avec des troubles alimentaires l'ont ce rôle déjà mais
1111 c'est explicitement leur boulot. Dans les troubles dépressifs et anxieux, on est pas
1112 spécialement formé à cette question-là mais je pense qu'on pourrait avoir un, en
1113 tout cas dans la question de changement d'habitudes, les psychologues ont un rôle.
1114 Mais pour guider qu'est-ce qu'il faut manger, à quel moment de la journée, etc, là on
1115 est absolument incompetent et c'est tant mieux parce que, à un moment, chacun sa
1116 place aussi.
- 1117 • **Parce que pour toi, la nutrition du coup, ça peut être un problème plus profond**
1118 **chez le patient ?**
- 1119 • Plus profond, non. Je dirai plutôt que c'est une conséquence de justement du trouble
1120 ou une manière d'essayer de faire face. Si on est dans de la nourriture confort ou de
1121 la nourriture réconfort, des choses comme ça. Quand il y a un vide énorme parce
1122 qu'il y a une histoire compliquée, des choses comme ça, la nourriture, c'est très
1123 imagé et scientifiquement, je ne sais pas te dire quelle est la base, mais c'est un
1124 ressenti que j'ai et la psychanalyse va peut-être avoir aussi, c'est moins ma
1125 formation, mais quand il y a un vide, la nourriture, c'est une manière de se remplir.

C'est la même chose pour les produits. Voilà, quand il y a quelque chose qui fonctionne pas, la nourriture c'est quelque chose de rassurant. Tout ce qui passe par la bouche, c'est quelque chose qui vient rassurer. Parce qu'on a appris quand on était petit que quand on mangeait, on a un sentiment de satiété, un sentiment de confort. On a appris depuis qu'on est bébé, que l'on se nourrissant on va être mieux. Et donc je pense que ça c'est transversal à toutes les problématiques psychologiques. C'est le comportement de l'alimentation. C'est pas l'alimentation de manière générale.

- **D'un point de vue personnel, par rapport à cette question, est-ce que tu voudrais t'investir dans ce type d'intervention auprès du patient ou pas spécialement ?**
- A nouveau, cela va dépendre de l'information que je reçois de comment est-ce que ça peut marcher, quelles sont les processus sous-jacents, etc. Et alors oui, moi je ne suis pas du tout contre l'idée de référer mes patients vers l'une ou l'autre thérapeute nutritionnel ou diététicien. Je ne suis pas du tout contre, en tout cas l'idée. Mais pour que moi je fasse une référence, il faut que je sois convaincue vers quoi je renvoie mon patient parce que surtout ici dans l'indépendant, nos consultations ont un prix. C'est pareil chez le nutritionniste mais je sais pas si elle a des remboursement mutuels de ce côté-là, peut-être aussi.
- **C'est plus alors des connaissances alors qu'il y a un problème entre guillemets ? Que si jamais tu as plus de connaissances sur le sujet, tu aurais été plus apte à aider les patients dans cette prise en charge là ?**
- Ou à les renvoyer. Si j'avais l'information de comment est-ce que l'alimentation impacte la dépression et l'anxiété alors assez rapidement je dirais à mon patient, savez-vous que. Par exemple, le sport, je sais que ça a un impact. Le fait de marcher et s'aérer, je sais que ça a un impact sur ces choses-là. Donc ça, ce sont des choses que je propose. Dans les stratégies de gestion, je propose le sport ou ne fut ce que d'aller marcher, faire le tour du pâté de maison. Si jamais cette information-là, et je savais comment ça fonctionne, parce que je sais que c'est pas que : « madame X, sachez que manger 5 fruits et légumes par jour c'est prévient la dépression », ok mais comment ?
- **Si les patients bénéficient de conseils alimentaires, diététiques, d'approfondissements de leurs comportements, est-ce qu'ils seraient ouverts par rapport à cela ?**
- Je pense qu'en général, ils sont ouverts mais à nouveau ça va dépendre de l'étape dans laquelle ils sont. Si 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 incapable de mettre en place des choses. Mais sinon, je pense que ça pourrait vraiment avoir sa place dans des institutions qui prennent ça en charge. Tu vois surtout des institutions où on a la possibilité d'agir sur la nourriture. Ou alors des ateliers qui seraient organisés plus dans de l'ambulatoire, des ateliers où on dit comment est-ce qu'on peut se nourrir sainement. Quel impact est-ce que cela peut avoir sur votre humeur et des choses comme cela. De là à mettre en place des comportements, ça demande un suivi plus à long terme ou moyen terme.
- **Du coup si tu devais citer certains obstacles par rapport à cette prise en charge là, enfin, si ils sont ouverts à justement bénéficier de conseils alimentaires et tout, est-ce que du coup, ce serait parce qu'ils sont en ambulatoire et du coup, ils sont pas assez souvent là on va dire où il y a d'autres obstacles que tu vois ?**

- A nouveau, le trouble, l'état du trouble. Si c'est trop profond, ce n'est pas possible, c'est vraiment compliqué. Avoir accès à toutes ces informations-là, le fait que moi je vais pas les renvoyer automatiquement. Je peux en parler mais je vais pas en profondeur parce que j'ai les informations pour. Mais après, d'un autre côté, par rapport à de l'institutionnel, 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. Ca au contraire, ça peut-être favorisant mais je pense qu'il faut vraiment expliqué mais ça c'est d'un point de vue personnel. Au niveau nutritionnel, il y a énormément d'informations. Au niveau de comment bien se nourrir, 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 mais là je parle pour moi dans mon expérience personnelle. Mais donc pour moi, c'est difficile de dire à un patient aller vers telle et telle personne parce que je sais pas quoi. Et demain, moi leur donner des conseils en matière de nourriture, à part manger des fruits et des légumes, boire beaucoup d'eau, limiter l'alcool et les trucs gras, il n'y a que ça que je peux donner. Voilà il y a des conseils de jeûne intermittent, certains disent que c'est bien, certains disent qu'il faut séparer les protéines et les féculents, voilà c'est toutes des choses qui existent, certaines personnes vont dire que c'est bien, d'autres pas. Voilà, donc moi à un moment, j'ai aussi l'impression que ce discours qui se multiplie, qui va dans tous les sens, c'est aussi pas facile pour les patients. Parce que d'une part, quand eux cherchent au niveau personnel, ce n'est pas facile, et moi ça m'empêche complètement de leur donner des conseils parce que je sais même pas pour moi donc je ne saurais même pas les conseiller eux.
- **Un tout grand merci pour les informations !!**

Retranscription entretien 4

- **Peux-tu te décrire en quelques mots? Ou tu travailles et tes missions ?**
- Concrètement, je suis infirmière de bloc opératoire à la base. Et je travaille depuis 1 an en psychiatrie et au mois de mai, ça fera un an que j'ai rejoint l'unité des troubles alimentaires et au sein de cette unité, il y a 1/3 des patients dits « psychiatrie générale » donc tout ce qui est dépendance alcool, médicamenteux, dépression, burn-out, etc. Et 2/3 des patients qui sont des troubles alimentaires. Et concrètement, mon travail, c'est pouvoir les accompagner, les soutenir dans leur prise en charge.
- **Est-ce que tu saurais un peu plus décrire l'institution dans laquelle tu travailles point de vue secteur d'activité, la taille de l'institution, etc ?**
- C'est une petite institution psychiatrique qui se situe à Braine L'Alleud ; Le domaine. Concrètement, il y a 5 unités. Il y a une unité d'accueil vraiment pour tout ce qui est gestion de crise, gestion des hospitalisations courtes, il y a une unité pour tout ce qui est dépendance alcool, médicaments, drogues. Une unité pour les dépressifs. Une autre unité pour les adolescents donc là c'est un peu de tout mais surtout les troubles du comportement, je dirai. Et alors, la dernière unité donc dans laquelle je travaille donc c'est vraiment précisément pour les troubles du comportement alimentaire. Et on prend en charge que les patientes anorexiques. Donc on ne prend pas du tout en charge des patients qui ont des problèmes d'hyperphagie et obésité. J'ai oublié de préciser mais c'est un hôpital ouvert, ce n'est pas du tout fermé.
- **Quelles habitudes alimentaires peux-tu observer chez les patients dépressifs et anxieux ?**
- Il y a deux types que je peux constater, c'est 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 donc on doit vraiment les stimuler mais ça comprend vraiment toutes les activités de la vie journalière mais aussi au niveau alimentaire. Ou alors on arrive dans l'autre excès où ils ont tendance à manger facilement des sucreries et ce genre de choses.
- **Est-ce qu'il y a un profil précis des patients dépressifs et anxieux qui ont de mauvaises habitudes alimentaires comme par exemple l'âge, le sexe, le statut socio-économique, la culture, la profession, etc ?**
- Pas spécialement. Je travaille surtout avec des personnes qui ont des troubles alimentaires, par rapport aux patients anxieux que j'ai pu prendre en charge au tout début quand j'ai bossé, je n'ai pas remarqué que cela concernait une population ou un public particulier.
- **Est-ce que les habitudes alimentaires de ces patients sont évaluées au-delà de l'appétit ou bien c'est plus du fait qu'ils soient dans un service avec des personnes avec des troubles alimentaires ?**
- Non, on ne s'occupe pas du tout. En fait, c'est la cuisine qui fait les menus, donc ça on a aucun pouvoir là-dessus. A la différence des patients qui ont des troubles alimentaires et des patients psychiatriques ont droit de choisir le régime qu'ils veulent : végétarien, sans lactose, etc. Ils ont accès à leur frigo et aux choses qu'ils amènent de l'extérieur pendant le repas, leur collation. Soit ils peuvent se servir dans ce que l'on met à disposition mais ils peuvent également se servir dans leur frigo. Par exemple, eux peuvent boire des boissons gazeuses, sucrées, etc alors que ceux avec

des troubles alimentaires ne peuvent pas au sein de l'hôpital. Par contre, on va observer certains comportements par exemple on a une en particulier qui est hospitalisée en psychiatrie générale mais elle a clairement un trouble du comportement alimentaire mais elle n'est pas là pour ça. On l'a vu très rapidement. On ne quantifie pas mais on regarde un peu comment ça se passe à ce niveau-là chez eux aussi. Si jamais on a une suspicion d'une perte de poids ou de prise de poids trop importante, on avait une patiente comme ça qui était psychotique et elle avait donc un passé assez lourd, et elle commençait à manger de plus en plus, elle a pris du poids et donc à ce moment-là, on a pris la tension aussi. On la pesait plus régulièrement.

- **Donc c'est plus par rapport à la prise de poids que par rapport à la qualité de l'alimentation, vous regardez pas ce que les patients mangent du poids de vue de la qualité ?**
- Non. Ca non. C'est-à-dire que le matin, c'est un hôpital donc c'est pas un hôtel, c'est pas à la carte, donc nous on leur fournit le petit déjeuner, le repas du midi, qui est un repas chaud, leur repas du soir. Mais donc ça, concrètement, on sait exactement ce qu'ils mangent parce que c'est exactement la même chose que les patients aux troubles alimentaires, c'est la même quantité, la même chose. Sauf que eux ont des choses en plus qu'ils peuvent apporter de l'extérieur, donc par exemple, nous le matin, on donne du pain complet mais si les patients de psychiatrie générale, le matin, ils ont envie de se faire des céréales, il a tout à fait le droit de se faire des céréales. On ne va pas regarder quel type de céréales ça va être, quelle quantité il va manger. Ca vraiment ils gèrent en tout autonomie.
- **Et même au niveau de l'anamnèse, du retour à domicile, il n'y a pas d'évaluation par rapport à ça ?**
- Quand ils arrivent, oui. On voit un petit peu et on leur fait une structure alimentaire comme on fait pour les patients de troubles alimentaires selon leurs besoins. Par exemple, voilà le matin je ne déjeune qu'une tranche de pain mais le soir j'en aurai besoin de 4 parce que je mange très sain le soir, alors voilà, on va planifier 4 tranches de pain le soir et le matin éventuellement une collation en plus. On va travailler cela avec eux. Maintenant ils ont tout à fait le droit par exemple on va dire qu'on est le soir, la personne a précisé qu'elle voulait 4 tranches mais ce jour là elle en voulait que 2 mais peut-être qu'elle en voulait 5, on va lui donner la quantité qu'il désire. Mais par contre, on ne va pas être à cheval sur «c'est important que tu manges telle quantité de lipides, protéines, glucides, etc ».
- **Ça vous ne regardez pas ?**
- Non, et dans aucune institution psychiatrique ils le font mais peut-être que je me trompe.
- **Et il y a une nutritionniste qui est sur place ?**
- Non.
- **Et on peut en appeler une à l'extérieur ou pas du tout ?**
- Non pas que je sache, pas à ma connaissance. Le nutritionniste, d'après ce que j'ai compris, je ne l'assure pas à 100 pourcents mais les nutritionnistes en fait, concrètement, dans l'unité dans laquelle on travaille, on travaille surtout le trouble alimentaire mais d'un point de vue psychométrique. Les diététiciens vont plutôt travailler le côté alimentaire donc si le patient dit par exemple, moi j'ai pas envie de manger de la viande, le nutritionniste va se dire, je ne mange pas de viande donc on

va compenser différemment. Cela voudrait dire que d'un point de vue maladie mentale, il y a des raisons pour lesquelles le patient ne va peut-être pas manger de viande, ça ne vient peut-être pas d'une idéologie de je ne vais pas faire souffrir les animaux mais plutôt la viande c'est gras, et puisque c'est gras, je vais grossir. Et donc, le diététicien ne va pas prendre cela en compte. Il va tenir en compte que le patient ne veut pas manger de viande et donc on ne lui met pas de viande mais ici concrètement, on va travailler au niveau de la maladie mentale et l'objectif est que si le patient au départ mangeait de la viande et que pour lui, ça a vraiment une connotation de, ça fait grossir, parce que c'est gras, etc, nous on va vraiment travailler par rapport à ça. Par contre, on a vraiment d'autres patients qui sont végétariens par idéologie parce que ça implique la souffrance animale, etc. Ils ne mangent pas la viande, ils ne mangent pas la viande. Mais ce n'est pas pour ça qu'on va commencer à réorganiser toute une assiette parce que sinon, au vu de l'unité dans laquelle on est, toutes les assiettes seront différentes parce que certaines ne veulent pas manger des pâtes, d'autres ne veulent pas manger de pommes de terre, d'autres de veulent pas manger de viande.

- **Et du coup le fait d'intégrer un nutritionniste ou un diététicien dans le service, par rapport justement à ces patients dépressifs et anxieux a peut-être moins d'utilité à tes yeux que vraiment la prise en charge du fond du problème par les infirmiers, les psychologues, etc ?**
- Moi je pense en tout cas que ça ne serait pas une plus-value en tout cas, cela nous mettrait plus en difficulté qu'autre chose.
- **Par rapport à la prise en charge des patients dépressifs et anxieux, c'est quoi la philosophie de l'institution dans laquelle tu travailles dans le sens où vous êtes plus à donner beaucoup de médicaments facilement ou dans le dialogue, par des ateliers ? Comment cela se passe-t-il ?**
- Je dirai plus que c'est le dialogue et dans les activités de groupes. Activités de groupe que ce soit fait par les infirmières ou par les psychologues. Maintenant, si vraiment on constate que le patient se met en danger parce qu'il a des idées suicidaires parce qu'il y a déjà eu des passages à l'acte, etc, le traitement va être majoré pour qu'il soit plus lourd. Ça va être résolu dans le temps. Mais on est plus dans une démarche pour que le patient soit proactif de sa prise en charge et de son hospitalisation et plus dans le soutien, l'accompagnement et le dialogue.
- **Et donc ils sont ouverts à d'autres approches alternatives comme luminothérapie, etc ?**
- Oui je sais qu'il y a une chef de service qui fait de la sorte de pleine conscience et des choses comme ça. Je sais que les ergothérapeutes et les kinésithérapeutes font beaucoup de séances de méditation, de relaxation, exercices de respiration, gestion des symptômes, gestion des émotions, on va toujours essayer de trouver des alternatives et le traitement de réserve est vraiment la dernière solution si malgré tout ce qu'on a essayé ne fonctionne pas.
- **Et il y a des demandes relatives par rapport à une prise en charge par l'alimentation venant des patients ?**
- Il y a un atelier cuisine qui est accessible pour les patients. La proposition se fait et les patients peuvent s'inscrire. Des patients proposent des choses qu'ils voudraient cuisiner et à ce moment-là, ils discutent en concertation sur les patients et les

personnes qui se chargent de l'activité et ils se disent, bon ok, on va faire tel et tel repas et tel dessert mais ça, je ne m'en occupe pas.

- **C'est des éducateurs qui s'occupent de ça ?**
- Oui c'est ça. Au sein de l'unité, dire de faire des activités comme ça, c'est pas possible parce que déjà on a pas de cuisine. Rien pour cuire, même un simple gâteau au four, ce n'est pas possible, on a pas ce qu'il faut.
- **Et au niveau des patients, ils ne disent pas, voilà j'aimerais bien qu'on me donne des informations sur qu'est ce qui est bon pour la santé par exemple. Il y a pas de demandes comme ça venant des patients ?**
- En lien avec la nourriture ? Non jamais.
- **Ils ne se préoccupent pas de leur nutrition ?**
- Non, moi en tout cas, j'ai jamais eu aucun patient qui m'a interrogé par rapport à ça, non.
- **Et tout à l'heure, tu me disais que c'était la cuisine qui s'occupait des repas. Est-ce que justement l'institution sait que la qualité de l'alimentation est bonne à la cuisine ou pas spécialement ? Est-ce que l'entreprise alimentaire avec laquelle vous travaillez suit des politiques nutritionnelles spécifiques ?**
- Je pense qu'on travaille tous avec le même, c'est-à-dire, Sodexo. Voilà, je ne connais pas trop leur politique mais que je sache, qui essayent en tout cas et quand je vois la composition des repas, ils essayent quand même un maximum de faire des choses équilibrées, maintenant, est-ce qu'ils sont vraiment super à cheval là-dessus, je n'en sais rien. En tout cas, je sais qu'il y a une cheffe cuistot qui est là et qui est vraiment responsable de la cuisine, et qui gère les quantités, etc. A la différence, donc par exemple moi dans mon unité, donc les patients avec troubles alimentaires reçoivent tout dans une assiette avec des proportions et des quantités spécifiques qui sont faites à la cuisine et les patients en psychiatrie dans cette unité ont la même chose, ce sont les mêmes quantités mais je sais que dans les unités qui ne sont pas axées sur le trouble alimentaire, donc tout ce qui est, donc vraiment les unités d'accueil, unité dépression, dépendance, etc. Je sais que par contre, là les assiettes, elles sont faites en fonction des patients donc c'est-à-dire que tout arrive dans des bacs. Le patient se présente à l'endroit pour aller chercher son assiette et là si il dit moi je veux surtout des légumes et pas beaucoup de féculents, et alors à ce moment-là, on lui mettra surtout des légumes et pas beaucoup de féculents. On va dire que dans les autres unités, c'est plus à la carte alors que dans la mienne, étant donné que c'est surtout axé troubles alimentaires, c'est beaucoup plus stricte, ils ont moins de possibilités.
- **Donc si je résume un peu le suivi nutritionnel dans ton service, il n'y a pas vraiment d'adaptation de l'alimentation pour que la personne se sente mieux mentalement, c'est plus par rapport au poids, par rapport aux préférences des patients.**
- De nouveau, c'est-à-dire que les patients de la psychiatrie veulent manger un paquet de biscuit, elles auront l'opportunité de manger un paquet de biscuit si elles en ont envie.
- **Oui, c'est ça donc il n'y a pas de suivi nutritionnel ?**
- Non, il n'y a pas de suivi. Ca non. Ca ils gèrent eux-mêmes.
- **Est-ce que les patients expriment des difficultés pour acquérir des bonnes habitudes alimentaires et si oui, lesquelles ?**
- Honnêtement, c'est plus quelque chose qu'ils travaillent avec les patients de troubles alimentaires, parce que chez elles, c'est omniprésent. Les patientes vraiment de la

psychiatrie générale, ils ne s'interrogent pas vraiment là-dessus. Franchement, les patient en psychiatrie, c'est un hôpital ouvert, les gens ont l'opportunité de sortir et de rentrer un peu dans une église avec certaines règles évidemment. Donc le fait qu'ils s'achètent, des yaourts ou quoi, on va pas commencer de savoir si le yaourt qu'il a acheté est bon pour sa santé ou pas parce que de toute façon, il ne s'attarde pas là-dessus et concrètement, ce n'est pas vraiment notre travail. On est face à des gens qui ont 40-50-60 ans 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, enfin en tout cas, chez nous que les patients dépressifs, anxieux, etc, par rapport à ta problématique sont très détachés. Vraiment très détachés. J'ai peut-être une patiente qui me disait « oui j'ai perdu du poids à cause de ma dépression », ils vont mettre ça en avant. Mais ils vont pas aller chercher plus loin. Ils vont juste dire « j'ai perdu du poids à cause de ma dépression parce que j'avais plus faim » mais ils ne s'interrogent pas plus que ça.

- **Et par rapport maintenant à l'unité, quels sont les facteurs favorisant et défavorisant cette bonne alimentation ? J'ai entendu que dans votre institution, les patients devaient manger ensemble ?**
- C'est la cuisine, mais c'est pas une cuisine comme chez nous à la maison mais c'est plus comme un réfectoire où les patients avec troubles alimentaires mangent ensemble et les patients de psychiatrie générale mangent ensemble.
- **Et donc ça c'est quelque chose pour les aider à mieux manger ou manger tout court ?**
- C'est vraiment lié aux troubles alimentaires oui.
- **Et dans l'unité, il n'y a pas d'autres choses qui améliorent ou diminuent la bonne alimentation des patients ?**
- Il y a des distributeurs de boissons et alors de biscuits et tout ça et distributeur de café aussi mais par contre un magasin proprement parlé pour acheter des choses, non.
- **Donc il n'y a rien dans la structure qui améliore ou qui retarde la bonne alimentation des patients ?**
- Après c'est un peu en fonction des points de vue, quand t'es devant un distributeur où c'est jute des chips, du chocolat et des biscuits, est-ce que ça influence l'alimentation des patients ? Oui et non mais ça dépend à nouveau à quel point tu vas le consommer. C'est quand même plaisant de manger un morceau de chocolat mais maintenant si il en mange 5, ce sera pas la même chose.
- **Quelles sont tes connaissances par rapport au lien qui unit l'alimentation et la santé mentale personnellement ?**
- De nouveau, comme j'avais dit au départ, par rapport à chacun, à nos compétences émotionnelles, on peut se retrouver à compenser des états de détresse en mangeant parce que ça nous apporte du plaisir. Et donc il y a les hormones du plaisir qui s'activent et donc les personnes ont tendance à être en dépression etc vont très souvent compenser via l'alimentation et ce seront des choses grasses ou sucrées.
- **Et du coup, tu trouves ça important et judicieux d'intégrer l'alimentation et la nutrition dans la prise en charge ?**

- 1453 • Moi je pense que ça pourrait être intéressant oui. Voilà, on ne pas les forcer à
- 1454 consommer certaines choses ou avoir un équilibre dans les apports nutritionnels
- 1455 mais je pense que ça pourrait les aider peut-être dans leur prise en charge.
- 1456 • **Et par exemples en donnant des informations, des conseils ou en faisant des**
- 1457 **ateliers ? Sous quelle forme ?**
- 1458 • Moi je pense que ce serait plus sous forme d'ateliers, oui.
- 1459 • **Pour qu'ils soient acteurs de leur prise en charge ?**
- 1460 • Oui.
- 1461 • **Est-ce que toi dans tes missions et tes fonctions, la nutrition fait partie de ton rôle**
- 1462 **de soignant ?**
- 1463 • Au niveau de la psychiatrie générale, non. Au niveau des patients de troubles
- 1464 alimentaires, oui.
- 1465 • **Et est-ce que tu penses que tu pourrais jouer un rôle quotidien, pour les patients**
- 1466 **dépressifs et anxieux, que ce soit pour des ressources ou pour un certain pouvoir**
- 1467 **ou sur les patients ?**
- 1468 • Je pense que je pourrais avoir un rôle à partir du moment où c'est une demande.
- 1469 • **Une demande des patients ou que l'institution prenne une décision et dise aux**
- 1470 **soignants qu'ils doivent s'occuper de la nutrition ?**
- 1471 • Non, moi ce serait vraiment une demande de la part des patients.
- 1472 • **Est-ce que tu aimerais bien t'investir dans ce type d'intervention auprès du**
- 1473 **patient ?**
- 1474 • Si maintenant, supposons que je suis un patient dépressif et que ce problème est là,
- 1475 supposons que je constate que mon patient abuse par exemple de sucreries, et que
- 1476 c'est vraiment un problème, peut-être que effectivement, j'aborderai la question,
- 1477 tiens comment vous vous sentez par rapport à votre régime alimentaire, est-ce que
- 1478 vous êtes satisfaite, pas satisfaite ? Est-ce qu'il y a des choses à changer ? Si le patient
- 1479 me dit oui, alors je prendrai le temps de voir avec lui un petit peu de ce que l'on peut
- 1480 faire, mais si il me dit clairement non, cela ne m'intéresse pas, je ne vais pas insister.
- 1481 Les patients de troubles alimentaires viennent pour un problème alimentaire, donc
- 1482 forcément, la prise en charge on va travailler d'un point de vue psychiatrique je vais
- 1483 dire mais du coup le sujet de l'alimentation est omniprésent donc effectivement, on y
- 1484 travaille et on va établir des choses, mettre des objectifs en place, on va essayer de
- 1485 les sortir de leur zone de confort, je vais dire, souvent on mange beaucoup de fruits,
- 1486 on va établir des objectifs de voilà, on va manger autre chose qu'un fruit, mais par
- 1487 contre, pour les patients dépressifs et anxieux, si pendant 2 mois d'hospitalisation, ils
- 1488 ne veulent que manger des fruits, on ne va pas s'y attarder. On ne va pas dire, tiens
- 1489 tu n'as pas envie de faire un effort, tu vas plutôt prendre un chocolat plutôt qu'une
- 1490 pomme aujourd'hui parce que chez eux la problématique c'est pas l'alimentaire quoi.
- 1491 • **Comment ça se fait que les patients dépressifs sont au même étage que les troubles**
- 1492 **alimentaires ?**
- 1493 • Ca, business is business. Une question argent ça.
- 1494 • **Parce qu'il n'y a aucun avantage que les patients dépressifs soient avec les troubles**
- 1495 **alimentaires ?**
- 1496 • Absolument pas non, c'est même plus problématique qu'autre chose.
- 1497 • **Il y a aucun lien qui les rassemble en fin de compte ? Il y aura peut-être certains**
- 1498 **symptômes en commun mais il n'y aura pas un grand lien qui les unit ?**

- 1499 • Il y a rien qui les lie. La dépression et l'anxiété chez les troubles alimentaires ne va
 1500 pas la même problématique que chez les patients anxieux et dépressifs. Déjà la
 1501 majorité des troubles alimentaires sont entre 16 et 40 ans maximum. Pour l'instant,
 1502 on a des patients qui sont relativement jeunes. Mais la majorité des patients, ce sont
 1503 des patient qui ont entre guillemets un passé, qui ont 40-50 ans, ou plus. Donc non,
 1504 concrètement ça pose problème parce qu'en fait, les patients de la psychiatrie
 1505 générale sont hospitalisés dans leur unité ou c'est précisément pour les dépressifs et
 1506 les dépendants, la prise en charge n'est pas du tout la même, même d'un point de
 1507 vue alimentaire, et global. Toute la prise en charge est différente. Alors qu'ici, ils
 1508 arrivent et tout est rythmé selon les troubles alimentaires. Il y a des repas imposés, il
 1509 y a des collations imposés, il ne peuvent pas avoir de nourriture en chambre alors
 1510 que dans les autres unités, il n'y a aucun soucis pour avoir à boire, à manger, du coca,
 1511 etc. Je veux dire on s'en fou alors que ici, c'est strictement interdit. D'ailleurs ce
 1512 weekend, je travaillais, j'ai encore retrouvé de l'alimentaire en psychiatrie générale
 1513 et j'ai du tout récupérer. Il y a pas dans les autres unités et il y a un intérêt, c'est
 1514 parce qu'on a des patients anorexiques mais qui ont souvent de la boulimie, et donc
 1515 notre prise en charge traite l'anorexie et la boulimie, mais si en dehors de notre prise
 1516 en charge, elles ont l'opportunité de recevoir à manger de la part de la psychiatrie
 1517 générale, s'interfère dans notre prise en charge. Elles arrivent aussi à manipuler la
 1518 psychiatrie générale pour obtenir des choses et donc on doit vraiment essayer de
 1519 leur rappeler que ils ne sont pas là pour le même problème et que voilà, quand tu as
 1520 une patiente en face de toi qui est très maigre et qui te dit j'ai pas assez mangé, j'ai
 1521 faim, toi tu es là pour dépression et pas du tout pour un trouble alimentaire, qu'est-
 1522 ce que tu vas faire, tu vas lui donner ta tartine. Parce que ça évidemment on doit
 1523 éviter.
- 1524 • **Mais du coup les patients dépressifs quand ils mangent des biscuits et tout, ils**
 1525 **mangent à l'étage ou ils mangent dans une autre partie ? Ils ne peuvent pas manger**
 1526 **devant les autres personnes ?**
- 1527 • Si, ça par contre, ils mangent tous ensemble, si les patients de la psychiatrie générale
 1528 veulent mangent des choses qu'ils ont amenés de l'extérieur, ça par contre, on ne va
 1529 pas du tout leur interdire, ils ont tout à fait le droit et les patients de troubles
 1530 alimentaires sont au clair par rapport à ça.
- 1531 • **Donc par exemple, un patient de trouble alimentaire va voir un patient de**
 1532 **psychiatrie générale manger devant lui autre chose ?**
- 1533 • Oui, mais elles sont bien au clair par rapport à ça, il n'y a pas de soucis.
- 1534 • **Est-ce que les patients sont ouverts pour tout ce qui est conseils alimentaires,**
 1535 **diététiques, approfondissements de leurs comportements alimentaires ? Ou est-ce**
 1536 **qu'il y a vraiment des obstacles par rapport à ça ?**
- 1537 • Moi je pense que c'est quelque chose qu'il faudrait leur demander directement. Je ne
 1538 saurais pas dire si ils sont pour ou contre étant donné qu'il n'y a pas de demande
 1539 mais je me dis que ce serait peut-être un truc à creuser et à demander tiens, est-ce
 1540 que ça vous intéresserait qu'il y a une prise en charge par rapport à ça. Mais je ne sais
 1541 pas répondre à la question parce qu'il n'y a pas de demande.
- 1542 • **Et personnellement, est-ce qu'il n'y a pas de demande parce que les personnes sont**
 1543 **dépressives, pas bien et ils ne se posent pas la question de leur prise en charge par**
 1544 **l'alimentation ou bien il y a une autre raison ?**

- 1545
- 1546
- 1547
- 1548
- 1549
- 1550
- 1551
- 1552
- 1553
- 1554
- 1555
- 1556
- 1557
- 1558
- 1559
- 1560
- 1561
- 1562
- 1563
- 1564
- 1565
- 1566
- 1567
- 1568
- 1569
- 1570
- 1571
- 1572
- 1573
- 1574
- 1575
- 1576
- 1577
- 1578
- 1579
- 1580
- 1581
- 1582
- 1583
- 1584
- 1585
- 1586
- 1587
- 1588
- 1589
- 1590
- 1591
- Je pense que pour eux, ce n'est pas un problème. Je ne sais pas mais je me dis, c'est comme toi et moi, on mange le matin, midi, soir, t'as envie d'une tartine à 16h, on va pas se poser de questions, je pense que c'est surtout pour ça en fait.
 - **Merci beaucoup pour l'entretien.**

Retranscription entretien 5

- **Est-ce que vous pouvez d'abord vous présentez en quelques mots avec votre fonction, vos missions au sein de votre institution ?**
- Moi je suis X, je suis infirmier bachelier depuis plus ou moins 10 ans, j'ai d'abord travaillé 5 ans en maison de repos, et puis après j'ai fait une formation de soins de plaie et puis après je suis parti travailler en psychiatrie à Henri Chapelle, c'est du côté de Eupen, dans la région liégeoise. Je suis infirmier A1 mais sans spécificité psychiatrique. Je suis au service d'admission aigues, ça avoisine tous les patients en crise, psychotiques, dépressions, anxiété, suicide, mise en observation que nous devons gérer.
- **Et vous travaillez dans quel service exactement ?**
- Service Iris, département A, c'est les aigues. Ce sont les patients qui viennent en crise et qui peuvent rester maximum 2 mois chez nous et puis ils sont réorientés vers d'autres services, plutôt des chroniques, si on ne trouve pas de solution, ou alors ils sont renvoyés chez eux avec un réseau qui est mis en place.
- **Mais donc vous avez plusieurs pathologies ?**
- On a de tout. Normalement, à la base, c'est dépression, suicide, borderline, psychotiques, schizophrènes, bipolaires. C'est vrai que pour le moment, nous avons un service beaucoup axé sur des patients plus jeunes borderline qui sont vraiment en décrochage social dans la société et que nous devons essayer de gérer mais aussi une augmentation de personnes déprimées suite au Covid, aux inondations de notre côté. Des psychotiques aussi, nous en avons pas mal. Donc voilà, notre service, on accepte tout patient ayant une difficulté à l'extérieur, il vient chez nous pendant au minimum 15 jours si il le souhaite comme ça il y a une observation. Si on doit poser le diagnostic, on le pose, si c'est déjà fait, on continue alors le soin. Des fois, il y a des patients, on ne sait pas d'où ils viennent, c'est une première hospitalisation, ils ont décrochés à l'extérieur, ils font peur à leur famille donc ils viennent chez nous, nous en gérons un peu ça. On peut aussi avoir des sociopathes, des psychopathes qui viennent chez nous, qui ont eu des problèmes de justice. Le weekend passé, ils sont venus chez nous pour pouvoir expliquer qu'ils ont une pathologie psychiatrique. On a vraiment de tout.
- **Votre institution où vous vous trouvez, est-ce que c'est une grande institution, c'est ambulatoire ou hospitalisation ?**
- Il y a les deux. On a 4 services qui sont chroniques avec des personnes qui restent des fois à vie, des fois 6, 7 mois, voir 1 an. Il y a aussi 4 départements aigus, ça c'est plutôt alors la désintox, il y a 2 services et 1 service espace protégé donc c'est ceux qui sont en mise en observation et qui doivent rester chez nous suite aux mesures de justice. Donc il y a 2 services désintox, côté femmes et côté hommes, et il y a un côté admission, plutôt urgence et c'est où je suis où il y a un espace protégé, un espace fermé où les gens ne peuvent pas sortir tant qu'il n'y a pas certaines conditions de sécurité envers eux et envers nous pour retrouver la vie en société avec les autres patients. Alors il y a dans le château, les personnes plus limitées. On a aussi le service qui va s'occuper de réinsérer les patients au niveau de la société, donc par exemple ceux qui ont perdu leur emploi, leur travail, ceux qui sont endettés, qui sont avec des troubles psychiatriques. Il y a aussi un service de gériatrie, les patients qui sont en maison de repos mais qui ont des problèmes mentaux, qui reviennent chez

nous pour être réadaptés, qui viennent chez nous pour un traitement et puis que l'on réinsère dans la société, dans la maison de repos. Et le dernier service, c'est une maison gériatrique où les patients restent à vie chez nous jusqu'au décès qui n'ont plus de possibilité d'être réinséré. Donc on les garde. Il y a aussi un plateau d'orientation qui est un plateau qui forme une équipe mobile qui va en fait voir les patients à l'extérieur pour les suivis ambulatoires. En plus de cela, il y a l'hôpital de jour, les personnes viennent 2 fois par semaine ou 1 fois par semaine pour voir si tout se passe bien.

- **Quelles sont les types d'habitudes alimentaires que vous pouvez observer chez vos patients dépressifs et anxieux ?**
- Alors, à la base ils mangent des repas on va dire ordinaire. 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 donc là-dessus, nous veillons quand même à voir les apports alimentaires, donc 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. Si nous contractons une baisse de poids par rapport aux patients déprimés, suite à une difficulté de manger, de boire, de ne plus avoir l'envie du tout, le goût à rien, etc, alors nous mettons en place des compléments alimentaires et ça, on suit vraiment le poids. Il y a une échelle si je me rappelle bien, l'échelle MUST qu'on met où là on a le poids, si 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 si il reste dans les normes où si il se dégrade.
- **Est-ce qu'il y a un profil précis de ces patients dépressifs et anxieux qui ont justement ces mauvaises habitudes alimentaires ?**
- Si bien sûr, après si on reste sur la personne dépressive, ça dépend quel type de dépression on parle. Il y a la dépression endogène et exogène. Quand c'est au niveau endogène, ce sont des personnes qui viennent plus chroniques, c'est par rapport aux saisons aussi, et justement, ils s'alimentent plutôt mal, on va dire. Ils vont privilégier des aliments sucrés, des bonbons, c'est beaucoup moins sains, il y a quand même des habitudes, on va dire accouplé avec des cigarettes en abondance, vraiment un déni de l'image de soi et voilà on voit ce qu'il se passe. Il grossissent beaucoup, c'est beaucoup de sucré et il y a parfois pas de limite. On est plutôt dans des déprimés chroniques. Des déprimés exogène 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 par rapport au magnésium, au potassium qui peuvent engendrer d'autres problèmes. 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.
- **Donc c'est vraiment au niveau de la quantité de nourriture et pas spécialement au niveau de la qualité à part ce que vous disiez tout à l'heure ?**
- Si il peut y avoir la qualité mais la dépression touche tout type de personne. Certaines vont réagir de manière différente, si vous prenez la dépression de la vie actuelle de certaines personnes, vous avez une rupture amoureuse, les gens viennent pour dépression chez nous, ils vont beaucoup manger. Oui il y a une dépression mais il y a une compensation. Il peut y avoir une compensation de nourriture dans la dépression aussi, ils mangent alors à l'excès, et là c'est vraiment de la nourriture abondante et pas du tout suivi, c'est-à-dire que on le met leur repas de base et ils vont chercher un sandwich en plus, ils vont manger une tartine en plus. Ils mangent à

part d'heure. Il n'y a pas un risque structuré. Ils mangent beaucoup. Qualifier une dépression par rapport à quelqu'un, c'est très subjectif aussi. Il y a certains critères qui font que, certains vont dire je suis en dépression parce que j'ai autant de choses, mais les habitudes alimentaires ne vont pas vraiment changer, et d'autres qui étaient des personnes très actives qui d'un coup s'arrêtent, c'est plutôt avec un suivi, là on remarque souvent une perte d'appétit, une diminution de l'estime de soi, un goût à rien et une alimentation mauvaise donc du sucre en abondance, confiture, chocolat.

- **Et est-ce que ces habitudes alimentaires là sont évaluées au niveau de l'anamnèse ou pendant la prise en charge ou même pour le retour à domicile ?**

- Donc en fait, normalement après 48h, on fait cette fameuse échelle MUST où nous prenons le BMI de la personne et voir si dans les 5-6 mois avant, il se rappelle de son poids si il y a une diminution à ce niveau-là, et en fonction de ça, normalement, nous pesons tous les mois les patients. Les patients où on voit qu'il y a une problématique au niveau de la nutrition, nous allons faire le bilan hydrique pour suivre la quantité d'eau qu'ils boivent, on peut des fois noter des repas aussi. C'est assez rare car on les voit assez quotidiennement et on les stimule si il le faut. Mais c'est surtout la perte de poids aussi. Et par exemple, au repas, tous les midis, il y a un repas complet qui est mis, et à chaque fois, il y a une personne qui reste pour évaluer par exemple, la quantité qui a été mangée et si il y a un soucis, il faut suivre. Par exemple la moitié du plat pendant quelques jours, alors on se pose des questions et si on voit que c'est habituel, qu'il y a une perte de poids assez rapidement, alors on intervient avec la nutritionniste.

- **Mais donc vous vous référez surtout par rapport au poids alors ?**

- Le poids et la quantité mangée. Les deux gros points, en effet.

- **Et la prise en charge générale des personnes atteintes de dépression et d'anxiété, comment est-ce que cela se déroule ?**

- La réponse est très vaste car cela dépend du psychiatre qui le voit, et comment il le perçoit. Et aussi avec la dépression, on peut arriver à la mélancolie. C'est le stade ultime. Avec des termes de ruine. Quand c'est une dépression, notre but, c'est que la personne puisse continuer à s'insérer dans le groupe. A avoir tout de même un contact avec nous, des personnes anxieuses sont parfois très irritantes parce qu'ils viennent souvent nous trouver avec beaucoup de questions et ils ne sont jamais satisfaits donc ils demandent beaucoup de médicaments, donc il faut dire que la dépression en elle-même, ce n'est pas beaucoup de médicaments. Ça va pas être beaucoup de médicaments. Les personnes anxieuses par contre eux, ça va être compliqué car ils ne sont jamais satisfaits, il y a toujours une angoisse qui se crée et donc leur médication augmente très rapidement car beaucoup de demandes. Les dépressifs ne demandent pas énormément de médicaments. Ils sont forts repliés sur eux-mêmes en tout cas dans notre institution, c'est ce que je constate. Ils ne sont pas forts demandeurs, ils sont apathiques, ils ne parlent plus beaucoup, ils s'isolent, mais la personne anxieuse par contre vient souvent nous trouver pour pouvoir essayer de régler cette anxiété mais si des fois, elle ne les comprend pas. Et là, on essaye de donner des anxiolytiques mais c'est compliqué parce qu'avec les benzodiazépines, il y a un grand crépuscule. Le but pour nous ce n'est pas de donner beaucoup de médicaments mais ça dépend du psychiatre, si on sent que c'est ingérable par la parole parce que ça devient très compliqué pour elle-même, pour le groupe et pour

la prise en charge, alors effectivement, on donne des médicaments plus fort pour pouvoir calmer cette agité qui les perturbe.

- **Est-ce que les patients sont réceptifs à des approches alternatives par exemple des ateliers spécifiques, luminothérapie ou autres ?**
- Oui, ça dépend quel type de patients vous avez. Certains sont très friand de l'écoute qu'on peut donner, nous on fait des entretiens. Ca c'est quelque chose qui peut aider. L'accompagnement on accompagne à l'ergo, à la kiné, on a aussi un atelier potager où ils découvrent la nature. On est dans un endroit assez rural donc ça change pour les personnes qui sont citadins, où c'est vraiment quelque chose qui fait qu'ils sont en connexion avec la nature. L'effet de groupe peut aussi aider parce que beaucoup de personnes arrivent déprimées en vivant seules, sans personne pour parler avec eux et le fait d'avoir le groupe les aide beaucoup aussi. Bien sûr en dehors des médicaments, des médications, on a beaucoup d'alternatives. Maintenant, est-ce qu'ils les prennent tous, ça dépend des cas mais on propose souvent effectivement cela et on remarque que en tout cas le groupe aide beaucoup quand la personne en a vraiment besoin. On a des groupes assez difficiles mais il y a beaucoup de choses qui se mettent en place qui viennent les aider. Ainsi que le groupe anxio-dépression où là ils voient un psychologue, un psychiatre, une logopède, il y a un groupe kiné, un groupe avec les soignants (les infirmiers) sur les habitudes de vie et nous avons alors aussi des mimes par rapport à la nutrition, comment est-ce qu'il faut bien manger, par rapport à se laver, des choses qui peuvent se perdre quand ils sont vraiment en fin de dépression aigue.
- **Et il y a des demandes particulières par rapport à un suivi nutritionnel par exemple des ateliers par rapport à la nutrition ou des choses comme ça ?**
- Il n'y a pas un atelier spécifique où on travaille la nutrition, il y a un groupe qui s'appelle l'hygiène de vie où effectivement, dans le jeu dont je parlais tout à l'heure, là on parle de la nutrition, là les patients qui sont réceptifs peuvent avoir la chance d'avoir le livre et donc avoir vraiment les habitudes alimentaires, ce qu'il faut manger, pas manger, la pyramide de Maslow, ça ils peuvent avoir le livre et ceux qui sont vraiment en difficulté avec ça, ou ceux qui se rendent compte qu'ils mangeaient vraiment pas bien ont la possibilité d'avoir ce livre et aussi d'avoir le suivi d'une diététicienne.
- **Et est-ce que pour l'alimentation, vous avez une cuisine, d'où reçoivent-ils leur repas ?**
- On a une cuisine dans l'enceinte de l'hôpital avec deux diététiciennes, une chef cuisto. A la base, tous les repas sont en quantité ordinaire, cela veut dire que ça rend normalement dans la qualité nutritionnelle qu'une personne doit avoir au quotidien. Maintenant, effectivement des personnes sont plus enveloppées et d'autres plus fines et donc c'est un peu plus compliqué et alors il y a aussi beaucoup de régimes spécifiques, on a beaucoup de patients musulmans sans porc, des personnes végétariennes donc on met des légumes plutôt protéinés pour ne pas avoir de carences. Tous les repas sont suivis par deux diététiciennes qui s'arrangent pour que tous les repas rentrent dans la quantité nécessaire qu'il faut par jour au niveau nutritionnel.
- **Est-ce que les patients acquièrent des difficultés alimentaires ou est-ce qu'il n'y a pas de soucis à ce niveau-là ?**

- 1778 • Ils en parlent peu parce qu'à la base, on n'est pas vraiment axés sur ça. Au début,
- 1779 c'est pas la première chose qu'on va parler avec eux, on va essayer de décider le
- 1780 problème de pourquoi ils viennent chez nous. Et effectivement, par après, quand ils
- 1781 se sentent mieux, des fois et souvent les patients sont contents de venir car il y a
- 1782 quand même une hygiène diététique : un jour du poisson, un jour de la viande, un
- 1783 jour une salade, donc tout ça ils sont friands et ils mangent volontiers. Après
- 1784 l'habitude alimentaire, une fois qu'ils se sentent bien, et que la problématique n'est
- 1785 plus en avant plan, ils reviennent à leurs habitudes. Mais ceux qui ont des
- 1786 dépressions de personnes névrosées, ce sont peut-être des personnes qui
- 1787 demandent à manger le plus sain possible.
- 1788 • **Et il n'y a pas par exemple des facteurs défavorisant dans l'entourage, dans**
- 1789 **l'environnement ou dans les contacts que les patients avec l'extérieur ?**
- 1790 • J'ai envie de dire que c'est plus sociétal. Les habitudes alimentaires sont érigées par
- 1791 l'éducation que l'on a et aussi par la publicité sucrée, salée qu'on a souvent. La
- 1792 personne en général et ce n'est pas vraiment la dépression, le dépressif qui a une
- 1793 habitude bien spécifique, on va plutôt parler d'une perte d'appétit dans les grosses
- 1794 dépressions avec une perte de poids très importante. Maintenant, pour les habitudes
- 1795 alimentaires, c'est propre à chacun et de leur éducation. Maintenant la famille
- 1796 explique souvent que quand un patient arrive, est plutôt mythique, il ne dit plus
- 1797 grand-chose, il y a une perte de poids, par manque d'alimentation claire et nette.
- 1798 • **Et est-ce qu'il y a des facteurs favorisants ?**
- 1799 • Son milieu social, socio-économique effectivement, une personne qui a peu de
- 1800 revenu va prendre ce qu'il a, une personne qui est bien entourée peut avoir de l'aide
- 1801 mais ceux-là sont rares chez nous, à part ici par exemple un patient que l'on a, qui est
- 1802 très bien sauf qu'il y a vécu le décès de sa femme d'un cancer foudroyant alors qu'ils
- 1803 étaient fusionnels, là il y a une perte de poids de 20 kg en moins d'un mois par perte
- 1804 d'appétit, replis social malgré que les enfants soient présents, malgré qu'il y ait de
- 1805 l'argent, etc. En général, ceux qui sont en dépression ont des habitudes qui ne sont
- 1806 déjà pas bonnes à la base et la vraie dépression, on est souvent dans une perte
- 1807 d'appétit constante qui peut être due par des facteurs qui font qu'ils sont en
- 1808 dépression, par exemple deuil, maladie incurable qu'ils ont appris et alors d'autres
- 1809 dépressions qui viennent plus souvent et qui sont plus chroniques, ça c'est souvent
- 1810 pour des personnes qui sont très isolées. Il y a des personnes qui fonctionnent très
- 1811 bien quand il fait beau, quand il y a de l'activité, mais le Covid a fait qu'ils sont plus
- 1812 isolés, qu'ils dépriment plus rapidement. Ils ont un niveau intellectuel plus diminué et
- 1813 donc il y a des carences qui se font et ils viennent chez nous. Et quand ils viennent
- 1814 chez nous, avec le groupe, ça fait qu'ils remangent très vite très bien.
- 1815 • **Dans l'institution, est-ce qu'il y a des éléments qui font qu'ils vont avoir une**
- 1816 **meilleure alimentation ou une moins bonne alimentation ? Que ce soit dans la**
- 1817 **structure, l'organisation ?**
- 1818 • Alors de base, un régime qui est « ordinaire », je dis ça car il y a d'autres régimes
- 1819 comme sans porc, etc. Mais tout patient qui rentre à la même nourriture sauf si
- 1820 allergie alimentaire ou par rapport à la culture mais ils ont tous un régime qui répond
- 1821 aux besoins nutritionnels d'une journée.
- 1822 • **Mais ils peuvent pas avoir des choses en plus ?**

- 1823 • Oui bien sûr, ils peuvent avoir des compléments alimentaires, des nutridrinks, des
1824 repas hyper protéinés, il y en a qui mangent des lipoprotéines et certains ont trop de
1825 cholestérol. Ca bien sûr, mais est-ce qu'ils le respectent, ça c'est autre chose.
- 1826 • **Mais je voulais dire ça dans le sens, est-ce qu'ils peuvent amener des biscuits dans**
1827 **leur chambre par exemple ?**
- 1828 • Normalement non, mais ça se passe régulièrement oui. Il y a pas une règle générale
1829 qui fait qu'on ne peut pas amener de biscuit, mais normalement le repas qui est
1830 proposé doit correspondre à leur besoin mais c'est vrai que 8/10 des patients
1831 reprennent des mauvais aliments dans leur chambre : biscuits, etc. Certains
1832 ramènent des fruits. Par rapport à la dépression, j'essaye de scinder parce ce qu'on a
1833 beaucoup de patients autres. Il y a des gens qui ne s'alimentent pas assez et pour les
1834 faire manger pas de manière très saine ils prennent des biscuits. Ca arrive aussi et ils
1835 les prennent en chambre.
- 1836 • **Et il n'y a pas un magasin en bas qui peut influencer les patients ?**
- 1837 • Oui il y a une cafétéria. Il y a de tout : des chocolats, des fruits, des biscuits mais ça on
1838 ne suit pas sincèrement de combien est-ce qu'ils prennent.
- 1839 • **Est-ce que ça a une influence sur la mauvaise alimentation des patients ?**
- 1840 • Aussi, oui. Des fois, ils mangent des paninis alors qu'ils ont un repas en plus. Oui tout
1841 à fait.
- 1842 • **Rien d'autres dans l'institution qui pourrait influencer ?**
- 1843 • On a des pancartes qui expliquent ce qu'il faut bien manger et pas bien manger, ce
1844 qui est bon ou pas. Certaines pancartes comme celles pour la campagne pour
1845 l'hygiène des mains mais on fait pour le sucré et le salé, mais ça touche tous les
1846 patients, pas spécialement que les dépressifs. Mais il est quand même rare que les
1847 patients viennent pour dépression et se goinfrent directement. Alors on ne parle pas
1848 vraiment de dépression, c'est qu'il y a une autre maladie derrière. Mais la vraie
1849 dépression, si on part vraiment sur ce que vous dites, on voit plus une perte de poids,
1850 une carence au niveau alimentaire que l'inverse, sauf si on prend une personne
1851 dépressive qui peut être psychotique ou borderline. Il y a des personnes névrosées
1852 comme vous et moi comme il y a des personnes qui sont borderline et pourtant
1853 vivent dans la société aussi. Des personnes psychotiques qui peuvent être
1854 dépressives mais qui n'ont pas spécialement la même réalité que nous, donc c'est
1855 assez large. Moi je me base plutôt sur les personnes névrotiques, comme vous et
1856 moi, qui aurait eu un deuil, qui sont en dépression et comment est-ce que l'on fait
1857 pour les aider.
- 1858 • **Après, c'est vrai que dans un service, il n'y a jamais un service que de dépressifs, en**
1859 **tout cas, c'est rare donc quand on se pose la question sur la nutrition, ça englobe**
1860 **souvent plusieurs pathologies vu que c'est la même chose pour plusieurs patients.**
1861 **Mais sinon, c'est très intéressant de savoir qu'il y a des pancartes dans le couloir.**
1862 **Est-ce qu'il y a d'autres choses ?**
- 1863 • Non, à ma connaissance non. On a juste une diététicienne à disposition si la personne
1864 a des questions ou à un régime adapté par rapport à ces demandes aussi.
- 1865 • **Par rapport à vos connaissances, quelles sont-elles par rapport au lien qui unit**
1866 **l'alimentation et la santé mentale ? De manière globale ?**
- 1867 • Les connaissances de base, je n'ai pas vraiment de spécificité par rapport au sujet
1868 alimentaire, effectivement, on reste dans manger des légumes, varier les produits,
1869 éviter le sucré le soir, ça aussi on essaye de leur faire comprendre. De bien déjeuner

1870 le matin, de boire de l'eau 1,5-2L par jour, éviter le plus possible les boissons sucrées,
1871 diminuer les extras, on essaye de leur faire comprendre mais c'est assez compliqué.
1872 Maintenant, ce qu'on surveille beaucoup c'est l'apport hydrique, ça c'est vrai, voir si
1873 il n'y a pas une déshydratation qui s'est créée mais pour l'alimentation entérale, ça
1874 nous sommes moins dessus. Nous faisons le BMI qui nous aide, si on voit qu'il y a une
1875 diminution et voilà maintenant je veux dire on conseille comme tout bon père de
1876 famille mais il n'y a pas vraiment une spécificité par rapport au fait de passer les
1877 repas, de manger aux heures précises. Ca on leur demande continuellement et c'est
1878 là-dessus qu'on essaye de les aider un maximum parce qu'on sait que si il y a une
1879 reprise au niveau de l'alimentation, on sait qu'on commence déjà à être dans la
1880 maladie, mieux dans le lien, et ça leur donne des forces donc ça leur permet de sortir
1881 du lit aussi donc voilà.

- 1882 • **Donc pour vous, c'est important et judicieux d'intégrer la dimension de**
- 1883 **l'alimentation dans leur prise en charge, que ce soit par l'information, les conseils,**
- 1884 **etc ?**
- 1885 • C'est presque une des priorités parce que c'est un facteur qui nous permet de voir si la
- 1886 personne redevient comme il était aussi, le fait de reprendre soin de lui et
- 1887 directement déjà un traitement très efficace par rapport à la dépression. Les
- 1888 symptômes les plus importants : perte d'estime de soi, le fait de ne plus manger, de
- 1889 se replier, etc. Il y a des personnes qui commencent à remanger correctement, cela
- 1890 signifie qu'il y avait une image de soi assez intéressante et donc nous évite de penser
- 1891 au pire. Quelqu'un qui veut se suicider par exemple, s'en fout de perdre 2 kg ou d'en
- 1892 prendre 5. Une personne qui garde cette envie de pouvoir manger correctement,
- 1893 c'est une avancée au niveau thérapeutique. Oui, donc l'alimentation est très
- 1894 importante et très judicieuse.
- 1895 • **Et plus par des ateliers, des conseils, de l'information ? Sous quelle forme ?**
- 1896 • Auparavant, on allait dans les marchés chercher des aliments avec certains patients,
- 1897 mais ce n'était pas spécialement des patients dépressifs mais les patients dépressifs
- 1898 étaient dedans. Ce qui était intéressant c'est que dans l'hygiène de vie, le groupe
- 1899 qu'on donne en tant qu'infirmier aux patients dans le groupe anxio-dépression, on a,
- 1900 à ces côtés, avec les mimes, les dessins et les questions de culture générale sur
- 1901 l'alimentation aussi et ce qui serait super intéressant pour eux, c'est de pouvoir
- 1902 cuisiner, de pouvoir avoir le goût de pouvoir cultiver aussi. On a un potager où on
- 1903 essaye d'amener certains patients à pouvoir reprendre un peu goût à la nature, je
- 1904 trouve cela important aussi. Donc effectivement, je pense pas que commander à
- 1905 manger va vraiment être intéressant parce que ça va vraiment être plus de la lecture,
- 1906 de l'intellect et les gens sont pas très friands de pouvoir lire et encore lire mais
- 1907 pouvoir l'avoir et l'appliquer dans un exercice de bien cuisiner pourrait être quelque
- 1908 chose de revalorisant et pouvoir effectivement de pouvoir remanger correctement.
- 1909 • **Et votre institution par rapport à cette question-là, comment se positionne-t-elle,**
- 1910 **est-ce qu'il y a beaucoup de discussion par rapport à la discussion, par rapport à la**
- 1911 **qualité des aliments ?**
- 1912 • Pas beaucoup. Pour la simple et bonne raison que avec le Covid, on a été stoppé dans
- 1913 une démarche de vouloir recréer le groupe anxio-dépression avec justement une
- 1914 partie au niveau de l'alimentation. Mais cette partie a été annulée parce que
- 1915 problème en interne, et on voulait mettre ça en intégrant une diététicienne dedans.

1916 Mais malheureusement, ce n'est toujours pas fait et on est toujours en standby et il
 1917 n'y a pas grand-chose qui a évolué.

1918 • **Et vous, en tant qu'infirmier, est-ce que c'est dans vos missions et responsabilités**
 1919 **de vous occuper de la nutrition des patients ?**

1920 • Notre mission est de voir si ce qui a été proposé est bien mangé, si c'est un faible,
 1921 pourquoi mais notre but, c'est la santé mentale avant tout donc on va dire que la
 1922 nutrition est un point important mais n'est pas le point le plus important quand ils
 1923 viennent dans les premiers jours. Après, si il mange un peu trop et que c'est dans ses
 1924 habitudes et qu'il se sent correct, on ne va pas forcément l'obliger à manger
 1925 correctement. Chacun est comme il est et on ne peut pas les changer non plus. On
 1926 leur explique quand même que des fois, ils ont mangé de trop ou qu'ils ont grossi, ça
 1927 c'est de leur faute on ne rien faire et ça arrive souvent quand ils se ressentent bien,
 1928 ils mangent beaucoup.

1929 • **Donc vous pouvez être une ressource ou vous pouvez avoir du pouvoir sur les**
 1930 **patients à ce niveau-là ?**

1931 • On a peu de pouvoir. Ils peuvent prendre nos conseils mais on ne peut pas les
 1932 obliger. Donc si ce sont des patients libres, ils vont à la cantine, ils vont manger ce
 1933 qu'ils veulent, personne ne peut leur dire non. Si ils veulent manger 3 paninis, ils en
 1934 mangent 3, on ne sait pas agir dessus. Donc là-dessus on a très peu de pouvoir car
 1935 c'est indépendant de notre volonté. Les patients sont libres. Maintenant, il y aurait
 1936 un risque médical, alors on pourrait avoir un peu plus de force mais c'est très très
 1937 rare.

1938 • **Et est-ce que vous souhaitez vous investir auprès de ce type d'intervention auprès**
 1939 **du patient ?**

1940 • Personnellement, je pense que ça pourrait être quelque chose de très intéressant
 1941 mais pour moi, ce n'est pas la priorité dans les soins que j'aimerais prodiguer pour le
 1942 moment mais beaucoup de collègues à moi, je sais bien sont très intéressés par le fait
 1943 de suivre une bonne alimentation. Personnellement, moi non parce que je trouve
 1944 qu'il y a d'autres choses dans lesquelles on devrait s'investir pour le bien du patient
 1945 mais d'autres collègues, je sais bien, seraient fortement intéressés.

1946 • **Et quels sont les autres éléments dans lesquels vous êtes intéressés de vous**
 1947 **investir ?**

1948 • La difficulté qu'on a, c'est un peu le tri des patients. On a beaucoup de patients qui
 1949 viennent, et ce n'est pas vraiment des demandes psychiatriques, et donc, prennent la
 1950 place de certains patients qui ont vraiment besoin d'aide. L'approche systémique
 1951 aussi pour pouvoir analyser, étudier la pathologie et la fonctionnement du patient
 1952 afin de pouvoir mieux l'aider et l'orienter à l'extérieur avec aussi un travail de famille,
 1953 pour intégrer la famille dans la maladie, ainsi que la psychoéducation, leur permettre
 1954 de vraiment comprendre leur maladie et de sentir les symptômes qui pourrait les
 1955 faire retomber et de là, vraiment pouvoir les éduquer par rapport à ça. Je dis toujours
 1956 un patient qui se sent bien, qui sait ce qu'il a et qui sait ce qu'il peut faire pour éviter
 1957 et ça c'est fort méconnu. Donc apprendre à bien manger, c'est bien mais si ils
 1958 redécompensent et qu'ils s'en foutent de ce qu'ils ont appris, ça ne sert à rien. Mais
 1959 manger un peu plus mal, mais pouvoir être conscient de ce qu'ils ont, et d'empêcher
 1960 la rechute, pour moi, c'est plus intéressant à l'heure actuelle.

1961
1962
1963
1964
1965
1966
1967
1968
1969
1970
1971
1972
1973
1974
1975
1976
1977
1978
1979
1980
1981
1982
1983
1984
1985
1986
1987
1988
1989
1990
1991
1992
1993
1994
1995
1996
1997
1998
1999
2000
2001
2002
2003
2004
2005
2006

- **Est-ce que vous pensez que les patients sont ouverts à bénéficier de conseils alimentaires, diététiques, approfondissements de leurs comportements alimentaires ?**
- Certains oui. Mais j'avoue que c'est assez rare par rapport à la qualité des patients que l'on a. Donc c'est difficile de répondre parce que la dépression, oui, ça englobe beaucoup de personnes mais on a beaucoup de personnes qui sont plutôt des cas sociaux et qui ont des problèmes de logement, des toxicomanes donc la nourriture ils s'en foutent. Donc ils ne sont pas forts preneurs. C'est dommage mais les personnes qu'on arrive à éduquer comme ça sont alors plus sensibles mais c'est une minorité.

Discussion après l'entretien :

- Qui serait nutritionnellement parlant très bon. La problématique effectivement, c'est qu'ils ne suivent pas, ils mangent plus, ils ne mangent pas tout. Des fois, ils mangent en quantités hors normes, ils prennent des saucisses de quelqu'un, ils prennent la viande d'autres personnes, ils vont à la cantine manger en plus donc c'est très compliqué parce que la question de la dépression touche différentes personnalités de personne et c'est là qu'est la complexité des réponses parce que si prends une personne comme toi et moi et dépressif alors oui, c'est beaucoup plus facile de pouvoir expliquer parce que tu seras plus attentive mais il y a des personnes plutôt des cas sociaux, des gens qui viennent parce qu'ils ont plus de logement. Qui se disent déprimés pour pouvoir rentrer chez nous parce que dire « j'ai plus de logement, je viens chez vous », ce n'est pas un problème pathologique. Mais quand ils utilisent la dépression pour dire qu'ils sont déprimés alors qu'ils ne le sont pas du tout, mais juste parce qu'ils n'ont pas de logement, la qualité nutritionnelle, ils s'en foutent et même si on les éduquait pour une bonne alimentation, ils font à leur manière et des fois ils ne mangent pas beaucoup parce qu'ils n'ont pas d'argent et quand ils ont de l'argent ils achètent des bonbons etc. Et la qualité de psychiatrie diminue de plus en plus et malheureusement, il ne faut pas se mentir, la vraie population psychiatrique est suivie par une équipe mobile et nous avons souvent beaucoup de personnes qui viennent pour des bénéfices secondaires, qui viennent soit disant pour dépression mais on remarque très vite qu'ils ne le sont pas. Quelqu'un qui est déprimé et qui dit après un jour et qui fait comme si il était à l'aise, c'est compliqué de savoir si c'est vraiment une dépression. Ca on ne sait rien y faire. Ils savent dire des mots qui font qu'ils rentrent. Beaucoup de patients disent qu'ils ont des idées noires, envie de mourir mais quand ils viennent chez nous, les premiers jours, ils viennent comme il faut, ils soignent le groupe et puis ils rigolent. C'est assez complexe. Quand t'as des idées noires et que t'as envie de mourir je crois pas que le premier jour t'as envie de manger comme tu veux. Donc c'est compliqué mais c'est vrai qu'on a un groupe anxio-dépression et là, il y a vraiment des personnes qui sont mélancoliques, que ce soit endogène, qu'ils aient une anxiété où ce n'est plus gérable à la maison, qu'ils stressent pour tout, qui oublient, qui ont des termes de ruine, alors eux, effectivement, c'est un travail plus intéressant entre guillemets car on va vraiment essayer de les aider. Même si les personnes vraiment anxieuses sont très irritables parce qu'ils viennent malgré qu'on ait déjà répondu 10 fois à leurs questions.

- 2007 • **Mais c'est vrai que c'est compliqué parce que la dépression, ça touche**
- 2008 **beaucoup de domaines et pour les traitements il y en a beaucoup aussi et il y a**
- 2009 **beaucoup de problèmes associés : logement, deuil, etc.**
- 2010 • Il y a aussi des gens qui ont des phases maniaques, qui sont en euphorie, qui vont
- 2011 acheter plusieurs voitures, qui va acheter des maisons, qui va s'endetter mais
- 2012 pour lui, il s'en fou parce que c'est pas grave, ça continue et puis la manie s'arrête
- 2013 et il tombe en déprime totale avec une envie de suicider, de mettre fin à ses
- 2014 jours, avec des dettes énormes alors oui, ici, on parle de dépression mais on est
- 2015 plutôt dans une personnalité psychotique, qui est différente d'une personnalité
- 2016 névrotique donc la prise en charge va être différente. Donc il y aura forcément
- 2017 une perte de nutrition parce qu'ils ont plus envie de manger mais plutôt un repli
- 2018 sur lui-même et là il faut aussi pouvoir gérer la maladie de base qui est plutôt
- 2019 chimique que exogène avec un deuil ou quoi que ce soit. Donc la dépression c'est
- 2020 très compliqué dans le sens où il y a la dépression névrotique où ce sera alors
- 2021 assez facile mais nous, beaucoup de patients viennent pour dépression entre
- 2022 guillemets mais qui ne sont pas vraiment déprimés. Il y a une autre maladie qui
- 2023 prédomine au-dessus alors oui ce sont des dépressions, mais quelqu'un qui est
- 2024 bipolaire, qui est en phase basse, qui est plutôt déprimé avec des symptômes
- 2025 d'une dépression, et qui peut remonter très vite sans qu'on doive travailler sur
- 2026 son alimentation ou quoi que ce soit parce que la manie arrive donc c'est ça qui
- 2027 est un peu compliqué de pouvoir être précis.

2028

2029 Suite de la discussion après l'entretien :

- 2030 • La psychiatrie se dégrade d'une façon où on ne s' imagine même pas, on n'engage
- 2031 des personnes de moins en moins qualifiées et qui s'en foutent d'aider les
- 2032 collègues et on manque d'infirmiers, on prend ce qu'il y a à prendre et même
- 2033 nous quand on voit l'évolution des nouveaux stagiaires, c'est catastrophique. On
- 2034 ne rend pas compte encore maintenant mais au niveau de ce qu'il dit, des
- 2035 remarques qu'on leur dise et comment ils les prennent, c'est presque tous des
- 2036 boarderline donc c'est un peu compliqué. Dans une institution avec des jeunes
- 2037 comme moi, alors on a quand même cette approche de vouloir aider la personne
- 2038 et de se dire qu'on a quand même un but dans la journée, mais en gros, on est
- 2039 vite dépité parce que l'institution ne met rien en place pour pouvoir nous aider.
- 2040 Oui de temps en temps quand tu as une belle idée et que ça fait « bon chic bon
- 2041 genre » oui mais tu n'as pas forcément vraiment une ligne de conduite pour les
- 2042 difficultés des patients.
- 2043 • **Donc tout ce que vous avez cité par rapport à la nutrition du patient, c'est vous**
- 2044 **qui avez mis en place, à part la prise de poids par exemple mais les ateliers,**
- 2045 **etc ?**
- 2046 • Pour te dire franchement, la prise de poids et la taille ont été instaurés car on va
- 2047 rentrer dans l'accréditation Canadienne et on doit rentrer dans certains critères
- 2048 et donc l'échelle MUST rentre dans ces critères là où toutes les 48 heures, nous
- 2049 devons prendre la taille et le poids, ce qui permet de remplir les critères pour
- 2050 avoir de l'argent. Donc tout tourne autour de l'argent, c'est ça la problématique.
- 2051 Ce n'est donc même pas spécifique où il y a une perte d'argent mais ça doit
- 2052 même être un gagne-pain. Un gagne-pain donc pour tout ce qui coûte le plus
- 2053 cher : formations, nouvelles idées qui pourraient être bien pour le patient mais

qui coûte trop cher par quelque chose qui est plus rentable, plus rapide. Et là-dedans, voilà pourquoi on prend le poids parce que sinon à la base, on ne prenait pas vraiment le poids. Et par rapport à la psychiatrie, mes collègues ou dans certains services, ne font pas le ¼ de ce que certains font, mais on le dit car on manque de collègues donc la prise en charge est très limitée et les patients reviennent abondamment, souvent. Souvent les mêmes qui vont à l'extérieur, ça ne va pas, ils reviennent, beaucoup de consommation et beaucoup de cas sociaux et donc ça devient encore pire car c'est des gens qui ne savent pas vraiment aller mieux parce qu'on est dans une problématique psychiatrique. La vraie psychiatrie, elle est de plus en plus rare mais quand elle est là, c'est intéressant d'étudier tout ce que je t'ai expliqué auparavant. Par exemple, il y a une patiente qui est Roumaine, qui ne parle ni Français, ni Allemand, qui est chez nous depuis 3 semaines et qui ne mange aucun repas de midi, cela n'a jamais été alerté par le psychiatre, ni par qui que ce soit, tu vois donc elle prend son dessert, son fruit et une bouteille d'eau et elle a des bonbons en chambre et personne ne se pose la question de pourquoi est-ce qu'elle ne mange pas. Et rien n'est mis en place en mode qu'est-ce que l'on mettrait en place pour l'aider ? Rien et ça fait 3 semaines qu'elle est chez nous. Et voilà, ça c'est un peu la difficulté par rapport à la nutrition, les patients vont manger à la cantine, ils vont pas manger notre pain, ils vont manger un sandwich, que veux-tu que l'on fasse ? La nutrition c'est dur à concilier sauf si l'accréditation s'en mêle et qu'il faut remplir des choses par rapport à la nutrition, alors là, tu as l'évolution en deux semaines. Mais de base, non ce n'est vraiment quelque chose qui est fort étudié.

- **Un tout grand merci pour les informations et pour l'entretien.**

Retranscription entretien 6

- **Est-ce que tu pourrais te présenter en quelques mots avec ta fonction précise au sein de l'institution et dans quel type d'institution tu travailles ?**
- Je travaille à la Clinique Saint-Luc de Bouge depuis le mois d'octobre officiellement, j'étais stagiaire là-bas depuis le mois de juin. J'ai été engagé directement depuis le mois de septembre, depuis le 6 septembre. Je travaille dans plusieurs services : le service de psychiatrie, de gastro-entérologie, de cardiologie, de chirurgie vasculaire et d'ortho. Donc voilà, on fait un peu le tour de tous ces services-là. Je vais 2 jours par semaine en psychiatrie, il faut savoir que dans l'hôpital, on n'a pas spécialisé dans les troubles du comportement alimentaire donc c'est surtout des dépressions, des troubles du comportement, de l'anxiété. On a très peu de troubles du comportement alimentaire. On a quelques anorexiques mais c'est assez rare et au sinon au niveau de l'institution, on a tous les services à part la maternité ni de service de dialyse ni de pédiatrie. Donc je travaille dans les services que je t'ai cité mais on reste très polyvalente donc je peux très bien aller dans le service de gériatrie également pour donner un coup de main donc c'est assez varié donc voilà.
- **Comment se déroule la prise en charge des patients atteints de dépression, est-ce qu'ils sont plus ciblés discussion, pharmacologique ?**
- Déjà nous, on ne passe pas systématiquement auprès de tous les patients, qu'ils soient dépressifs, anxieux, etc. On ne passe pas systématiquement près d'eux. On a juste une alerte. Dans le bilan, ils posent la question de si il y a une perte d'appétit, une perte de poids et ils calculent leur BMI. Et si il y a un de ces 3 facteurs-là donc si il y a soit une perte d'appétit, soit une perte de poids, soit un BMI faible, alors là, on a une alerte et on va voir le patient. Donc on va vraiment les voir que quand il y a un risque de dénutrition ou alors quand il y a un trouble du comportement alimentaire mais les autres, on ne les voit pas. On travaille vraiment comme ça. Quand ils entrent, ils sont accueillis par les infirmiers mais c'est très souvent des hospitalisations programmées pour des cures, ce genre de choses donc souvent, ils savent, ce sont des patients connus, en général, ils reviennent régulièrement donc ils connaissent le service, ils vont se présenter au bureau, les infirmières font leur entrée et en fonction de si ils connaissent le patient ou pas ils font un bilan complet et ils voient ce qui a un peu changé depuis la dernière hospitalisation. En fonction de ça, ils sont d'office vu par le psychiatre, donc en fait, dans notre service de psychiatrie, nos patients sont vraiment libres donc dans les autres services, ils ne peuvent pas bouger de leur chambre à part pour des examens, pour aller faire un tour dehors mais c'est quand même très restreint. Tandis que en psychiatrie, ils sont libres donc ils peuvent faire ce qu'ils veulent, ils peuvent sortir, il y a des activités qui sont organisées dans le service, ils font un peu ce qu'ils veulent, ils se baladent dans les couloirs, il y a un fumoir, ils peuvent aller fumer au fumoir si ils veulent, ils peuvent se balader dans les chambres l'un de l'autre et discuter, enfin voilà, ils sont vraiment libres. Au niveau psy, il y a le psychiatre, il y a d'office une psychologue ou un psychologue qui passe d'office la voir et du coup ils ont d'office des entretiens, des rendez-vous. Soit les psy viennent dans leur chambre pour faire l'entretien dans la chambre, soit ils ont rendez-vous dans leur bureau, donc ça dépend un peu comme le patient préfère finalement sachant qu'ils ont toujours un voisin de chambre donc c'est en fonction que si le voisin veut bien quitter la chambre ou pas. Ça dépend un

peu. Ils ont aussi d'office de la kiné. On a un kiné qui organise des activités hyper ludiques par exemple ils jouent à la wii, ce genre de chose, des chouettes trucs qu'ils font en groupe. Et en fonction des besoins spécifiques de chacun, le kiné passe faire du renforcement musculaire ou de la kinésithérapie respiratoire en fonction de ce que le patient a besoin, en fonction de leur pathologie. Avant, et ça c'est depuis le Covid, avant ils mangeaient tous ensemble, donc il y avait un réfectoire. Contrairement aux autres patients qui mangent tous dans leur chambre, eux ils pouvaient manger tous ensemble. Parfois, c'était un peu la foire parce que nous on adapte leur plateau en fonction de leur appétit, de leur goût, etc mais du coup il y avait un patient qui voyait du coca sur un plateau d'un autre et du coup, tout le monde voulait du coca. Un peu compliqué donc à ce niveau-là on a dû mettre des limites sinon ce n'était pas possible sachant que quand, en psychiatrie, c'est souvent des appels juste pour des adaptations de fiches de goût. Donc ok 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 une influence sur les ingestats mais souvent, c'est un peu des caprices. C'est un peu bête de dire ça mais ils n'aiment pas les pommes de terre, ils râlent, c'est plus pour ça et puis avec ça, on a la dénutrition et puis on a d'autres patients qui nous appellent parce qu'ils ont prit du poids et ils veulent maigrir sauf qu'on peut pas faire ce genre de prise en charge en hospitalisation, c'est en consultation donc ils pensent qu'on va passer, qu'on va leur donner un régime et par miracle on va perdre du poids mais ça on leur explique que c'est pas comme ça que ça fonctionne malheureusement et on essaye toujours d'adapter au mieux leur plateau avec eux et on les réfère vers les diet de l'hôpital qui font des consultations et ça on peut décider si ils poursuivent ou pas

- **Et par rapport aux diet, est-ce qu'il y a aussi des nutritionnistes ?**
- En fait nutritionnistes, ce n'est pas du tout reconnu. Juste le statut de nutritionniste, ce n'est pas du tout un métier reconnu donc même toi tu pourrais mettre nutritionniste sur ta porte, ils ont pas de diplôme. Les nutritionnistes, souvent c'est des gens qui ont fait une formation sur facebook et qui pensent qu'ils connaissent tout et qu'ils se disent nutritionnistes parce qu'ils peuvent pas se dire diét et il faut toujours bien que ce soit des diététiciens nutritionniste ça existe mais en fait tous ceux qui sont diét sont nutritionnistes aussi du coup et en fait, on a un numéro d'agrément qui protège notre métier.
- **Mais on parle quand même dans d'autres institutions de nutritionnistes ?**
- Il y a les médecins nutritionnistes.
- **Oui je voulais dire les médecins nutritionnistes.**
- Oui, donc on a deux médecins nutritionnistes qui travaillent dans tout l'hôpital finalement mais les médecins nutritionnistes souvent, il y a en a une qui travaille dans un service donc d'office elle s'occupe de son service mais sinon, on fait appel à eux la plupart du temps pour les supports nutritionnels donc comme la nutrition entérale par exemple, dans le cas d'une anorexie quand il faut mettre une sonde, on met les médecins nutritionnistes sur le coup pour avoir son avis et pour pouvoir travailler en équipe mais pour un patient qui est dépressif anxieux qui n'a pas besoin de support, ça c'est juste la diét qui gère et on peut, si besoin, demander un avis à son médecin nutritionniste mais ils ne sont pas d'office sur le coup.
- **Mais donc pour toi, il ne faut pas d'office intégrer un médecin nutritionniste dans la prise en charge des patients dépressifs ?**

- 2195 • Non, ça dépend dans quel cas mais en général. En fait, il faut savoir qu'avec les
2196 patients dépressifs, à l'hôpital, ils mangent super bien parce qu'ils sont dans un
2197 contexte propice à la stimulation de l'appétit, etc. Mais c'est quand ils rentrent au
2198 domicile que ça part en cacahuète, soit ils mangent pas du tout, soit ils mangent trop,
2199 soit ils reboivent, soit il y a plein de choses. En général, à l'hôpital, ça se passe
2200 vraiment bien. C'est vraiment plus pour le retour à domicile que c'est plus compliqué
2201 donc ça il faut pas systématiquement, à part pour les dépressifs et anxieux, non. A
2202 part si il y a vraiment des gros troubles, qu'il y a une restriction cognitive ou de
2203 l'hyperphagie ou des gros troubles qui nécessitent un avis médical mais déjà, on a
2204 l'avis médical du médecin psychiatre donc on peut commencer par là et voir en
2205 fonction si on a besoin d'un avis supplémentaire.
- 2206 • **Donc ce n'est pas systématique ?**
- 2207 • Non
- 2208 • **Et par rapport à tes connaissances par rapport au lien entre l'alimentation et la**
2209 **santé mentale, surtout du point de vue des régimes qu'il faut pour les patients**
2210 **dépressifs, qu'est-ce que tu connais là-dessus ?**
- 2211 • On fonctionne toujours, dans ce cadre-ci avec une alimentation équilibrée, le
2212 problème, c'est qu'ils n'arrivent quand même presque jamais avec une alimentation
2213 équilibrée donc on retrouve beaucoup d'alcool souvent, en général, les patients
2214 dépressifs, ils ne prennent pas le temps de se faire à manger, ils font souvent des
2215 plats préparés, ou bien ils ne mangent pas du tout, ils se font un seul repas par jour,
2216 ou ils grignotent toute la journée ou alors on repart vraiment sur une alimentation
2217 équilibrée, ce qui est bien à l'hôpital, c'est qu'on sait les remettre en rythme
2218 alimentaire, ils prennent leur déjeuner, leur dîner, leur souper avec des introductions
2219 de collations si c'est nécessaire. Et on est toujours dans la prévention de la
2220 dénutrition, donc on est dans de l'alimentation équilibrée pour répondre aux besoins
2221 des patients qu'ils soient dépressifs et anxieux mais au niveau des besoins, mais au
2222 niveau des besoins, des vitamines, des minéraux, etc, il y a d'office des vitamines et
2223 des minéraux qui jouent là-dessus mais tout le monde en a besoin, donc on ne fait
2224 pas trop la différence. Les patients dépressifs et anxieux ont le même régime
2225 alimentaire à l'hôpital que avec d'autres patients, et on adapte, mais je veux dire
2226 qu'il n'y a pas forcément besoin de supplémentation, juste on est toujours très
2227 attentif à la dénutrition, et à les sensibiliser à l'alimentation qu'ils auront au domicile.
2228 A l'hôpital, je leur met quand même deux petites collations, parce que du coup, vu
2229 que ils bougent beaucoup, ils aiment bien chipoter, comme à la maison, souvent ils
2230 grignotent, on leur met des petites collations mais plus pour leur plaisir qu'autre
2231 chose. Et puis alors, vraiment quand il y a des problèmes au niveau des ingestats, ou
2232 qu'ils ne mangent pas assez, alors on peut passer à de l'enrichissement ou à la mise
2233 en place de compléments alimentaires. Je ne sais pas si tu connais les compléments
2234 nutritionnels oraux, donc ça peut arriver aussi donc on adapte aux patients. Il y a pas
2235 vraiment de régime général global pour tous les patients dépressifs et anxieux, on
2236 adapte vraiment. Il y a des patients qui mangent tout leur plateau, tout leur repas
2237 donc on les laisse en régime ordinaire et on leur met des collations si ça leur fait
2238 plaisir et puis d'autres où ils ne mangent plus rien, et on sera obligé d'adapter.
- 2239 • **Donc en fait, si j'entends bien, c'est fort une prise en charge par rapport à leur**
2240 **poids, ou la quantité d'aliments qu'ils ingèrent et pas spécialement par rapport à la**
2241 **qualité même si tu disais tout à l'heure qu'il fallait une bonne alimentation.**

- 2242 • Oui, on vise les deux mais le but ici c'est qu'ils se sentent le mieux possible, qu'ils
2243 soient le moins frustré possible. Donc par exemple, si ils aiment pas le poisson, on va
2244 leur enlever le poisson, et ça va déjà leur faire du bien.
- 2245 • **Même si vous savez que c'est bon pour eux ?**
- 2246 • Oui mais ça, on peut toujours le remplacer par autre chose donc on vise d'office la
2247 qualité et puis à l'hôpital, les repas sont d'office adapté, peu importe les alternatives
2248 qu'on leur met, ça restera dans le cadre d'une alimentation équilibrée, ils ne vont pas
2249 avoir des frites, de la viande haché 5 fois par semaine. Ça restera dans tous les cas
2250 équilibré mais on essaye de s'adapter au mieux pour se rapprocher au mieux de ce
2251 qu'il aime et comme ça de stimuler leur appétit.
- 2252 • **Et du coup pour toi, c'est important et judicieux d'intégrer cette dimension de**
2253 **l'alimentation que ce soit par des informations, des ateliers, des conseils ?**
- 2254 • Oui bien sûr.
- 2255 • **Et l'institution où tu te trouves, comment est-ce qu'elle se positionne par rapport à**
2256 **cette question-là mais plus par rapport à la direction et des objectifs de**
2257 **l'institution, est-ce que c'est vraiment un sujet qui est mis sur la table ou c'est**
2258 **vraiment vous qui avez instauré ça dans le service ?**
- 2259 • En fait, on travaille par groupe et on a un certain nombre de diét dans différents
2260 groupes. Donc moi dans mon groupe, j'ai deux autres diét qui travaillent avec moi et
2261 c'est par groupe qu'on décide de comment on prend en charge le patient etc mais il y
2262 a pas de demande de la direction par rapport aux patients anxio-dépressifs, on a pas
2263 ces demandes là car souvent quand il y a une demande de la direction pour
2264 n'importe quel sujet, c'est que la demande vient du médecin de base donc si le
2265 médecin introduit pas une demande en mode il me faut une procédure pour un
2266 patient anxio-dépressif il n'y en aura pas mais par contre si le médecin sait qu'on est
2267 hyper joignable, hyper disponible, si jamais il y a un problème, il peut nous appeler,
2268 nous si on leur fait des retours aussi, on a des programmes qui voient notre suivi
2269 donc finalement, on a quand même une collaboration et la direction est au courant
2270 de ça. Je trouve que du moment qu'on a une bonne collaboration, voilà notre projet,
2271 il est déjà mis en place. Voilà, le rêve, ce serait d'avoir une prise en charge spécifique
2272 pour chaque prise en charge différente. C'est le rêve mais dans un hôpital, on est
2273 limité donc on ne peut pas faire ce qu'on veut. On a une cuisine de collectivité qui
2274 permet pas tout donc finalement on fait au mieux mais on a pas forcément de
2275 demande au niveau de la direction. On a notre chef d'équipe qui demande qu'on
2276 s'adapte au mieux à chaque situation donc ça c'est le travail, on se met à jour quand
2277 on est interpellé par quelque chose, on en parle.
- 2278 • **Donc tu souhaiterais quand même t'investir dans justement ce type d'intervention**
2279 **par rapport aux patients dépressifs et anxieux ?**
- 2280 • Mais ça peut être intéressant, ça c'est clair. Maintenant, il faut un peu voir, je trouve
2281 que dans la manière où on travaille actuellement, il y a pas besoin. C'est toujours
2282 mieux d'avoir plus mais je trouve que ça fonctionne bien comme ça. Ce qui est
2283 important aussi avec eux c'est que ce soit toujours la même diét qui les suivent parce
2284 que des patients de ce genre-là qui commencent à voir 3 têtes différentes, ça va pas
2285 le faire donc on essaye toujours que ce soit la même personne qui suivent les
2286 patients même si parfois il y a des congés ou des certificats, des maladies qui font
2287 que c'est pas possible mais on essaye de faire en sorte que ce soit toujours la même
2288 personne qui les suive. Maintenant, c'est clair qu'on pourrait se pencher sur cette

- 2289 idée-là de se dire, pour répondre au mieux aux besoins de ces patients-là, qu'est ce
 2290 qu'il faut mettre en place et qu'on ait tous nos points, ça c'est clair que ça pourrait
 2291 être intéressant.
- 2292 • **Et par rapport aux habitudes alimentaires de ces patients-là, que peut-on observer**
 2293 **spécifiquement chez les patients dépressifs et anxieux ?**
 - 2294 • Comme je t'ai dit, il y a beaucoup d'alcool, beaucoup de tabac, parfois de la drogue,
 2295 ça sort un peu de l'alimentation mais ça joue quand même. Il y a souvent de plats
 2296 préparés car ils prennent pas le temps de se faire à manger. Beaucoup de fast-food
 2297 ou bien ce sont des patients qui ne mangent pas du tout et donc ils perdent
 2298 beaucoup de poids. En fait, souvent, ils ont aucun rythme alimentaire. C'est-à-dire
 2299 que c'est désorganisé d'une manière ou d'une autre, pas toujours de la même façon
 2300 mais c'est extrêmement rare qu'il y ait quelque chose d'organisé donc ça, ça pose
 2301 problème. Ce qui pose problème aussi, c'est toutes les fausses croyances, ce sont des
 2302 patients parfois, vu que ce sont des patients dépressifs qui font une fixette sur leur
 2303 poids, ils se trouvent trop gros, et donc ils trouvent plein de trucs sur les réseaux qui
 2304 font qu'ils font plein de régimes restrictifs qui sont dangereux pour eux. Et quand ils
 2305 arrivent à l'hôpital, ils ne mangent pas de féculents le soir, ils ont plein de croyances
 2306 comme ça donc c'est parfois un peu difficile de les remettre sur les rails on va dire.
 2307 Souvent, leurs demandes ne sont pas très pertinentes, dans le sens où ils ont été mal
 2308 informés, ils vont prendre leurs infos sur internet.
 - 2309 • **Et est-ce qu'il y a un profil précis de ces patients qui ont de mauvaises habitudes**
 2310 **alimentaires par exemple au niveau du statut socio-économique, des antécédents,**
 2311 **de la profession, une certaine culture ?**
 - 2312 • Ca, c'est sûr et certain le statut socio-économique joue énormément, c'est le facteur
 2313 qui intervient le plus parce que de base, on a déjà aucune force, aucune motivation
 2314 de se faire à manger mais si en plus, ils ont pas de sous, ils ne vont pas faire en sorte
 2315 que ça fonctionne non. Donc c'est sûr, que en plus, déjà la dépression, c'est déjà très
 2316 compliqué, l'anxiété aussi mais quand en plus il y a un autre problème qui se rajoute
 2317 à ça, ça devient de plus en plus compliqué, c'est pour ça qu'on a des assistantes
 2318 sociales, qui essayent de faire au mieux pour arranger la situation de la personne et il
 2319 peut y avoir une proposition de repas livrés, mais des repas livrés chez une personne
 2320 qui est dépressive, qui est du coup pas très stable, ça fonctionne pas très souvent.
 2321 Maintenant, il y en a qui sont très contents mais ça reste compliqué. Le milieu dans
 2322 lequel ils vivent aussi, dans lequel ils ont été éduqués, ça joue beaucoup. Puis leur
 2323 contexte familial. Il y a beaucoup de patients qui sont là parce qu'ils ont un contexte
 2324 familial hyper compliqué, et donc ça n'arrange pas. Quand on se bat avec ses gosses,
 2325 quand on ne s'entend pas avec sa femme, que elle veut des boulettes et toi tu veux
 2326 de la saucisse, j'invente. C'est très compliqué à ce niveau-là.
 - 2327 • **Est-ce ces habitudes alimentaires justement de ces patients-là sont évaluées au**
 2328 **niveau de l'anamnèse, durant la prise en charge et aussi pour le retour à domicile ?**
 - 2329 • Oui, on l'analyse quand on les prend en charge, quand ils arrivent, on fait une
 2330 anamnèse pour voir un peu comment ça se passe. Pour le retour à domicile, on leur
 2331 donne des conseils par rapport à tout ce qu'on a observé, par rapport à tout ce qu'on
 2332 a pu voir avec eux. On leur donne des conseils personnalisés pour le domicile mais
 2333 donc après quand ils rentrent, il n'y a plus de suivi à l'extérieur donc vraiment nous
 2334 on les prend en charge en hospitalisation, on les suit quand ils sont hospitalisés et
 2335 puis on sait que quand c'est des patients qui viennent pour des cures, on les reverra

2336 quelques mois plus tard et donc on va refaire le point avec eux mais il y a pas de suivi
2337 à l'extérieur donc on leur donne des conseils mais ils en font ce qu'ils veulent. Donc
2338 quand il y a un contexte de dépression qui n'est pas très bien géré, souvent c'est pas
2339 la première chose à laquelle ils pensent.

2340 • **Donc le problème, c'est plus le retour à domicile alors ?**

2341 • Oui souvent oui.

2342 • **Et est-ce ces patients sont ouverts à des approches alternatives aux traitements**
2343 **qu'ils ont habituellement ? Que ce soit pharmacologique, leurs entretiens avec leur**
2344 **psychologue ?**

2345 • En fait, il y a le fonctionnement de l'hôpital et il y a rien d'autres qui est proposé.
2346 Donc c'est compliqué de te dire si ils sont preneurs ou pas sachant qu'on ne leur
2347 propose pas. Ils ont leur traitement à l'hôpital, et ça fonctionne comme ça et il n'y a
2348 pas d'autres fonctionnements, en tout cas chez nous.

2349 • **Donc il n'y a pas de demandes relatives à l'alimentation non plus ?**

2350 • Si l'alimentation, il y en a certains qui sont très ouverts à cela, il y en a même qui
2351 demandent des consultations en ambulatoire par la suite mais ça dépend vraiment
2352 des patients. Et plus le médecin sera sensibilisé à l'alimentation, plus ce sera une
2353 influence. Si on a un médecin qui s'en fiche de la nourriture, qui nous appellent
2354 jamais, qui ne fait pas du tout attention à ça, qui ne fait pas du tout attention aux
2355 patients, etc, d'office il y aura pas de sensibilisation à ça donc ce sera compliqué. Au
2356 contraire, si on a un médecin qui est hyper investi là-dedans, qui a des
2357 connaissances, qui nous appelle, qui nous interroge, etc, alors il va d'office
2358 sensibiliser les patients et donc en général, les patients écoutent le médecin. C'est
2359 comme ça partout. Ce qui dit le médecin, c'est bon. Donc si le médecin dit tu iras
2360 chez la diét, il ira chez la diét. Si le médecin dit rien, il n'ira pas. Chez nous, on a un
2361 médecin qui n'est pas forcément hyper sensibilisé mais pas forcément hyper « je
2362 m'enfoutissime » non plus, donc il appelle quand il estime que c'est nécessaire mais
2363 par contre, il va pas en parler d'emblée. Si il voit qu'il y a un problème mais il ne va
2364 pas systématiquement sensibiliser les patients par rapport à ça.

2365 • **Et par rapport à la cuisine de l'hôpital, est-ce qu'il y a déjà eu des demandes, des**
2366 **démarches spécifiques par rapport à cette cuisine, est-ce que vous avez déjà**
2367 **demandé d'améliorer la qualité de l'alimentation, des adaptations, des**
2368 **modifications ? Par rapport à la qualité de l'alimentation et pas spécialement par**
2369 **rapport aux préférences des patients ?**

2370 • En général, oui mais ça on essaye de le faire pour tout le monde finalement. Au
2371 meilleur c'est au mieux c'est mais on reste quand même dans une cuisine de
2372 collectivité donc on ne sait pas tout faire. C'est des trucs qui se réchauffent dans les
2373 chariots, les chariots qui réchauffent les assiettes mais donc je prends l'exemple des
2374 frites, les frites réchauffées, c'est pas bon. Il y a plein d'aliments comme ça qui ne
2375 sont pas possible. Des croquettes par exemple réchauffées, c'est pas très bon non
2376 plus. On est très limité, on a un budget aussi très serré. On doit avoir des menus qui
2377 doivent facilement être déclinables pour les régimes particuliers donc finalement on
2378 est assez restreints. Nous par contre, on goûte tous les jours, les repas qui sont servis
2379 donc si on voit qu'il y a un aliment vraiment pas bon ou quoi que ce soit, on fait en
2380 sorte de le remplacer et on téléphone au chef de cuisine. Et on a quand même le
2381 contrôle sur le menu. Là, par exemple, en avril, on va devoir rendre les menus été,
2382 que l'on va commencer. Mais là, on va devoir les revoir pour les adapter au mieux en

2383 fonction des retours qu'on a eu de l'année passée et des nouvelles
 2384 recommandations, etc. Ca on essaye quand même de les faire évoluer dès que
 2385 possible et on a fort la main dessus. Voilà, on fait du mieux que l'on peut avec ce que
 2386 l'on a.

- 2387 • **Par rapport aux déterminants alimentaires des patients, quels seraient les facteurs**
 2388 **favorisant leur bonne alimentation ?**
- 2389 • Il faut un bon traitement, dans le sens où si ils sont dépressifs et anxieux, ce ne sera
 2390 pas leur première source de préoccupation l'alimentation. Ca va passer en second
 2391 plan donc il faut que leur moral aille mieux pour pouvoir penser à ça. Le fait aussi que
 2392 le médecin et l'équipe soit sensibilisé, c'est intéressant aussi parce que si on a une
 2393 équipe qui voit que le plateau de monsieur revient toujours rempli, sans qu'il ait
 2394 touché à rien, qu'il nous appelle, on va pouvoir aller sensibiliser le patient. Tandis que
 2395 si on a une équipe qui ne fait pas attention à ça, le patient rentrera chez lui comme il
 2396 est rentré et il n'aura eu aucune éducation, aucune sensibilisation faite. Le contexte
 2397 familial peut aussi énormément jouer et puis alors, ce qui est important aussi, c'est
 2398 que le médecin suive le poids comme souvent ils viennent à plusieurs reprises, ce
 2399 serait intéressant d'avoir le poids d'une hospitalisation et le comparer à
 2400 l'hospitalisation d'après comme ça on voit un peu où on en est. Le traitement, le
 2401 contexte familial, c'est d'adapter au mieux leur fiche de goût pour que les repas leur
 2402 plaise. Si les repas ne les plaisent pas, ça ne stimule pas beaucoup la prise alimentaire.
 2403 Donc je pense que c'est ces 3 piliers là en tout cas, le traitement qui est super
 2404 important. Le fait que les repas leur plaisent et puis le retour à domicile et donc le
 2405 contexte familial ou le contexte tout court. Le statut socio-économique qui jouera
 2406 aussi.
- 2407 • **Par rapport à l'institution, par rapport à l'organisation ou la structure, est-ce qu'il y**
 2408 **aurait des choses qui pourraient favoriser la bonne alimentation ?**
- 2409 • Donc nous, on a une cafétéria qui propose des plats et il y a des distributeurs avec
 2410 des collations etc. Maintenant, je pense qu'il faut toujours leur laisser ces produits là
 2411 à disposition. C'est un peu comme les enfants, si on leur dit, non tu ne peux pas
 2412 manger de chocolat, dès qu'ils auront du chocolat sous la main, ils vont tout manger.
 2413 Je pense que c'est un peu le même système avec les patients en général il faut juste
 2414 les sensibiliser, qu'ils soient au courant de ce qui est bon ou pas bon et de tout ce
 2415 que ça leur apporte et puis il faut quand même leur laisser le choix. Maintenant, ce
 2416 qui pourrait être sympa, ce serait de créer des ateliers autour de l'alimentation pour
 2417 justement les sensibiliser à tout ça. Ça pourrait être chouette. C'est d'ailleurs un
 2418 projet que l'on est en train de mettre en route. Au lieu de faire une fois une activité
 2419 bricolage, faire une activité autour de l'alimentation. Ça pourrait être sympa. En tout
 2420 cas, je pense qu'il faut leur laisser les deux. Le choix du sain et du malsain je veux dire
 2421 sachant qu'on cherche une alimentation équilibrée donc qui dit équilibrée ne dit pas
 2422 du sain tout le temps mais justement qu'ils puissent avoir du sain et un peu de moins
 2423 sain. Mais il faut qu'ils soient sensibilisés à ça donc des brochures dans le service, que
 2424 les équipes soient sensibilisées, et tout ça, ça pourrait aider oui.
- 2425 • **Et donc ils seraient ouverts à bénéficier de ces conseils alimentaires, diététiques ?**
- 2426 • Oui, la plupart en tout cas.
- 2427 • **Même par rapport à leur comportement, par exemple si on dit, voilà il vaut mieux**
 2428 **faire ça que ça, est-ce que pour eux, ils seraient ouverts à accepter ce changement**
 2429 **de comportement ?**

- 2430
- 2431
- 2432
- 2433
- 2434
- 2435
- 2436
- 2437
- 2438
- Ca dépend où ils en sont dans leur traitement, où ils en sont dans leur maladie et comment on leur ramène. Certains, un atelier, ça ne va rien changer à leur vie mais c'est plus le médecin qui va dire il faut faire ça et ça va fonctionner. D'autres sont hyper intéressés par les ateliers donc ça dépend vraiment.
 - **C'est peut-être mieux du coup à la fin de la prise en charge ?**
 - Je pense que ça doit être régulier pour justement aborder des sujets différents et pouvoir en parler fréquemment parce que si on en parle une fois, c'est un peu une bouteille à la mer quoi, on ne sait pas où elle va arriver.

2439 Discussion après l'entretien :

- 2440
- 2441
- 2442
- 2443
- 2444
- 2445
- 2446
- 2447
- 2448
- 2449
- 2450
- 2451
- 2452
- 2453
- 2454
- 2455
- 2456
- 2457
- 2458
- 2459
- 2460
- 2461
- 2462
- 2463
- 2464
- 2465
- 2466
- 2467
- 2468
- 2469
- 2470
- 2471
- 2472
- 2473
- 2474
- 2475
- 2476
- Je fonctionne avec leur système mais c'est clair que dans un hôpital, on ne peut pas vraiment s'adapter à chaque pathologie. La prise en charge d'un patient anxio-dépressif peut être hyper adaptée mais ne conviendra pas à plein d'autres pathologies donc on ne peut pas le faire donc on est très restreint alors que dans d'autres institutions spécialisées là-dedans, ils ont que ça et donc ils font un maximum pour être au top par rapport à ces patients-là. En hôpital, on ne sait pas le faire.
 - **Après, c'est vrai que la prise en charge, avec toutes les personnes que j'ai interrogées, ça reste toujours autour du poids, des personnes qui veulent maigrir, ou qui mangent pas ou qui mangent trop. Et il n'y a pas du tout de suivi par rapport à la qualité de l'alimentation.**
 - On y fait attention quand on fait l'anamnèse du domicile mais à l'hôpital, on sait très bien que ce qu'ils mangent, évidemment on leur demande si ils vont à la cafétéria et tout mais on sait très bien que ce qu'ils mangent à l'hôpital, c'est adapté. On sait que la qualité y est.
 - **Merci beaucoup pour l'entretien et le temps que vous m'avez consacré.**

2477 **Retranscription entretien 7**

2478

2479 • **Peux-tu te présenter en quelques mots en disant ta fonction et l'institution où tu te**
2480 **trouves ?**

2481 • Je m'appelle X, j'ai 25 ans. Je suis assistante en psychiatrie en première année. J'ai
2482 fini mes études de médecine en juin dernier et j'ai commencé à travailler cette année
2483 en octobre. Je suis spécialisée en psychiatrie de l'adulte. Actuellement, je suis en
2484 formation au CHU de Brugmann dans l'unité d'alcoologie pour les 6 premiers mois
2485 donc jusqu'au 1^{ier} avril.

2486 • **Et donc est-ce que tu travailles avec des patients anxieux et dépressifs au**
2487 **quotidien ?**

2488 • Oui effectivement, d'une part, il y a mon travail en unité d'alcoologie donc qui prend
2489 2/3 de mon temps. En unité d'alcoologie, on effectue des serrages chez des patients
2490 alcooliques mais on fait aussi toute une mise au point parce que c'est souvent de
2491 gens qui prennent de l'alcool, aussi pour d'autres raisons donc c'est souvent un
2492 syndrome dépressifs sous-jacent, des troubles anxieux, des difficultés à évoluer en
2493 société. Il y a toute une symptomatologie anxio-dépressive et puis le dernier tiers de
2494 mon activité, ce sont des consultations toujours au CHU Brugmann et là,
2495 effectivement, il y a aussi beaucoup de troubles anxieux et de patients qui souffrent
2496 de syndromes dépressifs. Mais je dirai que dans l'unité, on doit avoir la moitié des
2497 patients minimum qui ont un syndrome anxio-dépressifs avec la dépendance à
2498 l'alcool.

2499 • **Et l'institution où tu te trouves, est-ce qu'elle est grande ? Est-ce que la durée de**
2500 **séjour des patients est longue ? Quels types de patients sont présents dans**
2501 **l'institution en général ?**

2502 • Le CHU Brugmann, c'est un très gros hôpital Bruxellois et je crois que c'est un des
2503 plus grands hôpitaux Bruxellois en terme de psychiatrie, il y a au total 6 ou 7 unités
2504 de psychiatrie à Brugmann. A savoir que l'on fait aussi les gardes la nuit donc on
2505 rencontre énormément de patients aussi pendant la nuit. Ici, à l'unité 72, j'ai aussi
2506 travailler dans d'autres unités en tant que stagiaire, à l'unité 72, les patients restent
2507 généralement 3 semaines, le temps d'effectuer un sevrage sur le plan physique,
2508 quand on arrête l'alcool, on a sueurs, tremblements, etc. Donc d'effectuer ça, de
2509 faire la mise au point des pathologies sous-jacentes qui peuvent favoriser une
2510 dépendance aussi. Certains patients restent plus longtemps. J'ai eu effectivement le
2511 cas d'un patient quand il a arrêté l'alcool on a vu qu'il y avait quand même une
2512 symptomatologie dépressive qui persistait après l'arrêt de la consommation. Donc on
2513 a instauré un traitement antidépresseur et ce patient-là est resté 2 mois en
2514 hospitalisation donc parfois les patients un petit peu plus longtemps parce qu'il y a
2515 une raison psychiatrique.

2516 • **Et la prise en charge justement de ces patients atteints de dépression et d'anxiété**
2517 **elle se déroule de quelle manière ?**

2518 • Ca dépend de la sévérité de la symptomatologie, des antécédents du patient, de
2519 beaucoup de choses comme ça, on a tendance, quand il y a une symptomatologie
2520 dépressive importante à instaurer un antidépresseur disons faible, un médicament
2521 avec peu d'effets secondaires, parce que effectivement, les antidépresseurs ont
2522 quand même des effets notamment sur la prise de poids et sur la fonction sexuelle
2523 parce que c'est pas exact si pour soigner une dépression, le patient il prend 15 kilos

et qu'il n'a plus de libido, c'est un peu contre-effet donc on essaye, quand c'est léger, d'aller avec des molécules plutôt légère sans trop d'effets secondaires, on associe à ça toujours une prise en charge psychothérapeutique, notamment dans l'anxiété quand il y a de l'anxiété sociale, ils proposent souvent un suivi en thérapie cognitivo-comportementale, c'est un type de thérapie qui permet d'apprendre la gestion de l'anxiété. Ça c'est souvent quelque chose qui fait avec un thérapeute à l'extérieur parce qu'on estime que ça dépasse un petit peu notre cadre de compétence. On propose au patient un suivi à ce niveau-là. On propose aussi souvent des activités en centre de jours parce qu'il y a des patients qui ont une symptomatologie dépressive juste parce qu'ils sont seuls, ils sont isolés depuis très longtemps, et ils n'ont pas de contacts sociaux, il n'y a pas de consommation d'alcool donc le centre de jour permet d'avoir pas mal d'activité : il y a du sport, il y a des groupes de paroles, je pense qu'il y a aussi de l'art thérapie donc pas mal d'activités qui permettent un petit peu de se retrouver, d'être créatif, de discuter avec d'autres personnes et donc ça peut beaucoup aider les patients.

- **Quelles sont tes connaissances par rapport à ce lien qui unit l'alimentation et la santé mentale de manière générale ?**
- Par où commencer. J'ai pas beaucoup de connaissances à ce niveau-là, je dirai. Je sais que il y a différents points. Je pense qu'il y a le point microbiologique où on sait que il y a un impact du microbiote sur les états dépressifs en tout cas j'avais lu un livre qui allait un peu vers ce sens-là. Je sais que les études vont dans les deux sens. Certaines sont en faveur de cette hypothèse, d'autres non. Je ne sais pas trop où je me positionne mais je pense que c'est intéressant en tout cas de réfléchir sur cette question. Je sais qu'il y a ce côté-là sur le plan purement biochimique. Après sur le plan de l'alimentation en général, je pense clairement que ça a un impact le type d'alimentation, je pense notamment aux patients qui, quand ils sont anxieux, mangent deux tablettes de chocolat pour compenser par le sucre, puis ils se sentent nauséux puis ça ne va pas mieux puis ils récompensent par du sucre et c'est quelque chose de beaucoup observé en psychiatrie : compenser par l'alimentation. L'alimentation qui a un rôle un peu de combler la tristesse. C'était dans un autre hôpital mais quand j'étais en stage à Titeca, ça me déprimait de voir tous les patients avec une bouteille de coca à la main. C'était pas une bouteille de coca zéro. Ils étaient déjà tous en surpoids à cause des médicaments. J'avais voulu, même si j'étais que stagiaire à ce moment-là mais j'aurais aimé supprimer les distributeurs de coca mais en même temps, la liberté du patient, on l'entrave un petit peu. Il faut réfléchir aux deux choses mais en tout cas le lien microbiote état dépressif, il est intéressant à étudier. Je n'ai jamais cherché ça chez un patient. Il y a jamais aucun patient qui m'a demandé d'analyser, je ne sais même pas trop comment on fait d'ailleurs, son microbiote. Je n'ai jamais non plus de patients qui se posaient des questions sur son alimentation finalement. Moi je trouve qu'il devrait y avoir une meilleure sensibilisation à ça. Ici dans l'unité, on a une diététicienne qui passe pour apprendre à manger en pleine conscience. Ce que je trouve très intéressant pour retrouver un rapport de plaisir à la nourriture sans se goinfrer pour combler.
- **Donc pour toi, tu trouves ça important et judicieux d'intégrer justement cette dimension de l'alimentation dans leur prise en charge, que ce soit par l'information, des ateliers, des conseils ?**

- 2570 • Ca, très clairement, je pense que dans tous les stages que j'ai vu, dans toutes les
2571 unités où je suis passée, il y a vraiment une alimentation qui est catastrophique pour
2572 les patients. Quand ils arrivent ici, ils arrivent parfois avec un grand sac Delhaize, avec
2573 des pacs de coca normaux et 5 paquets de chips.
- 2574 • **Et l'institution par rapport à cela, comment se positionne-t-elle ? Au niveau de la**
2575 **direction, des objectifs de l'institution, des choses sont-elles mises en place ou**
2576 **discutées ? Ou c'est plutôt en interne, dans les unités que les décisions sont prises ?**
- 2577 • Il y a très peu de choses qui sont mises en place. On a une diététicienne qui donne
2578 des ateliers et qui peut passer à la demande du patient mais il faut que le patient le
2579 demande. Généralement, on ne lui propose pas de nous-même et c'est quand le
2580 patient demande à voir la diététicienne, oui, on la fait passer ou alors si on voit que
2581 vraiment le patient est diabétique et qu'il mange trop de sucre mais pour quelqu'un
2582 qui se ramène avec ses pacs de coca et ses chips et qu'on a l'impression qu'il comble
2583 ses émotions par la nourriture, ce n'est pas un réflexe que l'on a, on ne fait pas
2584 passer la diététicienne. Je pense que dans les autres unités, par exemple à l'unité 76,
2585 c'est l'unité plutôt pour les personnes psychotiques, c'est un petit peu différent mais
2586 là je sais que la diététicienne fait un atelier chaque semaine aussi pour manger en
2587 pleine conscience. Avant le Covid, ils faisaient des ateliers cuisine, je ne sais pas
2588 comment ça marche parce qu'il y a toujours eu le Covid depuis que je travaille donc
2589 c'est intégré mais de façon très légère et très douce et n'a pas beaucoup de
2590 prévention à ce niveau-là. Voilà. De l'information très superficielle je pense que le
2591 CHU Brugmann et le département psychiatrie du CHU Brugmann s'en fichent un peu
2592 de l'alimentation.
- 2593 • **Et toi, tu aimerais bien t'investir dans ce type d'intervention auprès du patient ou**
2594 **pas spécialement ? Comment tu te positionnes par rapport à ça ?**
- 2595 • Oui, comme je te disais, quand j'étais en stage à Titeca, j'étais effondrée de voir du
2596 coca dans les mains de tous les patients. Du coca zéro ça m'aurait un petit peu
2597 réconforté mais là du coca bourré de sucre dans toutes les mains, ça m'effondrait un
2598 petit peu mais il y avait cet autre côté, après Titeca c'était un peu différent, c'était
2599 des patients privés de leur liberté donc si on leur enlève leur coca, on leur enlève
2600 tout et ça se discute de manière éthique, pareil pour les patients ici que ça se discute
2601 de les forcer à ne pas consommer quelque chose mais j'aimerais bien que ce soit plus
2602 intégré et c'est vrai que si on n'accordait une plage horaire disons pour pouvoir
2603 travailler sur ça avec les patients je pense que j'aimerais bien oui.
- 2604 • **Et donc il y a bien une diététicienne que les patients peuvent contacter si jamais ils**
2605 **ont un soucis ?**
- 2606 • Oui, tout à fait.
- 2607 • **Est-ce qu'il y a un suivi nutritionnel de base ?**
- 2608 • Il y a pas de suivi nutritionnel de base, non.
- 2609 • **Mais le sujet de l'alimentation est tout de même abordé ou pas du tout ?**
- 2610 • Alors quand ils arrivent, la première chose, c'est quand même l'alcool donc
2611 généralement, ils ne mangent plus trop à cause de l'alcool ou très mal. J'ai tendance
2612 à dire « est-ce que l'appétit augmente, est-ce que le goût revient, est-ce que le plaisir
2613 de manger revient ? » Mais après, c'est vrai que quand je vois les patients qui ont
2614 plein de chocolat dans leur chambre, je ne leur en parle pas en fait. Et les autres
2615 intervenants n'en parlent pas non plus.

- 2616 • **Donc c'est plus par rapport à l'appétit mais moins par rapport à la qualité des**
- 2617 **aliments.**
- 2618 • Oui.
- 2619 • **Et est-ce que ces patients sont demandeurs d'approches alternatives à leurs**
- 2620 **traitements médicamenteux par exemple des ateliers spécifiques, de la**
- 2621 **luminothérapie, ou d'autres choses par rapport à l'alimentation ?**
- 2622 • Oui. Alors il y a certains patients qui sont demandeurs d'art thérapie, ou de choses
- 2623 comme ça. Après, il faut savoir que le CHU de Brugmann, c'est un hôpital public, la
- 2624 population qui arrive est relativement défavorisée. En alcoologie, on a un peu tous
- 2625 les profils, on a les cadres supérieurs. Les patients plus intellectuels disons, et les
- 2626 patients plus aisés aussi tout simplement, c'est des patients qui s'ouvrent plus à
- 2627 toutes les techniques de méditation, de pleine conscience. Déjà, ce sont des
- 2628 techniques qui ont un coût, qui demandent d'être dans un environnement serein,
- 2629 quand tu vis dans un studio de 3 mètres carrés, à côté de voisins qui font du bruit
- 2630 tout le temps et que tu es dans une rue bruyante, tu peux pas méditer sereinement
- 2631 donc je pense qu'il faut une certaine aisance dans ta vie. J'ai plusieurs patients qui
- 2632 effectivement ont fait plutôt de la pleine conscience, des techniques de respiration.
- 2633 On a un atelier de sophrologie qui est proposé. Et puis, on a une infirmière qui fait,
- 2634 en dehors de l'hôpital, qui fait des cours de pleine conscience mais c'est 8 séances
- 2635 mais ça coute 300 euros donc on ne peut pas le proposer à tout le monde. Mais si ils
- 2636 pensent à des solutions alternatives, c'est souvent tout ce qui méditation, pleine
- 2637 conscience, c'est un peu ce que j'avance aussi le plus souvent, donc c'est un peu
- 2638 biaisé, ou alors des activités comme le yoga, danse, des activités qui permettent de
- 2639 renouer un peu avec le corps.
- 2640 • **Et il y a pas spécialement de demandes par rapport à l'alimentation du coup ?**
- 2641 • Non, je t'avoue que aucun de mes patients n'en a parlé et même quand j'analyse la
- 2642 prise de sang. Comme je suis médecin avant tout, on regarde aussi tout le plan
- 2643 somatique et souvent il y a du cholestérol donc quand j'analyse la prise de sang et
- 2644 que je dis tiens il y a un peu trop de cholestérol, il va falloir faire attention à ci ou à ça
- 2645 mais sur un plan purement médical, pas du tout sur un plan psychique, j'ai
- 2646 l'impression que j'ai du mal à faire passer le message, que le patient est énervé, ils
- 2647 arrêtent déjà l'alcool puis ils sont déprimés et puis il y a de l'anxiété donc si je leur
- 2648 fais arrêter leur saucisson, j'ai l'impression d'être un peu embêtante quoi. Donc je le
- 2649 dis j'ai l'impression que c'est un but purement médical quand je parle du cholestérol
- 2650 ou même du sucre mais eux ne me disent pas ça : est-ce que je dois faire du poisson
- 2651 à la vapeur ou est-ce que je dois faire mes légumes de telle façon.
- 2652 • **Et justement, par rapport à ces habitudes alimentaires là, chez les patients**
- 2653 **dépressifs et anxieux, on en a déjà un peu parlé mais est-ce qu'il y a des habitudes**
- 2654 **qui ressortent à part le coca, les sucreries mais est-ce qu'il y a d'autres habitudes**
- 2655 **qui sont spécifiques à ces patients-là ?**
- 2656 • J'ai pas spécifiquement posé des questions par rapport à ça donc j'aurai du mal à te
- 2657 répondre mais ce que je trouve que globalement, la majorité des patients anxio-
- 2658 dépressifs se nourrissent de manière, des boissons sucrées, et avec des petits snacks
- 2659 pas très bon pour la santé à tout bout de champ. J'adore les chips mais parfois ils en
- 2660 prennent un peu trop, du chocolat, du saucisson. Et j'ai l'impression que c'est de la
- 2661 nourriture qui a pour rôle de reconforter, c'est vraiment ce qu'ils recherchent
- 2662 dedans, ça je le vois mais parfois, j'ai des patients qui font attention à leur

2663 alimentation mais c'est tellement rare. Ils disent qu'ils essayent de manger sain mais
 2664 ça s'arrête là, ça a dû arriver 3 fois.

2665 • **Et manger sain pour perdre du poids ou manger sain pour vraiment avoir un bon**
 2666 **équilibre ?**

2667 • Oui ça rentre dans les patients intellectuels ou aisés, je dirai plutôt aisé que
 2668 intellectuel parce que j'ai l'impression qu'il faut quand même un petit peu d'argent,
 2669 même si ça coûte pas forcément plus cher, il faut peut-être un petit peu d'argent
 2670 oser aller dans un magasin barn , farm ou un truc qui vend des légumes pas si cher
 2671 mais peut-être qu'il faut un peu plus d'argent pour se tourner vers ça. Peut-être
 2672 qu'ils ont grandis vers des familles ou on leur proposait pas ça mais en tout cas, les
 2673 patients qui sont un peu plus soucieux de leur alimentation, ce sont des patients un
 2674 petit peu plus aisé sur le plan financier sachant qu'à Brugmann, on a beaucoup de
 2675 SDF et je vois mal un SDF faire une salade carotte à midi.

2676 • **Du coup, il y a un profil précis de ces patients dépressifs et anxieux qui ont de**
 2677 **mauvaises habitudes alimentaires comme le statut socio-économique, on en a**
 2678 **parlé, est-ce qu'il y a aussi par rapport à la culture, une profession spécifique ou**
 2679 **est-ce qu'il s'agit plus des hommes, des femmes ou un âge spécifique ?**

2680 • Par rapport à tous mes patients, mon peu de patients qui faisaient attention à mon
 2681 alimentation, c'était peut-être plutôt des femmes, mais ce serait 70 pourcents de
 2682 femmes, 30 pourcents d'hommes tu vois. J'ai l'impression ce qui relie le plus les
 2683 patients qui font attention à leur alimentation, qui mettent en place des choses
 2684 comme la pleine conscience, c'est vraiment le niveau socio-économique qui les
 2685 distingue. Peut-être un petit peu l'âge, un petit peu plus de maturité, d'avancer dans
 2686 la vie et constater que ce qu'on a mis en place dans le passé n'était pas optimal mais
 2687 peut-être un gain en maturité mais ici, j'ai aussi plus souvent des patients de 40-50
 2688 donc c'est aussi biaisé par ça. J'ai jamais eu de patients jeunes qui faisaient attention
 2689 à son alimentation, ça c'est clair donc je dirai le niveau socio-économique, âge un peu
 2690 plus avancé. Pour ce qui est de la profession, ça dépend un petit peu.

2691 • **Et est-ce que ces habitudes alimentaires, tu m'avais dit tout à l'heure qu'il n'y avait**
 2692 **pas vraiment de suivi nutritionnel mais est-ce que ces habitudes alimentaires sont**
 2693 **quand même évaluées par exemple au niveau de l'anamnèse apparemment pas,**
 2694 **mais pour le retour à domicile, ou durant la prise en charge, pas du tout ?**

2695 • Non absolument pas.

2696 • **Donc il n'y a aucun suivis par rapport à ça ? Parce que tout à l'heure, tu parlais**
 2697 **d'une prise de sang, est-ce que du coup c'est une prise de sang pour le suivi global,**
 2698 **pas spécialement pour le suivi nutritionnel spécifique ?**

2699 • La prise de sang, c'est parce que comme on hospitalise les patients en psychiatrie, vu
 2700 qu'on est tout de même médecin, on prend en charge le côté physique, à voir si il n'y
 2701 a pas de gros problèmes. Dans la prise de sang, on voit parfois des carences en
 2702 vitamines, et dans ce cas, on supplémente mais on ne va pas chercher très loin en
 2703 fait. On évalue jamais comment mange le patient. Enfin, je peux te dire que voilà,
 2704 mon patient me disait qu'il avait une perte d'appétit, que il mangeait que de la soupe
 2705 mais ça reste très superficiel. Ce n'est pas une évaluation poussée. On dit juste perte
 2706 d'appétit, perte de plaisir en mangeant, mais je ne le fais pas de manière précise
 2707 comme je le fais pour l'alcool par exemple. Je ne dis pas un repas par jour depuis 2
 2708 semaines.

- 2709 • **Et il y a eu des adaptations, des modifications dans les repas des patients ou des**
- 2710 **démarches spécifiques qui ont été demandées à la cuisine ou aux fournisseurs qui**
- 2711 **demandent des repas ? Ou ça n’a jamais été modifié ?**
- 2712 • Pour certains patients, on a des éléments spécifiques mais de nouveau, c’est très
- 2713 médical, si le patient a du diabète ou obèse, on modifie mais on n’a pas d’autres
- 2714 demandes. Un patient qui voudrait manger plus sain, ça par exemple, on n’a pas. On
- 2715 pourrait mais il n’y a personne qui demande.
- 2716 • **Est-ce qu’il y aurait des facteurs favorisant la bonne alimentation donc chez les**
- 2717 **patients donc pas spécialement dans l’institution mais par rapport au patient lui-**
- 2718 **même ?**
- 2719 • Je dirais le niveau d’éducation en premier lieu, le fait d’avoir fini ses études
- 2720 secondaires, d’avoir fait des études ensuite. Le fait de ne pas avoir eu de migrations
- 2721 dans la famille, on a quelques patients qui sont arrivés ici à l’âge de 40 ans et à mon
- 2722 avis, ils avaient des habitudes alimentaires différentes dans leur pays et ils ne les
- 2723 retrouvent pas forcément et ils compensent avec d’autres aliments. Je pense qu’il y a
- 2724 aussi ça. Il y a aussi le niveau socio-économique, je sais que ça ne coûte pas
- 2725 forcément cher de manger sain mais dans l’inconscient collectif, ça l’est, les gens ont
- 2726 l’impression que c’est plus cher de manger sain. D’autres parts, un patient SDF, voilà.
- 2727 Ici, on est quand même face à beaucoup de pauvreté. Un patient qui a un tout petit
- 2728 logement ne prendra pas le temps de cuisiner avec 3 casseroles. Vraiment, le milieu
- 2729 dans lequel le patient a grandi et évolué.
- 2730 • **Et maintenant par rapport à l’institution en elle-même. C’est vrai qu’ils peuvent**
- 2731 **s’acheter des sodas en bas ?**
- 2732 • Il y a un Louis Delhaize.
- 2733 • **Et ça, ça les influence ?**
- 2734 • Ici à Brugmann je trouve que c’est mieux que par exemple à Titeca ou il y a
- 2735 carrément un distributeur planté au milieu du machin, ça je suis complètement
- 2736 contre. Si il y avait un distributeur dans l’unité, je l’aurais déjà enlevé ça c’est clair. Je
- 2737 trouve que c’est quand même hallucinant. J’aurais remplacé par des fruits secs dans
- 2738 tout le truc mais je trouve ça hallucinant d’avoir un distributeur mais ça, on n’a pas.
- 2739 On a un Louis Delhaize de l’autre côté, c’est vrai que c’est à 5 minutes de marche, ça
- 2740 reste dans l’hôpital. C’est chouette pour les patients, ils font une balade, c’est un peu
- 2741 leur but de la journée parfois de marcher jusque-là. C’est cool, c’est bien, ça les aère
- 2742 mais c’est vrai que sur place, je vais pas souvent au Louis Delhaize mais je pense qu’il
- 2743 n’y a pas beaucoup d’option super fun proposées. Il y a de l’alcool en plus, et ici ce
- 2744 sont des patients qui souffrent de problèmes d’alcool donc déjà ils font un effort
- 2745 surhumain pour dépasser la cannette de bière quand ils sont en magasin, ils tombent
- 2746 sur le truc juste à côté, c’est du coca. Donc c’est disponible dans l’hôpital de manière
- 2747 assez simple et c’est aussi pour le personnel soignant, pour les visiteurs des patients,
- 2748 c’est pour tout le monde cette petite cafétéria.
- 2749 • **Et est-ce qu’il y a d’autres éléments dans l’organisation ou la structure de**
- 2750 **l’organisation qui influencerait les patients positivement ou négativement par**
- 2751 **rapport aux bonnes habitudes alimentaires ? Que ce soit dans l’unité ou autres ?**
- 2752 • Il n’y a rien qui influence positivement je pense si ce n’est peut-être l’atelier cuisine
- 2753 qui a été supprimé à cause du Covid mais qui pouvait peut-être les aider et peut-être
- 2754 l’atelier pleine conscience qui n’a pas lieu tout le temps mais qui survient parfois et
- 2755 qui pourrait être plutôt positif. Ça c’est peut-être les deux petites choses favorables

pour aider une meilleure alimentation mais je ne pense pas que ça ait un impact considérable et je suis même pas sûr qu'il y en ait un tout court. Pour ce qui pourrait pousser à moins bien consommer, ça c'est indépendant de la volonté de l'hôpital mais les patients se regroupent pour discuter entre eux alors on sait que toute la journée, ils fument entre eux, c'est ce qui les relie socialement. J'ai déjà vu des patients qui ont arrêtés de fumer et qui ont recommencé ici à fumer parce que socialement, c'est comme ça qu'on rencontre des gens. Je sais que les soirs, ils s'achètent parfois des sodas et ils en consomment entre eux. Ce n'est pas vraiment favorisé par l'institution, on va pas leur acheter du coca, nous, mais ils vont s'en acheter eux-mêmes et ils se retrouvent autour de ça. Quoique, quand on voulait faire des paquets Noël, on voulait mettre des bonbons, mais ce n'est pas poussé vers l'extrême. Il y a peut-être juste chez Louis Delhaize mais je te dis ils vendent aussi de l'alcool et on a beaucoup de patients dépendants à l'alcool que ce soit ici ou dans les unités de médecine somatique donc c'est tout aussi contradictoire quoi, vendre de l'alcool dans un hôpital.

- **Et on parlait tout à l'heure, on parlait de ta place de soignant par rapport à cette question d'alimentation. Est-ce que donc pour toi, ça fait partie de tes responsabilités, de tes missions de t'occuper de l'alimentation des patients ?**
- On ne m'a pas attribué ce rôle, j'aimerais bien pouvoir aider à ce niveau-là mais après il y a toujours la difficulté de gérer son horaire de manière optimale et de prioriser les choses. Donc la première priorité c'est l'alcool, la deuxième priorité, c'est trouver les problèmes associés donc syndrome anxio-dépressif, difficulté dans l'enfance, tout ça. La troisième priorité, qui serait peut-être la première, c'est le bien-être physique, quand on regarde la prise de sang, quand on regarde l'état du foie atteint par l'alcool et tu fais la liste comme ça, et l'alimentation arrive un peu plus bas. Et donc il faut avoir le temps. Le temps que je ne prends pas forcément. Ca c'est clair. Et j'ai l'impression que je jouerais un peu le gendarme comme quand je te disais qu'avec le cholestérol, j'étais toujours un petit peu, déjà il y a toujours ce truc d'arrêter l'alcool, c'est toujours un peu particulier parce qu'on les prime de quelque chose qui est très important pour eux donc tu as l'impression que si en plus tu leurs dis d'arrêter le salami et la cigarette, tu les privas de tout et ça ne devrait pas être le cas mais c'est le ressenti un petit peu. Mais si j'avais le temps, j'aimerais bien plus en discuter avec les patients, ça c'est sûr.
- **Donc la pour l'instant, tu es plus dans une optique où tu es plus une ressource pour les patients à ce niveau où tu peux avoir du pouvoir sur eux mais ce n'est pas dans tes missions principales ou tes grosses responsabilités.**
- Oui. Oui.
- **Si on met en place des conseils diététiques ou alimentaires pour les patients ou des approfondissements de leurs comportement alimentaires, tu penses qu'ils seraient ouverts à ça ou est-ce qu'il y a vraiment des obstacles qui pourraient les arrêter à accepter à changer leur comportement à accepter les conseils etc ?**
- C'est compliqué parce que ici, de nouveau, on essaye de leur faire arrêter l'alcool et c'est déjà très compliqué de leur faire changer ces habitudes. Les patients remettent parfois beaucoup de poids et de responsabilités sur toi. Là je sors d'une nuit de garde où les patients arrivent et disent voilà j'aimerais me faire hospitaliser parce que ça ne va pas, et toi t'as pas de lits et puis il y a d'autres moyens que l'hospitalisation pour les aider et bon, c'est compliqué pour rentrer en consultation mais bon il y a d'autres

moyens et finalement, le patient, il arrive et puis il te demande la solution. Hospitalisez-moi et puis en hospitalisation, ils vivent parfois un petit peu, pas comme au club med mais tu vois. Parfois oké, je suis dans l'environnement de l'hôpital mais donc ça va s'améliorer parce que je suis ici et donc par la pensée magique, ça va fonctionner, j'ai des patients que je ne vois presque jamais et quand je les vois, ils ne discutent pas, ils pensent que magiquement, leur problème va se résoudre en étant dans l'enceinte de l'unité. Et donc j'ai l'impression qu'il y a tellement de, c'est aussi dans le contexte hospitalisation parce que c'est des patients qui demandent à être hospitalisés, etc mais il y a tellement de poids remis sur l'autre pour aider que certains patients parfois eux-mêmes ne penseraient à modifier leurs comportements. Dans ces états avancés en tout cas, ils ne penseraient à modifier leur comportement mais ils remettent la responsabilité sur l'autre donc ça c'est en hospitalisation, c'est aussi ce que l'on voit quand on est aux urgences, il y a vraiment une responsabilité qui est mal positionnée, ça doit partager, ça ne doit pas être que sur un intervenant. C'est un travail à deux ou à plusieurs. En suivi en consultation, c'est un petit peu différent, c'est aussi des patients qui prennent leur responsabilité, qui entendrait peut-être un petit peu plus facilement qu'une modification peut-être bénéfique. De nouveau quand je réfléchis, ce sont des patients avec un statut socio-économique élevé (pour Brugmann c'est pas très élevé) mais c'est quand même ces patients qui répondraient le mieux à tout ça.

Discussion après l'entretien :

- J'avais un patient qui avait pris du poids, et que sa seule source de plaisir, c'était la cuisine, et donc j'essayais de lui trouver des recettes avec des carpaccio de poisson avec des épices et tout et il m'a regardé avec des grands yeux et j'espère qu'il reviendra à ma consultation mais j'ai l'impression de l'avoir un peu choqué avec mes idées de recettes saines. Il voyait pas l'alimentation comme autre chose que des plats en sauce.
- **C'est vrai que parfois, j'ai cette impression que l'alimentation, c'est pour se nourrir et pour perdre du poids ou parce que les patients grossissent et on essaye de faire quelque chose par rapport à ça mais c'est tout..**
- Oui, c'est clair, on a une approche purement médicale finalement. Si il y a trop de cholestérol, on fait attention, et si il a pas trop de cholestérol, on fait rien. C'est très pragmatique et ça l'est beaucoup trop au vu des avancées des recherches dans ce domaine-là. Je vais essayer de faire plus attention après notre conversation de comment j'apporte ça aux patients.
- **Merci beaucoup !**

Retranscription entretien 8

- **Est-ce que tu pourrais te présenter en quelques mots ?**
- Donc, moi, je suis X. Je suis diététicienne de formation, et j'ai fait un master en santé publique. Et donc voilà, j'ai été embauchée, il y a un petit peu plus d'un an au Mirabel, c'est un centre d'hébergement pour personnes handicapées mentales et à troubles associés, doubles diagnostics, etc. Moi là-bas, je ne suis pas diététicienne, enfin cela rentre dans mes activités mais je suis plus coordinatrice médicale, donc je gère en règle générale la santé des résidents, je collabore avec les différents médecins, je les amène à tous leurs rendez-vous médicaux et puis bien évidemment je gère la partie alimentation, suivie de pondérale, etc. Au niveau des patients, je travaille avec plusieurs types de patients, des personnes handicapées mentales, donc j'ai autant des handicaps mentaux tels trisomie 21 que des personnes bipolaires et dépressives, schizophrènes, j'ai de tout.
- **Mais de formation, tu es diététicienne ?**
- Oui, c'est ça. Mais alors là, c'est mon master qui me permet aussi de faire beaucoup d'autres choses que la diététique pure.
- **Au niveau de l'institution, tu saurais un peu la décrire, est-ce que la durée de séjour est longue ou courte, est-ce que c'est une grande institution ?**
- C'est une toute petite institution familiale, là-bas, c'est vraiment un petit truc, il y a 32 résidents. Par contre, ce sont des longs séjours car ils vivent chez nous, c'est leur maison. Alors parfois ils partent en centre de jour mais chez nous, c'est leur maison. Quand ils sont là, ils y restent donc ça, ça nous permet de bien les suivre et d'avoir un suivi sur le long terme avec beaucoup d'informations et beaucoup de richesse au niveau du suivi mais c'est une petite institution avec vraiment de tout comme résidents. Et donc voilà, autant de femmes que d'hommes, autant de jeunes que de personnes âgées. Après les personnes très âgées, on les renvoie vers d'autres institutions mais voilà, c'est vraiment super éclectiques comme population et super chouette mais vraiment tout petit.
- **Et la prise en charge des patients dépressifs et anxieux dans cette institution-là, c'est quoi un peu l'approche de l'institution par rapport aux soins ? C'est plus ciblé sur les médicaments, sur les entretiens ?**
- Ça va vraiment dépendre notamment des familles, on a toujours un contact avec les familles, au niveau santé, c'est moi qui le fait. Toute décision que je dois prendre, si elle n'est pas urgente, je contacte les familles. Je leur demande ce qu'ils en pensent. Ça va aussi dépendre du médecin par lequel ils sont suivis car on collabore avec 3 médecins différents donc ça va dépendre du médecin, de la philosophie, on a des médecins plus âgés et des médecins plus jeunes donc leur façon de travailler est différente. Ça va dépendre aussi des autres médecins tels que les neurologues, psychologues, etc. On a un psychologue sur place qui est coordinateur pédagogique qui permet aussi des moments de parole et d'échange quand les résidents le désirent. Et donc voilà, ça va dépendre de plein de choses. C'est souvent traité par des médicaments parce qu'ils ont tellement de pathologies chez nous associées en tout cas, si ils sont en centre, c'est qu'il y a vraiment une dépression associée à plein d'autres choses chez nous car cela veut qu'ils ne savent pas avoir une vie normale en dehors. Donc souvent, c'est associé à d'autres choses. Mais la plupart du temps, ils sont suivis par un psychologue, parfois un psychiatre en plus et un psychologue sur

place qui leur permet vraiment un moment de crise ou de besoin de les écouter. C'est un peu un mix des deux et ça dépend vraiment de la philosophie du médecin et parfois il y a certaines familles qui n'aiment pas trop qu'on surmédique leur membre de la famille donc ils cherchent d'autres alternatives.

- **Et par rapport à tes connaissances qui unit l'alimentation et la santé mentale en globalité ?**

- En global, moi j'ai fait mon TFE de sortie de bachelier justement sur le lien, un peu comme toi, sur le lien alimentaire moi c'était basé sur la schizophrénie. Moi je me suis longtemps tourné là-dessus. J'ai longtemps hésité entre la psychologie et la diététique donc c'est un point qui m'intéresse fortement donc de moi-même toute seule je me renseigne beaucoup. Je suis aussi experte en troubles de comportements alimentaires via une formation donc tout ce petit point psychologique autour de l'alimentation qui me suit depuis le début de mes études. Au niveau de mes connaissances, j'ai pas énormément d'expériences, c'est énormément théorique par rapport à mes formations. En bachelier, on ne m'a pas appris grand-chose sur le lien entre diététique et pathologie mentale donc j'ai dû me faire mes connaissances par moi-même en tout cas théoriques. Donc, ici, moi mes connaissances que je vois beaucoup, c'est qu'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 sont plus applicables, on doit les laisser de côté parce que l'alimentation, c'est connu, c'est dans tous les centres de santé mentale. L'alimentation, c'est la première chose qui importe ces personnes-là, ces personnes atteintes, c'est leur alimentation, ils ont besoin de ça. Ils ont besoin de se nourrir. C'est un petit peu comme si il leur manquait quelque chose. Ils ont besoin de se remplir de quelque chose. D'ailleurs, il y a souvent un trouble qui se caractérise par l'envie de manger n'importe quoi, juste de se remplir. Moi j'ai des résidents qui mangent des caillots par exemple, c'est vraiment ce sentiment, j'ai même pas l'impression qu'ils mangent normalement, ils ont juste besoin de ça pour se compléter et ça c'est vraiment récurrent dans les centres de santé mentale.

- **Et donc pour toi, c'est important et judicieux d'intégrer cette dimension de l'alimentation dans leur prise en charge, que ce soit par des ateliers, des conseils, des informations ?**

- Bien évidemment, quand je suis allée à mon entretien d'embauche, ils n'avaient pas de diététicienne. Et ils cherchaient une infirmière en santé communautaire, donc j'ai poussé et j'ai dit j'ai presque les mêmes connaissances qu'une infirmière en santé communautaire, j'ai juste pas la pratique. En plus de ça, il faudrait une diététicienne et effectivement, depuis que je suis là, ils ont tous perdus entre 5 et 8 kg et ils étaient tous en surpoids. Il y a aucun frustré, ils sont hyper contents et c'est passé d'abord par une éducation alimentaire donc c'est tout un projet santé avec plein d'éducateurs, on leur a fait des ateliers et ils ont finalement bien compris ce qu'on ne pensait pas. On pensait qu'on allait devoir un peu leur faire dans le dos, les faire maigrir contre leur gré. Mais ils ont bien compris, d'eux-mêmes, ils rejettent certains aliments parce qu'ils ont compris que c'était mauvais pour leur santé. Ça reste quand même faible car il y a aussi leur pathologie qui prend le dessus parfois mais c'est indispensable pour moi, quand je suis arrivée là, sur 32 résidents, il y en avait 22 qui étaient en surpoids, voir obèse et le reste ben voilà.

- 2943 • **Du coup, comment est-ce que l'institution se positionne par rapport à cette**
 2944 **question-là ? Que ce soit au niveau de la direction ou au niveau des objectifs de**
 2945 **l'institution, est-ce qu'il y a un suivi ou une demande parce que d'après ce que**
 2946 **j'entends, ils ont pas spécialement envie de s'attarder sur la question de la**
 2947 **nutrition ?**
- 2948 • En fait, je pense pas qu'ils n'ont pas envie. Je pense que la diététique, c'est quand
 2949 même une discipline assez oubliée, et je pense que c'est une petite institution, les
 2950 coordinateurs médicaux avant moi, c'était des infirmiers, et je pense pas qu'ils aient
 2951 pensé à cette question-là de l'alimentation alors voilà, on a des diabétiques, obligé, il
 2952 fallait se poser la question obligatoirement mais c'était pas dans une démarche de
 2953 perte de poids, c'était plus dans une démarche de contrôle de poids que de santé
 2954 avant tout. Je ne pense pas que c'était une envie de ne pas s'y attarder. Je pense que
 2955 c'était plus, ils n'y pensaient pas. Et quand je suis arrivée, effectivement, ma
 2956 directrice, elle est à fond dans mon projet, elle se demande comment est-ce qu'elle
 2957 a fait pour en arriver là avant que j'arrive et elle se dit qu'effectivement qu'elle aurait
 2958 dû, bien plus tôt, m'y mettre dans ce projet de contrôle de poids, elle voit que ça a de
 2959 l'influence sur plein de choses, sur le nombre de crises, même sur la diabétique. Moi
 2960 je suis experte en diabète également, et la diabétique, elle est bien moins irritable,
 2961 ses glycémies sont bien mieux. Il y a toute une dimension dont ils n'avaient pas
 2962 conscience et là, maintenant, elle s'en rend compte. Ma directrice est super ravie,
 2963 elle se demande vraiment, limite elle culpabilise un petit peu de ne pas avoir pensé à
 2964 ça avant.
- 2965 • **Et donc, c'est toi qui a eu l'idée de mettre en place ces régimes, je sais pas si c'était**
 2966 **des régimes mais cette éducation alimentaire chez les patients ? C'est pas la**
 2967 **direction qui a demandé de faire quelque chose à ce niveau-là ?**
- 2968 • Non, c'est moi qui ait eu l'idée. Je pense qu'ils prenaient les poids mais ils n'en
 2969 faisaient rien en fait, il y avait des relevés de poids, moi j'ai des relevés de poids
 2970 depuis 2015, avant je ne sais pas. Avant, je n'ai rien du tout. J'ai fait des courbes de
 2971 poids chez tout le monde pour bien montrer à tout le monde que le minimum où ils
 2972 peuvent être, le maximum où ils peuvent être, le surpoids et l'obésité et alors leur
 2973 courbe à eux, et ils ont bien vu de façon très ludique que tout le monde était au-
 2974 dessus de la ligne rouge comme je l'appelle et donc du coup, non ça ils n'en avaient
 2975 pas conscience du tout. Ils avaient le poids, mais bon si tu ne l'associes pas et que tu
 2976 ne sais pas, voilà, ils ont un poids mais ils ne savent pas. Ils se disent, ah oui, c'est un
 2977 petit peu beaucoup mais ils ont pas fait les liens, ils ne se sont pas attardés là-dessus
 2978 en fait. Je pense que l'infirmière elle était plus, moi vu que je ne suis pas dans la
 2979 pratique, je laisse les infirmiers qui sont là pour ça le faire et moi je m'attarde sur
 2980 plein d'autres choses. Je pense que avant, c'était pas comme ça et la direction n'a
 2981 jamais effectivement demandé pour que ça soit fait.
- 2982 • **Et t'as envie justement de continuer à t'investir justement dans cette intervention**
 2983 **nutritionnelle ?**
- 2984 • Oui bien sûr parce que c'est un travail de tous les jours, il y a toujours plus à faire.
 2985 C'est génial comme boulot, c'est hyper divertissant, on a de bons échanges, avec les
 2986 cuisiniers aussi, c'est tout le temps un apprentissage tous les jours parce que aussi, il
 2987 y a une équipe qui change, il y a un turnover assez régulier, il faut tout le temps
 2988 reformer les personnes, etc. Et quand tu vois que ce que tu mets en place, ça a des
 2989 résultats. Quand tu vois que aussi, au niveau bien-être général, ça a un impact, moi

ça me donne envie de continuer effectivement même si je sais que ma vie je ne la ferai pas dans cette institution et c'est personnel à moi car j'aime bouger, car j'aime changer et parce que j'aimerais aussi me diriger vers les troubles de comportements alimentaires purs mais c'est génial comme boulot.

- **Et justement, par rapport à la cuisine dont tu parlais, il y a eu des autres demandes, des modifications ou des adaptations par rapport aux repas que les résidents reçoivent ?**
- Oui, ça j'ai tout modifié, mais c'est stade par stade, ça veut dire que l'on ne peut pas modifier en tout cas, je ne modifie pas la cuisine, avant même que les résidents aient été sensibilisés pour pas créer de troubles de comportement. Pour pas qu'ils se demandent pourquoi ils ont une assiette différente de ceux qui n'ont pas besoin de régime, tout en restant plus ou moins sur la même chose mais en sachant qu'il y a moins de quantité. Il y en a certains où les quantités avant que j'arrive c'était abominables, ils pouvaient se resservir, etc. Ceux qui n'ont pas de problèmes de poids, je les laisse comme ça, mais ceux qui en ont, moi je les change et alors oui il y a eu toute une formation sur les cuisiniers, eux ils posent beaucoup de questions, ils sont super ravis aussi. Ils sont motivés. C'est eux qui font les courses et alors oui j'ai déjà été quelques fois avec eux faire les courses pour leur apprendre à lire les étiquettes, etc. Pour qu'ils sachent après d'eux-mêmes faire les courses d'une meilleure façon, on sait jamais si je ne suis plus là un jour, qu'ils sachent d'eux-mêmes avoir les bons réflexes, les bonnes choses, etc.
- **Et justement, par rapport à ces patients dépressifs et anxieux, est-ce que tu remarques des habitudes alimentaires spécifiques qui sont observables chez eux ?**
- J'ai l'impression que chez les personnes anxieuses, parce que dépressives, j'en ai moins, mais 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. Ils vont toute la journée te demander, on mange quoi ce soir ? On mange des concombres ? il y en a un, il demande tout le temps est-ce que l'on mange des concombres ce soir ? Si on ne lui pas ce que l'on mange ce soir, il va venir toute la journée t'interpeller pour savoir ce qu'ils vont manger, donc ça c'est quelque chose qui est propre, en tout cas, c'est quelque chose que je vois dans mes résidents à moi, c'est ces questionnements autour du repas de ce qu'on va manger, ça les stresse, ensuite ce sont les horaires. Si on ne respecte pas les horaires, ça peut amener à une crise assez forte, donc il faut bien respecter les horaires pour eux. Malheureusement, il y a les réalités de terrain et parfois ça n'est pas le cas, il y a parfois des petites crises. Au niveau alimentaire pur, je ne vois pas vraiment de différences. Ils mangent comme tout le monde, ils ont pas spécialement de se goinfrer comme certains par exemple l'autisme ou autres où là, ils se goinfrent vraiment. Eux non, ils mangent correctement, mais par contre chez eux, il y a énormément de vols. Hors ou même pendant le repas, si son voisin laisse faire, il va voler. Je pense que c'est plus dans une dynamique d'obtenir quelque chose que de faim, car ils n'ont pas vraiment faim. Ce n'est pas alimentaire, je pense que c'est plus pour le fait d'obtenir quelque chose qui vient de l'autre et voilà. Ils sont ultra rusés. J'en ai un, il est schizophrène mais ça se montre énormément par de l'anxiété et il est très très anxieux, il est très stressé et il tremble tout le temps, il est rusé, il a tous les tours, on essaye de tout mettre en

place mais il arrive à voler, on ne sait pas comment il fait. Il vole du café, il vole des biscuits et finalement il les cache mais il ne les mange même pas. Il les veut.

- **Et en fait, ils ont les repas prévus par la cuisine mais ils peuvent apporter des aliments en plus par exemple si les familles apportent quelque chose, ça c'est autorisé ?**
- Donc ils ont 3 repas et 2 collations, et alors on appelle ça des bonbons de famille. Ce sont les familles qui peuvent apporter des bonbons ou des petites collations si ils veulent et alors la collation de l'après-midi, c'est des bonbons de famille. Ils n'y ont pas accès tout le temps, sinon, ce serait catastrophique et ils mangeraient tout le temps. La satiété, je pense qu'ils ne l'ont pas comme nous, ils ont tout le temps envie de manger mais ils ont des boîtes et à la collation de l'après-midi, ils ont le droit d'aller choisir un ou deux bonbons de famille.
- **Ok donc c'est réglementé ce que la famille apporte ?**
- Oui, en tout cas, dans notre institution, c'est réglementé. Ça ne rentre peut-être pas dans le cadre de la dépression et de l'anxiété mais c'est une institution, il y a un système hiérarchique aussi, entre mêmes les résidents eux-mêmes, certaines personnes qui font peur à d'autres et donc on a trop peur du racket ou des choses comme ça. Ou réglemente tout.
- **Et est-ce que ces patients dépressifs et anxieux qui ont des mauvaises habitudes alimentaires, est-ce qu'il y a un profil précis de patients, que ce soit au niveau de la profession, de la culture, du statut socio-économique, de l'âge, du sexe, des antécédents ou pas spécialement ?**
- Du sexe, au niveau du profil anxieux, j'ai que des hommes. J'ai pas de femmes. Est-ce que c'est un pur hasard, je n'en sais rien, je ne me suis jamais attardée sur la prévalence au niveau du genre. Je ne sais pas si il y a une prévalence dans un genre ou dans un autre, moi j'ai que des hommes. Généralement, c'est associé à une schizophrénie, un trouble en tout cas psychologique plutôt que physiologique au niveau du cerveau. C'est vraiment souvent associé à un trouble psychologique chez nous. Parce que, c'est un peu biaisé, parce que chez nous, on accepte que des personnes qui ne savent pas avoir une vie autonome ailleurs, donc un simple dépressif anxieux, je veux dire, simple entre guillemets parce que ce n'est jamais simple mais je veux dire une personne dépressive, anxieuse, moi j'en ai dans ma famille, qui savent très bien vivre leur vie, qui sont traités, qui sont suivis, enfin donc nous on a forcément des personnes avec un trouble associé parce que généralement c'est le trouble associé qui fait qu'il n'arrive pas à vivre une vie normale donc ici dans mon cas, c'est un peu biaisé car ce n'est pas une généralité mais chez moi, en tout cas, dans ma résidence, c'est pourquoi associé à une pathologie type schizophrène, autisme, etc. Plus une pathologie que une affirmation motrice cérébrale ou trisomie, eux ils n'ont pas d'anxiété généralement mais voilà, les schizophrènes, les bipolaires, eux, ils sont souvent très anxieux et les bipolaires forcément dépressifs aussi.
- **Par rapport au suivi nutritionnel, comment est-ce qu'il se déroule exactement ? Que ce soit le suivi des habitudes alimentaires, au niveau de l'anamnèse, durant la prise en charge ou pour le retour à domicile ? Est-ce qu'il y a un canevas à suivre ou est-ce que c'est toi qui à tout instaurer ?**
- Il y a pas du tout de canevas. Moi je suis arrivée et c'était un néant au niveau nutritionnel, j'ai un petit peu fait ma vie comme je le désirais. Au niveau anamnèse, etc, 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. Au fur et à mesure du temps, je connais les résidents, je sais leurs habitudes, j'ai pas fait un dossier où je notais tout exactement, où je détaillais par personne les habitudes alimentaires, etc. Par contre, dans la globalité du projet alimentaire, donc du projet santé, je l'appelle projet santé parce que c'est pas que au niveau alimentation, il y a l'activité physique, etc mais ils ont une farde personnelle individuelle, suivi par leur référent donc chaque résident à un référent. Et alors là, ils y notent les aliments qu'ils aiment, les aliments qu'ils n'aiment pas, pour eux, qu'est-ce qu'ils sont capables de faire au niveau restrictions etc. Donc là, c'est plus individuel mais c'est vraiment général que ce soit au niveau de la réalité de terrain, au niveau de la cohérence d'équipe, voilà, même le weekends, ce sont des étudiants, il y a deux cuisiniers, donc 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. L'équipe bouge beaucoup. Pour qu'il y ait une vraie cohérence en tout cas, dans mon institution, ce n'est pas assez rodé, que pour pouvoir faire de l'individuel, individuel. Donc c'est quand même fort général, c'est-à-dire que les quantités se font plus femmes hommes que cette personne, cette personne, cette personne. Sinon, c'est un foutoir total. Déjà quand on leur demande un truc, c'est compliqué alors en plus, si on doit faire un repas individuel par personne et un suivi individuel par personne, c'est impossible à suivre. Ce serait l'idéal effectivement mais il faudrait qu'il y ait un référent chaque jour et il y a des maladies, il y a plein de trucs, impossible dans une institution en tout cas de faire de l'individuel. On peut essayer au plus possible, au cas par cas, de faire des petits trucs mais au niveau gestion de la cuisine, repas, quantité, c'est compliqué.

- **Donc en fait, si je comprends bien, le suivi actuel qu'il y a pour le moment, c'est plus par rapport aux préférences ou au goût que les patients préfèrent ou par rapport à leur poids pour maigrir mais pas du tout par rapport à la qualité des aliments ?**
- En fait, ça va dépendre des institutions. Nous, en tout cas, moi, je dois me dépatouiller, parce qu'on est dans une institution partiellement subventionnée par l'AVIQ, donc il y a beaucoup d'injustes au niveau des subventions de l'AVIQ donc on n'a pas beaucoup d'argent, c'est pour ça qu'on est une toute petite institution, et alors on marche beaucoup avec des dons. Les magasins font des dons avec ce qui est bientôt périmé, c'est un peu semaine par semaine, on doit travailler à la va-vite, créer les menus en fonction des dons que l'on a. Cuisiner pour congeler ce qui pourrait périmer, donc c'est un peu du travail rapide, toujours de qualité, parce qu'on a deux cuisiniers extraordinaires, mais au niveau qualité alimentaire, je dois me dépatouiller avec ce que j'ai. Je peux pas me dire, voilà j'ai un budget et j'achète les aliments que je veux donc ça c'est un peu compliqué à ce niveau-là, qualité alimentaire, au niveau des aliments, etc. C'est plus compliqué pour moi en tout cas mais je pense que dans d'autres institutions, au niveau financement, ils ont plus de facilité et je pense que là alors ils peuvent mettre plus l'accent là-dessus mais je ne pense pas qu'ils ont des diététiciennes en tout cas pas celles que je connaisse. Je ne vois pas de diététiciennes mais voilà, franchement ici je suis limitée et j'essaye de faire avec ce qu'on a. On aimerait vraiment faire mieux mais malheureusement, il y a la réalité de terrain qui nous empêche de faire comme c'est l'idéal mais tout en sachant qu'on a quand même énormément de légumes, c'est des légumes frais, donc tous les jours, on a des dons de légumes frais, le seul problème c'est qui me pose le

3130 plus problème, c'est au niveau du produit protéiné, à chaque repas, c'est beaucoup
3131 des saucisses, du gouda, des choses qui se vendent moins finalement, et ça me pose
3132 beaucoup problèmes. Peut-être au niveau de mon plan, c'est pas l'idéal mais ils ont
3133 de la soupe fraîche tous les jours, ils ont des légumes frais tous les jours, c'est frais
3134 et cuisinés au jour le jour donc on est pas au J moins 1. On est pas comme à l'hôpital,
3135 c'est au jour le jour. Donc, j'ai l'impression que c'est quand même de l'alimentation
3136 de qualité, après au niveau calories, on essaye de faire au mieux mais voilà, ça va
3137 dépendre de chaque institution et des réalités de terrains de chaque institution. Et
3138 c'est différent chez tout le monde. C'est basé sur tout. C'est basé sur les préférences
3139 mais il y a des réalités de terrain donc si ils n'aiment pas la tomate et qu'on a de la
3140 tomate, pour eux, tant pis. Sauf si c'est une allergie, une intolérance ou autres. Mais
3141 si c'est juste, je n'aime pas, on ne part pas là-dedans car on sait bien, ils sont
3142 capricieux, ils aiment bien aussi nous retourner le cerveau donc ils vont parfois, juste
3143 parce qu'ils ont été contrariés, ils vont dire je n'aime pas, ils veulent pas manger alors
3144 que l'autre jour, ils l'ont mangés. Donc les préférences, on évite de trop partir là-
3145 dedans sinon ça devient trop compliqué, on ouvre la porte aux troubles de
3146 comportements alimentaires, on ouvre la porte aux caprices. C'est compliqué pour
3147 nous car ils ont un trouble associé comme des grands enfants. Les patients dépressifs
3148 et anxieux, je ne les considérerais pas comme ça mais en tout cas, nous, on les
3149 considère comme ça et oui, en fonction du poids, en fonction des quantités, au
3150 niveau du produit qui constitue l'assiette. C'est vraiment les 3 ensemble, qualité,
3151 poids et préférence tout en s'adaptant aux réalités de terrain et aux contraintes
3152 financières, aux contraintes de la gestion des troubles des comportements. C'est
3153 compliqué.

- 3154 • **C'est vrai que quand il y a le budget qui entre en jeu, c'est toujours un peu**
- 3155 **compliqué.**
- 3156 • Oui.
- 3157 • **Et est-ce que ces patients sont ouverts à des approches alternatives à leurs**
- 3158 **traitements médicamenteux ou même à leur entretien avec leur psychologue ? Est-**
- 3159 **ce qu'ils sont ouverts à des ateliers spécifiques, de la méditation, de la**
- 3160 **luminothérapie ? Est-ce qu'il y a des demandes relatives à l'alimentation ?**
- 3161 • Ca va dépendre, les personnes anxieuses, justement, ils aiment pas suivre leur
- 3162 traitement. Il y en a beaucoup qui cachent, j'ai déjà entendu « tu veux
- 3163 m'empoisonner », des choses comme ça. Quand je leur donnais leur traitement. Ce
- 3164 sont des personnes qui se posent des questions, qui sont sur tout et effectivement,
- 3165 c'est compliqué et c'est vrai que c'est chez ces personnes-là et chez les autistes aussi,
- 3166 ce qui marche bien, c'est l'hypo thérapie. On fait beaucoup ça. Ils vont côtoyer un
- 3167 cheval pendant une demi-journée, le caresser, monter sur lui, toute sorte d'activité
- 3168 avec le cheval et ça les apaise beaucoup. Ca marche beaucoup, on a une masseuse
- 3169 qui vient. Elle est masseuse mais elle est pleine de choses, elle travaille beaucoup sur
- 3170 les énergies, etc. Elle vient une fois semaine. Elle prend les groupes différents en
- 3171 fonction. En gros, c'est une fois par mois pour chaque résident. Ca aussi c'est
- 3172 compliqué car il faut voir au niveau des, en partie offert par nous mais c'est aussi une
- 3173 partie à charge du patient donc il faut aussi voir les finances du patient, du résident.
- 3174 Et on a de la méditation, on a un snoezelen, voilà c'est un peu au cas par cas, si il y a
- 3175 une crise ou quoi. C'est vrai qu'on aime bien les mettre dans le snoezelen, ça les
- 3176 apaise. On a des activités relaxation, musique. Au niveau alternative, on a

3177 méditation, hypo thérapie, mais ça ne nous empêche pas, on va se dire, on va arrêter
3178 la psychologie, ça ne sera pas suffisant.

3179 • **Et il y a des demandes par rapport à l'alimentation ou pas du tout ?**

3180 • Non. Franchement l'alimentation, c'est le cadet des soucis des familles. Les résidents,
3181 ils sont un peu ambivalents parce que parfois ils demandent à moins manger, à
3182 maigrir et en fait, ils ont toujours le pathologique qui revient à la charge et qui leur
3183 demande de se remplir et c'est une ambivalence assez forte, assez marquée au
3184 niveau de l'alimentation, donc non. Je pense que c'est vraiment la cadet des soucis
3185 de tout le monde. Il y a que moi que ça importe.

3186 • **Par rapports aux déterminants alimentaires des patients, est-ce que tu saurais me**
3187 **citer des facteurs favorisant et défavorisant justement cette bonne alimentation**
3188 **chez les patients déprimés et anxieux ?**

3189 • Comme ça, franchement, je vois pas. Parce que au niveau culture, c'est très
3190 écliptique donc au niveau des résidents que je réfléchis, on est souvent dans des
3191 facteurs plus défavorisant au niveau de la famille, on est souvent sur un milieu assez
3192 défavorisé ou alors un milieu plus violent, une structure familiale pas très stable, si ils
3193 se retrouvent souvent chez nos personnes dépressives et anxieuses, très peu ont une
3194 famille très présente. Ça c'est assez défavorisant également. On remarque que ceux
3195 qui ont une famille présente, il y a une pression derrière, on peut leur dire, attention,
3196 il y a maman qui est là. On sait que derrière, ils ont quelque chose de soutenant, de
3197 cadrant, de contenant. Que ces personnes-là n'ont pas, donc je vois plus au niveau
3198 familial et culturel, des facteurs défavorisant pour moi. En fait, je t'avoue que je ne
3199 vois pas beaucoup de facteurs favorisants. Parce que la pathologie en elle-même est
3200 un facteur défavorisant. La famille, pour moi, n'est pas assez là, n'a pas un cadre
3201 assez soutenant, voir limite au contraire, ils tirent vers le bas. Les médicaments, ce
3202 sont des facteurs défavorisant car certains donnent envie de manger. A contrario,
3203 certains sont anorexigènes mais généralement, chez nos résidents, ils ont un effet
3204 hyperphagique. Je ne vois pas de facteur favorisants.

3205 • **Pas de soucis.**

3206 • Les seuls points favorisants, ce serait justement dans l'institution, le cadre qu'on
3207 donne.

3208 • **Justement, c'était ma prochaine question, plus par rapport à l'institution, que ce**
3209 **soit dans la structure ou l'organisation, est-ce qu'il y a des facteurs favorisant et**
3210 **défavorisant qui vont influencer justement cette bonne alimentation ?**

3211 • Oui, au niveau de la structure, le gros facteur défavorisant, c'est la cohérence
3212 d'équipe. C'est-à-dire que chaque personne a son point de vue mais il y a une règle, il
3213 y a une façon de faire dans notre institution et tout le monde peut apporter son point
3214 de vue, bien sûr, c'est ouvert et voilà mais on y réfléchit ensemble et il y a un canevas
3215 qui est là et donc la cohérence d'équipe, c'est un gros soucis et je pense que c'est
3216 dans toutes les institutions et je pense qu'il faut que ça soit la même chose d'un
3217 éducateur à un autre, d'un cuisinier à un autre, c'est trop compliqué et au niveau
3218 favorisant, c'est bien évidemment la formation que tous nos éducateurs ont eu, nos
3219 infirmiers, nos cuisiniers, ils sont ultra cadrés. Ça rassure très fort nos résidents et
3220 surtout au niveau de l'anxiété, ils ont besoin de ça, d'un cadre, de quelque chose de
3221 très structuré, de très marqué et voilà. C'est ambivalent à la cohérence d'équipe. Au
3222 niveau des facteurs défavorisant, je dirai que c'est ce système de financement et des

dans chez nous qui nous limite un petit peu. Le facteur favorisant, c'est les compétences de tout le monde et le travail d'équipe. Et le cadre que l'on met.

- **Et par rapport à la structure de l'institution, je sais pas par exemple si la cuisine est à côté de leur chambre ou que ils ont facilement accès à des aliments alors que ils ne peuvent pas à ce moment-là, est-ce qu'il n'y a pas quelque chose dans la structure physiquement qui influence ?**
- Non. La cuisine est bien isolée. Le facteur favorisant, c'est que tout est sous clé. On a un système de clé universel, peut-être le problème c'est qu'il y en a comme je t'ai dit, qui sont complètement, ce sont des génies, ils arrivent toujours, malgré que l'on ferme tout à clé, ils arrivent toujours à vite fait se faufiler quand il y a quelqu'un que l'on ne voit pas ou ils font du trocs, franchement ce sont des fous. Ils sont trop forts, à la limite, on a envie de les applaudir mais on doit les engueuler. Mais au niveau structurel, je ne vois pas de facteur défavorisant. Tout est bon. On a une structure vraiment isolée du reste de la maison, donc il y a deux portes pour y rentrer et ces portes sont fermées et le seul point qui pourrait être défavorisant, c'est qu'on laisse les résidents faire la vaisselle et c'est à ce moment qu'ils vont voler. Mais ils sont sensés toujours être sous surveillance quand ils sont dans un endroit comme la cuisine avec des couteaux, etc. mais peut-être le point défavorisant aussi, c'est que derrière les cuisines, il y a les machines à laver, et peut-être quand ils amènent les résidents pour les aider avec eux à faire le linge ou les responsabiliser des fois ça arrive, peut-être aussi à ce moment-là, ils ont accès aux réserves derrière. Mais ils sont normalement toujours sous surveillance donc normalement, ça ne devrait pas arriver mais cohérence d'équipe, je le rappelle, c'est compliqué.
- **Est-ce que les patients seraient ouverts à des conseils diététiques, alimentaires ou des approfondissements de leurs comportements alimentaires ou il y a vraiment des gros obstacles qui font que, à part la maladie, qui font que ce ne serait pas possible chez eux ? Vraiment par rapport aux patients dépressifs et anxieux ?**
- Ils sont ouverts, moi je remarque que quand on fait nos ateliers de sensibilisation, je leur explique un petit peu, j'ai déjà vu avec eux le corps humain, etc et ils sont super ouverts, ils sont super attentifs, ils sont motivés. Mais malheureusement, chez nous en tout cas, les patients dépressifs, ils ont une pathologie associée et une fois que la crise survient, une fois que l'anxiété prend le dessus, une fois que la dépression prend le dessus, une fois qu'ils sont plus eux-mêmes, et qu'ils ne sont plus maître de leur comportement, entre guillemets, il y a plus rien qui compte. Tout ce qu'on a pu leur apprendre, c'est balayé sur le temps de la crise et donc ils vont pouvoir tout oublier d'une minute à l'autre et puis redevenir lucide. Une fois que l'anxiété reprend le dessus, il n'y a plus rien d'autres derrière. Il faut savoir à quel moment le faire, la sensibilisation, mais je remarque que quand je le fais, ils sont contents, ils se rappellent surtout, ils se souviennent de ce qu'on leur a dit, ça reste parfois il y a des oublis. Dans la globalité, je pense que ils sont ouverts oui.
- **Un tout grand merci.**

Retranscription entretien 9

- **Est-ce que vous pouvez vous présenter en quelques mots ? Décrire votre fonction et l'institution dans laquelle vous vous trouvez ?**
- Je suis diététicienne spécialisée en psychiatrie, j'ai un mi-temps à la clinique de la forêt de soignes, un autre mi-temps, chez Culinoa, qui est une société d'aide à la gestion de cuisine de collectivité, j'ai également un cabinet de consultation où je suis également spécialisé en psychiatrie et en oncologie, et accessoirement, je suis prof de fitness. Et la Clinique de la forêt de Soignes, c'est un hôpital psychiatrique dépendant du groupe Silva médical où on accueille, donc on a 4 services distincts. On a un service de psychiatrie générale, on a un service de défense sociale, on a un service d'addictologie et un hôpital de jour.
- **Et est-ce que là où vous travaillez pour l'instant, vous prenez bien charge des personnes atteintes de dépression et d'anxiété, c'est bien ça ?**
- Entre autres, oui.
- **Quelles sont vos connaissances par rapport au lien entre l'alimentation et la santé mentale ? Que connaissez-vous à ce sujet en globalité ?**
- D'abord, sur les traitements neuroleptiques et antipsychotiques, ils ont un impact sur la satiété et la faim. Donc forcément sur la prise de poids, pour le reste, chez les patients anxieux et dépressifs, ça peut être très variable, certains auront un appétit fort diminué, voir même une anorexie secondaire qui s'installe et chez d'autres, ce sera l'inverse avec des crises compulsives, que ce soit plus salé ou plus sucré, ça peut importe.
- **Et donc vous trouvez cela important et judicieux d'intégrer justement cette dimension de l'alimentation dans la prise en charge des patients ?**
- Si la pathologie psychiatrique s'installe un peu trop longtemps, on a trop d'impact en fait au niveau biologique par rapport à l'impact que la pathologie a sur la faim et sur la satiété, donc on se retrouve avec des patients qui ont des dyslipidémies, des obésités ou des maigreurs importantes. On se retrouve, une fois que l'anxiété et la dépression sont traitées et vont mieux avec des problèmes biologiques dû à une mauvaise alimentation pendant cette période-là.
- **Et comment est-ce l'institution se positionne par rapport à cette prise en charge des patients dépressifs et anxieux par rapport à leur alimentation ? Au niveau de la direction ou des objectifs de l'institution, il y a quelque chose qui est mis en place ou bien est-ce que c'est en interne que tout est décidé ?**
- En fait, mon poste a été créé il y a 3 ans et demi de ça dû en fait au service de défense sociale que l'on a puisque c'est le SPF justice qui subsidie en fait mon mi-temps mais c'était une volonté claire de l'hôpital en fait dans le groupe Silva médical, on a très forte proportion de diététiciens par rapport au nombre de patients, beaucoup plus importante dans les autres hôpitaux donc c'est vraiment une volonté de la direction de s'occuper de l'alimentation des patients et voilà et du coup, j'ai quartier libre on va dire.
- **Et est-ce que vous souhaitez justement vous investir dans ce type d'intervention près du patient, vraiment prendre en charge l'alimentation chez ces patients là ou pas spécialement ?**

- 3315 • Oui moi je les vois toujours, je ne suis attirée que à la psychiatrie donc je vois mes
- 3316 patients tous les jours, je vois tous les enfants, je m'occupe de tous les plateaux sans
- 3317 aucune exception, donc voilà, c'est du suivi quotidien quoi je vais dire.
- 3318 • **Et par rapport justement à ces patients-là, est-ce qu'il y a des habitudes**
- 3319 **alimentaires qui sont observables chez eux, des habitudes spécifiques ?**
- 3320 • C'est très individuel. Soit on a des convulsions et des grosses charges alimentaires,
- 3321 soit on a une perte totale d'appétit et une anorexie. Il n'y a quasi pas de juste milieu
- 3322 en fait.
- 3323 • **Ok et il n'y a pas d'aliments spécifiques dont ils se nourrissent ou d'autres**
- 3324 **habitudes alimentaires observables ?**
- 3325 • Il y a une grande proportion à la malbouffe évidemment. Sur un état dépressif ou sur
- 3326 un état anxieux, ils n'ont pas une grande envie de passer des heures au fourneau
- 3327 donc c'est du fastfood, c'est des grands consommateurs de riz, et voilà, maintenant à
- 3328 partir du moment où ils sont hospitalisés, le cadre est beaucoup plus facilement
- 3329 remis, et donc c'est des patients qui rentrent dans un suivi alimentaire assez facile
- 3330 qui tentaient qu'on ait pas d'antidépresseurs trop impactant sur la satiété.
- 3331 • **Et est-ce qu'il y a un profil précis de ces patients qui ont ces mauvaises habitudes**
- 3332 **alimentaires, que ce soit au niveau du statut socio-économique, de la culture, de**
- 3333 **leur profession, d'autres choses comme ça ?**
- 3334 • Vraiment pas. Alors chez nous, on a toutes les classes socio-économiques dans les
- 3335 patients, on a aussi toutes les professions, j'ai même des médecins en tant que
- 3336 patients et ils ne sont pas pour autant mieux nourris. L'alimentation en période de
- 3337 grosse dépression et grosse anxiété, c'est le cadet de leurs soucis donc ils ont beau
- 3338 avoir toutes les connaissances du monde sur l'alimentation, voilà. Il n'y a pas de
- 3339 rationalité en fait.
- 3340 • **Ces habitudes alimentaires elles sont évaluées au niveau de l'anamnèse, pendant la**
- 3341 **prise en charge et pour le retour à domicile ou c'est juste pendant l'hospitalisation**
- 3342 **que tout est évalué ?**
- 3343 • Moi j'évalue pas à proprement parler à l'entrée pour la simple et bonne raison qu'ils
- 3344 vont rentrer dans le cycle de traitement et d'hospitalisation, donc ce sont des
- 3345 habitudes qui vont complètement changer. Par contre, on fait un bon bilan, avant le
- 3346 retour à la maison, mais pour garder les bonnes habitudes prises pendant
- 3347 l'hospitalisation tout simplement. C'est vraiment de manière, si pas quotidienne,
- 3348 hebdomadaire, ça c'est sûr où chez moi et on voit l'évolution de leur alimentation
- 3349 pendant l'hospitalisation et une fois que la sortie approche, on envisage le comment
- 3350 travailler. Ils ont toute une partie de travail avec les ergo où il y a les techniques
- 3351 culinaires, il y a le comment faire les courses, il y a le budget à respecter, voilà, le
- 3352 rangement à la maison et l'alimentation intervient dedans évidemment.
- 3353 • **Et du coup, par rapport au suivi nutritionnel, il y a un bon suivi avec une prise de**
- 3354 **sang, etc ou comment ça se passe exactement ce suivi ?**
- 3355 • Il y a une prise de sang à l'entrée avec dépistage de la dénutrition, de
- 3356 l'hypercholestérolémie, d'un diabète. On travaille beaucoup avec le généraliste. Et
- 3357 donc la totalité est prise en charge. Il y a une partie de la prise de sang qui est
- 3358 imposée de ma part et donc voilà, il y a une évaluation, on évalue le syndrome
- 3359 métabolique, la dénutrition, de base pour les entrants.
- 3360 • **Mais donc, c'est plus une évaluation avec la prise de sang et tout, c'est très**
- 3361 **physique mais est-ce qu'on évalue aussi l'équilibre alimentaire ?**

- 3362 • Oui bien sûr, moi je vais les voir, je papote avec eux, forcément, avec chaque entrant
3363 donc oui, tout à fait. Les chiffres sur prise de sang ne veulent pas dire grand-chose
3364 par contre, sur dépression ou anxiété, on peut avoir une addictologie en plus, et du
3365 coup, cela nous fausse la prise en sang évidemment. Je ne peux pas prendre en
3366 compte une hypertriglycéridémie si il y avait un alcoolisme à l'origine. Il y aura de
3367 toute façon, une reprise de sang si il y a une pathologie secondaire pour voir
3368 l'évolution à l'arrêt de toute substance prise en fait.
- 3369 • **Est-ce que les patients qui sont là depuis longtemps, sont-ils demandeurs**
3370 **d'approches alternatives à leur traitement que ce soit très médicamenteux ou**
3371 **même les entretiens qu'ils ont avec les psychologues ou les psychiatres ou est-ce**
3372 **qu'ils sont très à vouloir toujours le même traitement depuis toujours et garder ces**
3373 **médicaments ? Est-ce qu'ils sont demandeurs d'alternatives ?**
- 3374 • Oui, ils sont hyper ouverts, les changement de traitement sont bien acceptés à partir
3375 du moment où ils sont verbalisés et expliqués par les psychiatres et nous on leur
3376 propose aussi des séances d'hypnose, de yoga, de sophrologie, ils ont l'ergo, ils ont la
3377 kiné, enfin voilà, on travaille vraiment sur tous les points quels que soit la pathologie
3378 psychiatrique.
- 3379 • **Et du coup, il y a des demandes relatives à l'alimentation ou pas spécialement ?**
- 3380 • Oui, bien sûr, je fais régulièrement des ateliers avec eux, ateliers ouverts ou je fais
3381 des permanentes, où ils viennent me voir, ils me posent des questions, parler c'est
3382 juste parler. Oui ils sont en demande oui.
- 3383 • **Par rapport à la cuisine, je me doute que vous travaillez avec des fournisseurs, est-**
3384 **ce que des démarches sont entreprises pour des modifications, des adaptations par**
3385 **rapport à la qualité de l'alimentation ?**
- 3386 • Alors, cette année, on a fait toute une démarche sur les viandes, c'est principalement
3387 pour la partie revalidation et gériatrique Silva médical car tout le groupe a les même
3388 fournisseurs. Moi personnellement, non, je n'ai pas de demandes à ce niveau-là
3389 parce que moi ce qui m'importe, c'est les réintégrer dans une vie courante, donc je
3390 ne fais jamais aucun régime drastique, donc je ne vais pas aller chercher des viandes
3391 sans sel, je ne vais pas aller chercher l'équilibre parfait, c'est la réinsertion et la vie
3392 quotidienne qui prime mais pour la totalité de la prise en charge. Que ce soit
3393 diététique ou autres.
- 3394 • **Est-ce qu'il y a des facteurs favorisant et défavorisant la bonne alimentation chez**
3395 **les patients ?**
- 3396 • Le principal facteur c'est le facteur socio-économique, les patients qui ont
3397 suffisamment aisés que pour avoir accès à une alimentation variée, qui sont entourés
3398 par la famille qui leur amène des choses à manger en plus pendant l'hospitalisation,
3399 ça c'est un gros facteur.
- 3400 • **Est-ce qu'il y a d'autres facteurs qui influencent ?**
- 3401 • Comme ça, de prime abord, non. Parce que même au niveau intellectuel, au niveau
3402 du niveau d'études. J'ai pas forcément plus facile avec un médecin, un avocat
3403 qu'avec un ouvrier.
- 3404 • **Et donc, maintenant, par rapport à l'institution, est-ce que dans l'organisation ou la**
3405 **structure, est-ce qu'il y a des éléments qui influencent la bonne alimentation des**
3406 **patients ?**
- 3407 • La seule chose, c'est l'heure des repas. Le matin et le midi, ça va mais le soir, on est
3408 contraint à des horaires de service même si on a une garde jusque 20h. Les soupers,

- 3409 18h30, ça reste tôt pour une vie courante. C'est le seul gros bémol pour toute
 3410 institution. Nous, on a encore de la chance, 18h30, c'est encore relativement tard.
- 3411 • **Rien d'autres par rapport à l'organisation ?**
 - 3412 • A priori, non.
 - 3413 • **Par rapport aux patients, est-ce qu'ils seraient ouverts à bénéficier de conseils**
 3414 **alimentaires, diététiques, ou d'approfondissement de leurs comportements**
 3415 **alimentaires ou c'est assez compliqué de discuter avec eux de ça et de changer**
 3416 **justement les habitudes qu'ils ont depuis toujours ?**
 - 3417 • Oui, je pense qu'ils sont tout à fait ouverts, je vais dire que 80 pourcents de la
 3418 patientèle est assez ouverte car ça va dans l'optique de notre hospitalisation, c'est-à-
 3419 dire un retour à la vie ordinaire le plus possible et l'alimentation fait partie,
 3420 minimum, 3 fois par jour, voilà. Pour les patients qui ont des enfants, c'est aussi
 3421 nourrir leurs enfants. Si eux se nourrissent correctement, eux sont correctement
 3422 nourris donc voilà il y a vraiment une demande à ce niveau-là. Et quand la demande
 3423 de viens pas d'eux, ils y trouvent leur compte pendant l'hospitalisation en voyant
 3424 qu'il y a un suivi et donc ils en profitent. Ils n'auraient peut-être pas fait eux en
 3425 ambulatoire, d'aller voir une diététicienne mais ils en profitent qu'il y en ait une sur
 3426 place et voilà, qu'on soit à disposition.
 - 3427 • **Donc en fait, si j'entends bien, le fait d'être hospitalisé, ça change beaucoup pour**
 3428 **eux, parce que c'est un autre environnement, et donc ça les influence positivement**
 3429 **dans la bonne alimentation ?**
 - 3430 • Tout à fait, c'est de la déconnexion complète. Chez nous, ce n'est que de
 3431 l'hospitalisation volontaire. En tout cas, pour la psychiatrie générale et l'addictologie
 3432 et l'hôpital de jour mais pour la défense sociale, pas du tout évidemment mais voilà,
 3433 pour les 3 autres services, c'est vraiment volontaire, il y a une démarche de leur part.
 - 3434 • **Donc le fait qu'ils soient déconnectés, ça a vraiment une bonne influence sur eux, le**
 3435 **fait qu'ils soient déconnectés de leur environnement ?**
 - 3436 • C'est entre autres, ce n'est pas que ça mais entre autres. C'est parce que c'est une
 3437 prise en charge globale et la psychiatre les voit une fois par semaine, ce n'est pas leur
 3438 traitement principal.

3439

3440 Discussion après l'entretien :

- 3441 • Les patients de psychiatrie générale, et d'addictologie profitent qu'on ait une défense
 3442 sociale parce que sans ça, j'y serai pas. Il y a des subsides qui entrent en compte. Il y
 3443 a aussi tout le pluridisciplinaire. J'ai eu une chance de fou de travailler avec des
 3444 généralistes, des psychiatres qui me laissent totalement champ libre et ça change
 3445 énormément. J'ai pas mal de collègues qui sont très restreints, qui n'ont pas le droit
 3446 de faire de demandes aux généralistes. Moi encore ce matin, j'ai sorti une prise de
 3447 sang, je veux dire les prises de sang de courant hospitalisation, généralement, c'est
 3448 moi qui les demande. J'ai vue sur certains dosages de traitements, quand c'est un
 3449 traitement diabète ou quoi, j'ai vue dessus donc voilà j'ai de la chance, j'ai une super
 3450 équipe.
- 3451 • **Oui, c'est vrai.**
- 3452 • Dans tout le plan de soins, que ce soit auprès des patients ou que ce soit dans tout le
 3453 plan de soins médicaux et paramédicaux, c'est génial quoi, on a un coach sportif, kiné
 3454 et tout, quand je veux remettre un patient en activité sportive, il y a une multi et
 3455 pluridisciplinarité qui est mise en place.

3456 • **Merci beaucoup pour l'entretien.**

3457

3458

3459

3460

3461

3462

3463

3464

3465

3466

3467

3468

3469

3470

3471

3472

3473

3474

3475

3476

3477

3478

3479

3480

3481

3482

3483

3484

3485

3486

3487

3488

3489

3490

3491

3492

3493

3494

3495

3496

3497

3498

3499

3500

3501

3502

Retranscription entretien 10

- **Peux-tu te présenter en quelques mots, ta fonction, et aussi dans quelle institution tu te trouves ?**
- Je travaille au CHU de Mont-Godinne, c'est un hôpital général dans le Namurois et on a un service de psychiatrie générale de 28 lits. Je suis assistant en psychiatrie adulte de 2^{ème} année et on a 5 assistants à plusieurs postes, on tourne. En tout, j'ai un mi-temps de consultation et un mi-temps d'hospitalier avec des patients qui résident là pour 12 jours. Et je fais aussi des urgences et de la liaison interne. La liaison interne, c'est donner des avis de psychiatrie pour des patients hospitalisés dans d'autres services.
- **Et l'institution où tu te trouves, c'est-à-dire Mont-Godinne, peux-tu la caractériser ? Sa taille, les types de patients qui viennent en général ?**
- C'est un très grand hôpital général qui est universitaire. C'est un des deux hôpitaux universitaires du réseau UCL Louvain. Il y a beaucoup de lits. Ce sont des soins assez spécialisés. En psychiatrie, ce n'est pas un service qui accepte beaucoup de patients. On a plus ou moins 28 lits, par contre on a un gros turnover, c'est une des spécificités de ce service, c'est que ce sont des séjours de 12 jours. Ce qui est très peu pour la psychiatrie. On a beaucoup de patients qui passent une même année mais on a peu à la fois. Ce qui est un peu spécifique, c'est que c'est un service qui se définit comme un service psychosomatique. On a un peu une spécificité de faire une prise en charge et des souffrances psychiques, et somatiques. Les patients qui viennent chez nous, à une période, maintenant, c'est plus le cas, ça se reflète un peu moins mais on a une patientèle assez orientée avec des plans psychosomatiques en tout genre. Ça va de la fibromyalgie à des conversions hystériques ou ce genre de choses.
- **Comment se passe votre prise en charge des patients en général ? Est-ce que c'est plus ciblé au niveau des médicaments, des entretiens avec les psychologues, est-ce que c'est plus des ateliers ? Comment ça se passe ?**
- Alors, je vais vraiment te parler plus de la partie des hospitalisations en psychosomatique. Les patients viennent pour 12 jours, ils sont vu d'office à leur entrée par l'assistant de psychiatrie et à leur sortie pour voir si ça va au niveau des traitements et aussi au niveau administratif, certificats, ce genre de choses. Ça c'est à l'entrée et à la sortie. Pendant le séjour, ils sont vus 2 fois semaine par un psychologue ou une stagiaire ou un stagiaire psycho qui du coup, on plus de temps avec les patients, et qui eux, ont plus l'approche psychothérapeutique que les assistants psychiatriques qui en font aussi mais ce n'est pas en voyant 2 fois une personne que tu fais de la psychothérapie. Et sinon, c'est une grande partie du travail d'accompagnement psy, c'est aussi réalisé par le nursing qui passe plusieurs fois dans la journée, qui ne sont pas spécialement des infis qui ont la formation de psychiatrie mais qui sont tous des infis qui ont une approche très humaniste, donc du retour que j'ai des patients, quand ce sont des patients à moi qui sont hospitalisés et que je revois encore après l'hospitalisation, le retour que j'ai sur leur séjour, c'est vraiment que le passage des infis, qui prennent le temps d'avoir une discussion avec eux, c'est clairement important aussi pour le patient. Et en journée, il y a des activités, que ce soit du corporel, de la kiné, du sport, etc ou vraiment des activités via les infis et les autres soignants. Les activités un peu psychothérapeutique de groupe comme la rédaction d'un cahier dans lequel ils mettent un peu ce qu'ils les traversent au niveau

- 3550 psy. Donc il y a des activités un peu variées pendant la journée mais je ne suis pas au
3551 clair avec cela parce que ce n'est pas moi qui les anime.
- 3552 • **Et par rapport à tes connaissances face au lien qui unit entre guillemets**
3553 **l'alimentation et la santé mentale, qu'est-ce que tu connais mais vraiment de**
3554 **manière globale ? Je ne sais pas si tu en as déjà entendu parler à l'hôpital, en**
3555 **cours ?**
 - 3556 • A l'hôpital, on en parle quasi pas, je pense qu'il y a une certaine honte et gêne du fait
3557 qu'on fait un peu n'importe quoi car on nous donne des repas hospitaliers à nos
3558 patients qui sont de très mauvaise qualité et je pense que tous les soignants en psy
3559 savent que c'est pas une bonne manière d'aider les gens. Donc ça n'aide pas à ouvrir
3560 la discussion. On en parle plus théorique. J'avais un moment été intéressé de faire
3561 une thèse sur le lien entre la dépression et certaines bactéries du microbiote. Du
3562 coup, par rapport à ta question, les patients ont les mêmes repas que les autres
3563 patients de l'hôpital général. On est vraiment un étage parmi d'autres. A côté de
3564 nous, on a la chirurgie vasculaire et de l'autre côté, il y a l'hématologie. C'est
3565 vraiment étage hospitalier classique. Et donc, dans l'organisation, le patient mange
3566 de la nourriture d'hôpital, qui franchement, n'est pas dingue. Voilà un peu. Qu'est-ce
3567 que je sais d'autres... Moi j'ai mon avis personnel, c'est qu'il faudrait changer ça mais
3568 je suis assistant donc je n'ai pas encore de poids là-dedans.
 - 3569 • **Et du coup, tu trouverais ça important et judicieux d'intégrer cette dimension-là,**
3570 **que ce soit par des informations, des ateliers, des conseils ?**
 - 3571 • Oui, alors moi, je suis très branché tout ce qui est psychothérapie institutionnelle, et
3572 du coup pour moi, l'institution parfaite, elle est très différentes de l'hôpital actuel,
3573 mais entre autres, c'est que les patients participent à la création des repas car je
3574 pense que ça a une charge symbolique énorme, être quelqu'un qui est alité à qui on
3575 t'emmène un repas ou être quelqu'un qui participe à la création de ce que tu vas
3576 manger, et que ce soit du début à la fin. Là je viens de passer une formation dans un
3577 centre en France où les patients ont leur propre potager, c'est une autre dynamique
3578 et je pense que c'est vrai cela qui peut aider les patients.
 - 3579 • **Et au niveau de l'institution justement, que ce soit au niveau de la direction ou des**
3580 **objectifs de l'institution, c'est quoi leur philosophie par rapport à l'alimentation,**
3581 **est-ce qu'ils en parlent ? Est-ce qu'il y a des demandes par rapport à ça ?**
 - 3582 • Non, alors là, le CHU de Godinne justement est en train de faire un grand travail de
3583 réflexion parce qu'ils passent l'accréditation Canada international, c'est une sorte de
3584 grand test où il y a des inspecteurs qui viennent voir comment on travaille. Et donc
3585 là-dedans ils vont mettre des valeurs en place, et ils ont décidés 5 grandes valeurs qui
3586 reflètent un peu la philosophie de l'institution et c'est clair que l'alimentation n'a pas
3587 du tout été abordée dans aucun de ces dossiers donc je pense que comme je te
3588 disais, c'est pas un tabou mais il n'y a clairement pas l'ambition dans les sujets de
3589 discussion car ça a un coût énorme l'alimentation en hôpital. Et les hôpitaux
3590 généraux sont quasi en faillite et leur but, c'est de réduire tous les coûts et je pense
3591 que ça se reflète dans l'assiette des patients.
 - 3592 • **Et par rapport aux comportements alimentaires des patients, est-ce qu'il y a des**
3593 **types d'habitudes alimentaires qui sont observables chez les patients dépressifs et**
3594 **anxieux ?**
 - 3595 • Alors il y a des comorbidités mais ça vaut la peine de travailler une chose à la fois. Les
3596 dépressifs, si c'est un épisode dépressif majeur caractérisé, on va avoir un épisode

dépressif très très avancé comme on en voit en hospitalisation. Il y a une perte de goût et d'appétit. Les deux peuvent être présents donc 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, les deux. Ça fait aussi partie de l'anhédonie, c'est un terme psychiatrique qui veut dire une perte de joie de vivre. Ça se reflète clairement dans leur régime alimentaire. Pour les anxieux, c'est différent, il y a plein de troubles anxieux différents, je dirai que ça dépend, il y en a qui vont compenser, c'est plutôt une minorité en faisant des crises d'hyperphagie, alors on est quasi dans des troubles de comportements alimentaires, 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 que ils sont un peu envahis par plein de symptômes anxieux, et du coup, ils ont plus d'appétit et nous en tant que médecin, le côté médical de la psychiatrie, c'est clairement quelque chose qu'on questionne tout le temps quand on voit le patient, c'est est-ce que le poids va varier, les dernières semaines, les derniers mois parce que si oui, on sait que c'est un indice de gravité et c'est parfois un facteur d'hospitalisation. C'est donc important pour nous.

- **Et est-ce qu'il y a un profil précis des patients dépressifs et anxieux qui ont ces mauvaises habitudes alimentaires que ce soit au niveau de leur statut socio-économique, de la culture alimentaire, de leur profession ou pas spécialement ?**
- Peut-être, ça existe, moi là j'ai pas de réponse, j'essaye de réfléchir en te répondant mais là tout de suite j'en ai pas. Je pense qu'il y a un énorme facteur socio-économique dans l'alimentation, est-ce que c'est le même qui se répercute chez les gens qui sont atteints de maladies psychiatriques, je sais pas, j'imagine que oui, il n'y a pas de raison que ce soit différent. Il y a des profils soit hystériques, un peu le profil de fibromyalgie, les gens qui ont des douleurs qui sont mal expliqués par les médecins, qui se sentent très incompris, etc. Et ces patients-là, ont souvent aussi des comportements alimentaires très spécifiques où il y a un peu une habitude de ne pas tout manger, c'est le profil de gens qui se disent intolérant au lactose mais ça n'a pas été mis en avant par des gastro, ils ont pleins d'allergies. On a comme ça, dans la névrose un type de gens qui ont vraiment des difficultés alimentaires, mais je dirai que c'est plus un symptôme et que c'est plus une manière de, ça fait partie du grand symptôme d'être incompris. Tout comme leurs douleurs incomprises, elles sont parfois au niveau du ventre et du coup, eux font de l'auto thérapie en essayant de se faire des régimes alimentaires, des régimes assez strictes, assez sévères, et on voit des gens qui arrivent et qui disent qu'ils sont intolérants à quasi tout sans que ça n'ait été bilanté et ça on voit encore assez souvent et c'est assez dur à gérer parce que du coup, on essaye de s'adapter dans les menus qu'on leur propose mais bon, parfois c'est pas cohérent et même un peu dangereux au niveau des carences et ce genre de choses.
- **Et justement, ce suivi nutritionnel, que ce soit par les habitudes alimentaires ou même le suivi tout court, comment se présente-t-il ? Que ce soit au niveau de l'anamnèse, au niveau du suivi ou même pour le retour à domicile ? Est-ce qu'il y a des diététiciens ou nutritionnistes intégrés ? Comment est-ce que ça se présente ?**
- On a, alors moi, c'est un domaine que je ne connais pas bien donc il faudra que tu croises tes informations avec d'autres mais je sais qu'il y a quelqu'un, je ne sais pas si c'est diététicien ou nutritionniste mais il y a des gens qui sont appelés dès que

3644 l'équipe nursing voit que c'est difficile, que ce soit juste pour des préférences
 3645 alimentaires ou parce que l'on voit qu'il y a une anorexie mentale et qu'il faut
 3646 absolument revoir le menu et travailler la chose. Donc il y a des gens dans l'hôpital
 3647 qui ont une formation et ce rôle là et qui sont appelés dès qu'il le faut donc je sais
 3648 que ça existe alors qui est ce que c'est avec quelle formation, ça je ne sais pas du
 3649 tout.

- 3650 • **Et à ton niveau, quand tu as les patients en consultation, est-ce que tu abordes le**
 3651 **sujet de l'alimentation ou est-ce que c'est pas du tout un sujet prioritaire ou même**
 3652 **secondaire dans ta prise en charge ?**
- 3653 • Ca dépend de chaque patient, moi je travaille plutôt, je n'ai pas de canevas tout fait
 3654 donc ça dépendra vraiment de ce que le patient amène, mais il y a quand même des
 3655 moments où je suis inquiet, on me pose souvent la question de poids, si là-dessus on
 3656 voit qu'il y a eu une perte ou une augmentation rapide du poids, effectivement, on va
 3657 creuser la question avec le patient et je vais commencer à faire vraiment une
 3658 discussion plus précise sur le sujet donc ça dépend vraiment du patient, de ce qu'il
 3659 amène en entretien, chaque entretien est vraiment différent. C'est clair que si il y a
 3660 un patient qui est référé chez nous pour un trouble du comportement alimentaire,
 3661 alors oui, ce sera la majorité du sujet et ce sera, c'est plus les psycho qui font ça chez
 3662 nous, les assistants psychiatres, on aide là-dedans, pour les troubles de
 3663 comportements alimentaires, les patients ont un contrat d'alimentation, on leur dit
 3664 par exemple, vous avez votre BMI à 13, il faut que prendre 100g par semaine, si ce
 3665 n'est pas le cas, on met telle et telle chose en place.
- 3666 • **Il y a quand même une prise de sang qui est faite par rapport aux carences et tout**
 3667 **ou pas du tout ?**
- 3668 • Il y a une prise de sang et les assistants psychiatres, c'est ce que l'on fait, tous les
 3669 patients qui rentrent dans les 24 à 48 heures ont une prise de sang, dedans il y a un
 3670 bilan ionique, c'est la bio de base avec la fonction rénale, hépatique. Certaines
 3671 vitamines mais quasi pas, par exemple la vitamine B, on ne l'a fait plus parce qu'il y a
 3672 avait un coût trop fort pour les patients, on fait les lipides et ce genre de choses et je
 3673 pense pas qu'on fasse albumine, préalbumine. En tout cas, quand c'est quelqu'un qui
 3674 a une anorexie, une grosse perte de poids, évidemment on le coche, mais je ne sais
 3675 pas si c'est dans la bio de base que l'on fait chez tout le monde. Ca je devrais vérifier
 3676 mais donc on a quelques valeurs à la bio sanguine, on a les résultats assez
 3677 rapidement, là par contre, ils sont mauvais, c'est repris avec la médecin généraliste
 3678 qui voient au moins une fois les patients par hospitalisation, parfois plusieurs fois, et
 3679 qui avec ces résultats, parfois en demandent plus et ça arrive quand même souvent
 3680 que c'est pour ça que c'est un service psychosomatique que cet médecin généraliste,
 3681 elle reçoit notre première bio, elle voit carence en préalbumine, elle se dit ça peut
 3682 être un problème d'absorption intestinale, et du coup elle demande une
 3683 gastroscopie, une colonoscopie et ce genre de choses. Il y a tout un chemin, sans
 3684 centrer sur tout ce qui est dig qui peut être mis en place si on a une inquiétude
 3685 médicale, ça se fait souvent.
- 3686 • **Mais du coup, vous n'abordez pas l'alimentation par exemple par rapport à la**
 3687 **qualité des aliments qu'ils mangent ni rien ?**
- 3688 • Non, ça vraiment, en tout cas moi je ne le fais pas du tout et je ne sais pas si les
 3689 autres collègues le font. Ce n'est pas quelque chose qui revient dans les autres

réunions cliniques par exemple. Je pense pas que ce soit beaucoup travaillé chez nous.

- **Et est-ce que ces patients sont justement demandeurs d'approches alternatives ou est-ce qu'ils aiment bien leurs médicaments, leurs entretiens, ils sont ouverts à des ateliers spécifiques, de la luminothérapie, ou d'autres choses par rapport à l'alimentation ?**
- Juste par rapport à la luminothérapie, nous on en fait beaucoup, ça oui et ça a un grand succès auprès des patients, maintenant tout ce qui est plus alimentation et ce genre de mesures, d'ateliers, etc moi j'ai pas beaucoup d'expérience mais le patient n'aborde pas beaucoup ce sujet là non plus. Mais je crois qu'il y a des gros biais de sélection parce que 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. Et peut-être sont laissés pour compte et ne se retrouvent pas dans ces grands hôpitaux mais ce n'est pas pour ça qu'ils les utilisent pas donc je pense qu'il faut quand même faire attention mais c'est pas parce que je ne les ai pas rencontrés qu'il n'y en a pas dans le Namurois, au contraire.
- **Et du coup, pas spécialement des demandes par rapport à l'alimentation, ils sont assez silencieux par rapport à ça ?**
- Oui mais en tout cas, 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 donc je pense pas mettre un tabou là-dessus, donc à mon avis, c'est que pour les patients qu'on rencontre, ce n'est pas à l'avant plan.
- **Et est-ce que par rapport aux cuisines ou aux fournisseurs avec lesquels vous travaillez pour les repas, est-ce qu'il y a déjà eu des adaptations, des modifications ou des demandes spécifiques pour justement changer les repas des patients ? Ou ça reste par rapport aux préférences alimentaires des patients ?**
- Je ne saurais pas du tout te répondre, je ne suis pas confronté à ça dans mon quotidien, je sais qu'ils ont droit à demander pas de pommes de terre, ou plus de ceci ou plus de cela mais est-ce que ça va plus loin, je ne sais pas du tout.
- **Qu'est ce qui pourrait influencer de manière positive ou négative les patients justement par rapport à la bonne alimentation ?**
- Pour moi, il y a deux grandes choses qu'il faut prendre en compte. Premièrement, comme on disait avant, il y a une grosse influence des maladies sur l'alimentation, sur la dépression et l'anxiété. Tant qu'ils sont très très en souffrance, très symptomatique, ça a clairement un impact. Avant, après, c'est un peu tous les variants qui ont un impact sur l'alimentation mais pour moi, il y a un énorme impact économique mais pas que. Aussi, social et culturel et toutes ces choses-là. Ça je pense que nos patients sont des belges comme les autres donc avant tout, les variants qu'on retrouve dans les études concernant l'alimentation les concerne aussi.
- **Et est-ce qu'il y a d'autres choses à quoi tu penses ou pas spécialement ?**
- Moi ce que je remarque, c'est que là, 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. Je pense qu'on en parle pas trop dans les médias et autour de nous mais il y a une vraie crise sociale en province. En province, parce qu'ils font beaucoup de trajets, entre autres pour aller faire leurs courses ou pour aller voir le médecin et donc les fin de mois deviennent très compliqué pour nos

- 3737 patients, et je pense que ça a un impact direct sur ce qu'ils vont manger et comment
 3738 ils vont manger et je pense que ça ne va pas aller dans le bon sens dans les prochains
 3739 mois malheureusement.
- 3740 • **Et par rapport à l'institution, dans la structure ou l'organisation, il y a des éléments**
 3741 **qui influencent les patients ?**
 - 3742 • Il y a une cafétéria en bas, mais tout ça a été fort touché par le Covid. Il y avait une
 3743 cafet, je pense que les patients pouvaient aller mais en tout cas avec le Covid, plus du
 3744 tout. Donc moi depuis que je suis là, c'est que pour les soignants. Donc eux, ils
 3745 avaient un réfectoire mais ça aussi ça a été influencé par le Covid. Quand on avait
 3746 beaucoup de patients covidés, tout le monde devait en chambre, quand on en
 3747 avait un peu moins, ils pouvaient manger au réfectoire, seulement pour ceux qui
 3748 étaient avec le Covid safe ticket, etc. Ceux qui étaient pas comme il faut pour le
 3749 Covid, eux, ils étaient tout à fait mis de côté et ils devaient manger en chambre quoi
 3750 qu'il arrive. Ceux qui étaient avec les bons papiers du Covid pouvaient manger en
 3751 réfectoire par moments, quand c'était plus calme mais ils devaient manger loin l'un
 3752 de l'autre, donc ce n'était pas du tout une ambiance un peu familiale et agréable
 3753 alors que pour l'alimentation, c'est super important. Toute la question de l'ambiance
 3754 et de l'environnement. Et dans un réfectoire où tu dois être à deux mètres de ton
 3755 voisin, ça ne pousse pas trop à en faire un moment agréable alors que c'est
 3756 important.
 - 3757 • **Et par rapport à ton rôle de soignant, est-ce que pour toi, c'est dans tes**
 3758 **responsabilités et tes missions de t'occuper ou de t'informer sur l'alimentation des**
 3759 **patients ?**
 - 3760 • Non, moi je trouve que ce serait hyper bien. C'est un peu le grand fantasme de la
 3761 prise en charge globale. Si on veut atteindre ce genre de truc, avec ce genre de
 3762 discours par rapport à l'alimentation, si il y a juste un professionnel qui le tient, ça a
 3763 très peu d'impact. Pour moi et dans ma position, je serai plus partant à ce que ce soit
 3764 plus avoir un discours cohérent avec les patients. Maintenant, c'est très dur par
 3765 rapport à la réalité sociale en fait. Leur dire qu'il faut manger des trucs de bonne
 3766 qualité alors qu'on sait tous que ça coute super cher et que les patients
 3767 psychiatriques ont des gros problèmes financiers, c'est compliqué. Moi j'ai des
 3768 patients qui me disent qu'ils ont du mal à se chauffer, je vais pas 10 minutes plus
 3769 tard, est-ce que vous pensez à acheter du bio. Il faut pas une violence de classe, et je
 3770 pense que oui, ça dépend du patient, pas tous les patients psychiatriques peuvent
 3771 être influencés mais c'est quand même très fréquents.
 - 3772 • **Et c'est dans tes responsabilités de t'occuper de l'alimentation des patients ou pas**
 3773 **spécialement ?**
 - 3774 • Non, du tout, ce n'est pas dans mes responsabilités mais ça pourrait le devenir et je
 3775 trouverais ça intéressant que ça le devienne.
 - 3776 • **Donc pour l'instant, tu es plus une ressource et tu pourrais avoir un peu de pouvoir**
 3777 **sur les patients et pas spécialement dans tes vrais missions de soignants ?**
 - 3778 • Non et au contraire, je dirais que je pense que l'institution n'a pas tellement envie
 3779 que tout le monde se mêle de tout, c'est très fort organisé par fonctions, et vu que
 3780 c'est pas dans mes fonctions.. Si ils en feraient un objectif de travail personnel,
 3781 j'aurais sûrement de la résistance institutionnelle, c'est sûr. Que ce soit de par les
 3782 gens dont c'est le métier, ou même de par mes supérieurs qui diraient chacun fait

3783 bien ce qui lui est demandé de faire parce que sinon c'est un peu problématique.
3784 C'est le genre de truc qui pourrait vraiment devenir complexe.

- 3785 • **Par rapports aux patients dépressifs et anxieux, ils seraient ouverts à recevoir des**
3786 **conseils diététiques, alimentaires ou d'approfondissements de leurs**
3787 **comportements alimentaires ?**
- 3788 • Je pense pas qu'ils soient fermés, honnêtement, les patients sont plutôt preneurs
3789 d'un maximum d'informations sur ce qui les concerne donc j'ai pas l'impression qu'ils
3790 soient fermés. Non, les patients ont plutôt l'air preneurs dès qu'on leur parle de
3791 choses, ils sont dans une position d'écoute donc ça je n'ai pas du tout l'impression
3792 que ce sera un soucis.
- 3793 • **Donc il n'y a pas d'obstacles qui peuvent être mis en évidence par rapport à ça ?**
- 3794 • Peut-être des obstacles concrets comme les problèmes financiers, ou même
3795 habitudes de vie, ce n'est pas que financier. Quand tu as mangé la même chose toute
3796 ta vie, c'est dur de te dire, après 2 jours à l'hôpital, je vais changer toutes mes
3797 habitudes mais en tout cas des obstacles pour la mise en pratique mais la grande
3798 partie de nos patients sont dans la demande d'un maximum d'informations et
3799 surtout, comme tu disais au début, un maximum d'informations différentes de ce
3800 que la psychiatrie classique offre. Nous on est toujours avec notre discours très
3801 réducteur de médicaments, mettre en place un suivi psychologue, c'est toujours un
3802 peu dans le même canevas mais quand on sort un peu de ces discours tout fait, je
3803 sais que les patients, enfin moi je parle beaucoup avec mes patients d'activité
3804 sportive car c'est quelque chose qui me branche, et la grande majorité de mes
3805 patients, qu'ils le fassent ou pas, c'est autre chose mais ils adorent discuter de sport
3806 avec moi parce que ça change de ce qu'ils ont entendu ailleurs.
- 3807 • **Donc ils sont plus ouverts mais pas spécialement demandeurs de ça ?**
- 3808 • Oui, c'est ça. Je dirai ça plutôt comme ça.
- 3809 • **Un tout grand merci pour l'entretien.**
- 3810