

Faculté de santé publique

Quel est l'impact de l'implémentation de la «Food Therapy» sur les résidents d'une maison de soins psychiatriques ?

Mémoire réalisé par
Tiphaine Robert

Promoteur(s)
Vincent Dubois
Hélène Garin

Année académique 2022-2023
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Faculté de santé publique

Quel est l'impact de l'implémentation de la «Food Therapy» sur les résidents d'une maison de soins psychiatriques ?

Mémoire réalisé par
Tiphaine Robert

Promoteur(s)
Vincent Dubois
Hélène Garin

Année académique 2022-2023
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Remerciements

La réalisation de ce mémoire est l'aboutissement d'un programme de Master et a été possible grâce à l'intervention de plusieurs personnes que je tenais ici à remercier.

Tout d'abord, j'aimerais remercier Professeur Vincent Dubois d'avoir endossé le rôle de promoteur et de m'avoir accordé sa confiance.

Je tenais à remercier tout particulièrement Madame Hélène Garin, ma co-promotrice, pour son suivi assidu tout au long de la réalisation de ce mémoire, ses bons conseils, sa disponibilité, sa bienveillance et son soutien.

Merci à Madame Nataly Filion d'avoir accepté d'être lectrice de ce mémoire.

Merci à ma responsable, Céline Debruyne, coordinatrice de la MSP de l'étude, pour son soutien durant ces années de Master, sa flexibilité et son aide.

Je souhaite également remercier toutes les parties prenantes de ce mémoire comme les résidents, que j'ai eu la chance d'interroger pour m'aider à approfondir ma question de recherche. Merci à eux d'avoir partagé leur expérience et de m'avoir fait confiance. Merci aussi à mes collègues de travail pour leur soutien et leurs encouragements.

Merci à ma famille et ma belle-famille, qui ont cru en moi, m'ont soutenue et encouragée.

Merci à mes amis, pour leur soutien et leurs encouragements.

Enfin, je tenais à remercier du fond du cœur mon mari, Bertrand Vosse. Merci pour son soutien infini, pour sa présence, pour ses encouragements. Merci à lui d'avoir sans cesse cru en moi, de m'avoir supportée et d'avoir accepté ce chamboulement dans nos vies qu'a été la reprise d'un cursus pour obtenir un Master.

Le plagiat

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

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

Table des matières

Remerciements	3
Le plagiat	4
Table des matières	5
Liste des figures	7
Liste des tableaux	7
Abréviations	7
Résumé	8
1 Introduction	9
2 Revue de la littérature	10
2.1 Maison de soins psychiatriques	10
2.1.1 Définition.....	11
2.1.2 Public cible - Santé mentale.....	11
2.1.3 Médications.....	12
2.1.4 Autonomie versus indépendance.....	13
2.1.5 Réhabilitation.....	14
2.2 Éducation nutritionnelle	16
2.2.1 Définition.....	16
2.2.2 L'alimentation et la pharmacologie.....	17
2.2.3 L'alimentation et la santé mentale.....	18
2.2.4 Bien-être alimentaire.....	19
2.3 L'implémentation	21
2.3.1 Définition.....	21
2.3.2 Processus d'implémentation.....	22
2.3.3 Évaluation de l'implémentation.....	25
2.4 Conclusion	27
3 Méthode et matériel	28
3.1 Description du lieu de l'étude - Contexte	28
3.1.1 Présentation de la maison de soins psychiatriques.....	28
3.1.2 Présentation du projet «Food Therapy».....	30
3.2 Type d'analyse	31
3.3 Méthode de collectes de données	31
3.4 Stratégies d'échantillonnage des participants	32
3.4.1 Critères d'inclusion.....	32
3.4.2 Critères d'exclusion.....	33
3.4.3 Modalité de contact.....	33
3.4.4 Type d'échantillon.....	33
3.4.5 Méthode d'analyse.....	33
3.4.6 Considérations éthiques.....	34
4 Résultats	35
4.1 Présentation de l'échantillon de l'étude	35
4.1.1 L'échantillon de l'étude.....	35
4.1.2 Présentation des objectifs des résidents en venant à la maison de soins psychiatriques.....	36
4.2 L'alimentation en santé mentale	37

4.2.1	Quelle est la place de l'alimentation dans la vie du résident ?	37
4.2.2	Bien manger et un bon repas : La différence est-elle perçue par les résidents ?	38
4.2.3	A quelle fréquence les résidents cuisinent-ils à la maison de soins psychiatriques ?.....	39
4.2.4	Les médicaments influencent-ils l'alimentation ou inversement ?.....	40
4.2.5	Existe-t-il un lien entre l'alimentation et la santé mentale ?	40
4.3	Le projet «Food Therapy».....	40
4.3.1	Les résidents ont-ils connaissances du projet «Food Therapy» et de ses activités?.....	41
4.3.2	Quelles sont les attentes de la part des résidents face au projet «Food Therapy» ?	44
4.3.3	Quelles sont pour eux les points positifs et négatifs de ce projet «Food Therapy» ?.....	44
4.3.4	Se sentent-ils concernés et impliqués dans ce projet «Food Therapy» ?.....	45
4.3.5	Que peuvent-ils en tirer de ce projet dans leur futur ?.....	46
4.3.6	Pourquoi continuer d'implémenter/maintenir le projet «Food Therapy» selon eux ?.....	46
4.3.7	Quelle est leur niveau de satisfaction face à ce projet «Food Therapy» ?.....	46
4.3.8	Quelle définition de la «Food Therapy» se font les résidents ?.....	51
4.3.9	Ce projet a-t-il eu une influence sur le choix de venir dans cette maison de soins psychiatriques ?	51
5	Discussion.....	52
5.1	Pertinence du projet	52
5.2	Implémentation de la FT.....	56
5.3	Limites de l'étude.....	62
6	Conclusion.....	63
7	Bibliographie.....	65
8	Annexes	69
8.1	Annexe 1	69
8.2	Annexe 2	70
8.3	Annexe 3	71
8.4	Annexe 4	73
8.5	Annexe 5	74
8.6	Annexe 6	87
8.7	Annexe 7	88

Liste des figures

Figure 1: « The FWB Pinwheel » (Block et al., 2011)	20
Figure 2 : Modèle conceptuel des phases de l'implémentation et des facteurs affectant l'implémentation dans le secteur des services publics.(Aarons et al., 2011).....	23
Figure 3: Temps de séjour au sein de la MSP des participants à l'étude	36
Figure 4 : Taux de participation aux activités.....	43
Figure 5 : Niveau de satisfaction des résidents de l'étude par rapport au projet «Food Therapy»	47

Liste des tableaux

Tableau 1 : Différences perçues par les résidents entre "bien manger" et "manger un bon repas"	38
Tableau 2 : Évaluation des maisons autonomes face à l'activité cuisine collective.....	48

Abréviations

BEA - Bien-être alimentaire.

COCOF – Commission communautaire française.

COCOM – Commission communautaire commune.

CPAS – Centre public d'action sociale

EPIS – Exploration, Préparation, Implementation, Sustainment.

FT – Food Therapy.

FWB – Food Wellbeing

IHP – Initiatives d'habitation protégée.

MSP – Maison soins psychiatriques.

OIP – Organisme d'intérêt public.

OMS – Organisation Mondiale de la santé

PMR – Personnes à mobilité réduite.

USA – Etats-Unis

Résumé

Contexte : En 2020, une MSP a ouvert ses portes à Bruxelles. Celle-ci a voulu innover en proposant aux résidents un projet hors du commun autour de l'alimentation : le projet « Food Therapy ». Ce projet vise à permettre aux résidents d'acquérir une certaine autonomie et indépendance dans les gestes du quotidien, et ainsi envisager une réinsertion et réhabilitation psychosociale. Ce mémoire tente de répondre à la question « Quel est l'impact de l'implémentation de la « Food Therapy » sur les résidents d'une maison de soins psychiatriques ? ».

Méthodes : La méthodologie repose sur 3 axes. Tout d'abord, une analyse qualitative a été réalisée. Sept résidents volontaires, hommes et femmes, âgées de 18 à 60 ans, ont répondu à une enquête à travers un entretien individuel semi-dirigé. Le deuxième axe consistait en une démarche exploratoire auprès des maisons autonomes. Enfin, le troisième axe consistait en une observation au quotidien par l'auteure de l'étude, employée au sein de la MSP.

Résultats : Les résultats montrent que l'alimentation détient une place importante dans le quotidien des résidents de la MSP. Ils montrent aussi que les médicaments ont une influence sur l'alimentation, mais les résidents ne soulèvent aucun impact de leur alimentation sur un quelconque traitement. Concernant le projet FT, nous pouvons voir que les résidents sont satisfaits du projet FT, mais ils ne profitent pas encore pleinement de tout son potentiel. Ils ont une idée des raisons qui ont poussé à implémenter un tel projet, mais ce projet est encore trop peu connu de tous.

Discussion : La définition du concept FT par la MSP découle de l'éducation nutritionnelle et des bienfaits de l'art thérapie. Les recherches scientifiques autour des bienfaits de l'alimentation sur la santé mentale ne sont pas encore nombreuses, mais les résultats obtenus avec les résidents de l'étude tendent à confirmer les quelques informations disponibles. La MSP de l'étude se trouve actuellement dans la phase d'implémentation active. La participation des résidents aux différentes activités n'est, à ce stade, pas à la hauteur des aspects positifs qu'ils pointent pour ces mêmes activités. Des recommandations sont formulées pour palier à ce souci.

Conclusion : Actuellement, l'impact de la FT sur les résidents de la MSP est globalement positif, mais les résidents n'ont pas encore pleinement conscience des raisons de cette implémentation et de ses bienfaits. Il reste donc du travail pour exploiter tout le potentiel, bien réel, de la « Food Therapy ».

Mots-clés : Santé mentale, psychiatrie, maison de soins psychiatriques, bien-être alimentaire, éducation nutritionnelle, alimentation, implémentation, food therapy.

1 Introduction

Travaillant depuis plusieurs années au sein d'une Maison de Soins Psychiatriques (MSP) bruxelloise, j'ai été en contact direct avec des résidents présentant des troubles mentaux divers. J'ai pu remarquer que de nombreuses activités leur étaient proposées, sans pour autant prendre le temps d'évaluer ces activités, en particulier leurs bienfaits sur les résidents. Il s'agit là pourtant d'une étape essentielle à la MSP en question et potentiellement bien utile aux autres MSP souhaitant s'engager dans une voie similaire. C'est précisément ce qui a motivé la réalisation du présent mémoire.

La question de recherche est donc la suivante : *Quel est l'impact de l'implémentation de la «Food Therapy» sur les résidents d'une maison de soins psychiatriques ?* Vouloir répondre à cette question est ambitieux à plus d'un titre. Tout d'abord, la question fait appel à une série de notions et concepts qu'il convient de définir précisément. Certaines de ces notions sont largement décrites dans la littérature, comme par exemple l'implémentation d'un projet ou encore la maison de soins psychiatriques. En revanche, le concept de «Food Therapy» est inédit et donc peu, voire pas, présent dans la littérature scientifique. Il est donc nécessaire de le décortiquer et de l'approcher via d'autres concepts mieux établis. Cette étape de définition fait l'objet de la première partie.

Ensuite, il s'agit de capter le vécu des résidents et de l'objectiver. Pour ce faire, une méthodologie a été mise en place. Cette méthodologie est décrite en détail dans la deuxième partie et consiste notamment en des entretiens individuels avec sept résidents de la MSP de l'étude afin de cerner au mieux leur ressenti par rapport au projet «Food Therapy». Les résultats sont repris dans la troisième partie.

Vient alors le cœur de ce mémoire : la quatrième partie consacrée à la discussion. C'est dans cette partie que les définitions et concepts théoriques sont mis en regard des résultats afin de répondre à la question de recherche. Y a-t-il bel et bien un impact de l'implémentation de la FT sur les résidents ? Cet impact est-il potentiel ou d'ores et déjà bien réel ? Comment l'exploiter encore davantage ? Que peuvent nous enseigner d'autres études portant sur des initiatives similaires ?

2 Revue de la littérature

«Quel est l'impact de l'implémentation de la «Food Therapy» sur les résidents d'une maison de soins psychiatriques ?». Avant de pouvoir répondre à cette question de recherche, il convient de bien en saisir le sens. Il s'agit là précisément de l'objectif de ce premier chapitre qui consiste en une revue de la littérature. Celle-ci sera assez logiquement divisée en trois parties, conformément aux différents éléments constitutifs de la question de recherche : la maison de soins psychiatriques, l'éducation nutritionnelle et enfin l'implémentation.

La première partie de la revue de littérature se focalisera sur la définition de ce qu'est une maison de soins psychiatriques et de la mission qui lui est légalement attribuée. Des notions telles que la réhabilitation, l'autonomie et l'indépendance seront abordées, ainsi qu'une description du public cible de ce type d'établissement.

La deuxième partie de ce chapitre définit l'éducation nutritionnelle, elle fait état des différents liens qui peuvent exister entre l'alimentation et la médication, l'alimentation et le bien-être ainsi que l'alimentation et la santé mentale.

La troisième et dernière partie de ce chapitre abordera la définition de l'implémentation et la présentation de ses quatre phases, ainsi que la manière de l'évaluer à travers huit indicateurs.

2.1 Maison de soins psychiatriques

L'étude effectuée dans le cadre de ce mémoire est menée sur des résidents d'une maison de soins psychiatriques. Dans cette première section, une définition sera donc donnée de la Maison de Soins Psychiatriques (MSP) et de son public. La médication sera également abordée, car celle-ci fait partie intégrante du quotidien d'un résident en MSP et elle peut engendrer des effets secondaires ainsi qu'avoir un impact sur l'alimentation ou inversement. Ce dernier point sera développé dans la partie «alimentation et pharmacologie». Ensuite, nous nous attarderons sur deux notions souvent utilisées à mauvais escient tant par les patients que par le personnel de santé : la notion d'autonomie d'une part et la notion d'indépendance d'autre part. Il s'agit là d'une précision ou d'un rappel bien utile pour le reste du présent travail. Nous pouvons retrouver ces deux dernières notions dans la réhabilitation qui sera définie, car il s'agit de l'un des principaux objectifs d'une MSP en général, et en particulier de la MSP faisant l'objet de la présente étude et ayant implémenté le projet «Food Therapy».

2.1.1 Définition

En Belgique, c'est à partir des années 90 que l'offre de soins en maison de soins psychiatriques et en Initiatives d'Habitation Protégées (IHP) commence à voir le jour dans le but de diminuer le nombre de lits hospitaliers. Ces deux milieux visent une offre de soins plus communautaire et basée sur les besoins du bénéficiaire (Bruxelles-est.be, 2022).

Une maison de soins psychiatriques est : *«une habitation collective destinée aux personnes souffrant d'un trouble psychique chronique stabilisé ou aux personnes présentant un handicap mental. Les résidents d'une maison de soins psychiatriques y bénéficient d'un séjour à durée variable en fonction du développement des compétences indispensables pour leur autonomie».* (Iriscare, 2023)

En d'autres termes, les MSP ont pour objectif premier de donner les moyens aux résidents d'assurer leur réintégration psycho-sociale, en visant de manière la plus complète possible l'acquisition d'une certaine autonomie et indépendance dans les actes de la vie quotidienne. Nous reviendrons sur ces notions d'autonomie et d'indépendance plus loin dans ce chapitre.

La présence continue, jour et nuit, de professionnels de la santé au sein d'une MSP permet un encadrement médicalisé et soutenu, ce qui différencie une MSP d'une IHP.

Les MSP ont pour vocation de servir de tremplin entre une hospitalisation dans un service de psychiatrie et les initiatives d'habitations protégées ou le domicile (Iriscare, 2023).

A Bruxelles, les normes et agréments sont délivrés par la COCOM¹ et le financement est assuré par Iriscare qui est un Organisme d'Intérêt Public (OIP) (Iriscare, 2023).

2.1.2 Public cible - Santé mentale

Le public cible de la MSP sont des femmes et des hommes de 18 à 60 ans, ayant eu un trouble psychique et qui sont en phase de stabilisation.

Les pathologies que nous rencontrons à la MSP sont des troubles psychotiques comme la schizophrénie, la bipolarité, mais la MSP accueille également des résidents souffrant de dépression ou de dépendance à certains produits (alcool, substances chimiques,...).

Selon la littérature, il existe une différence entre la santé mentale et la maladie mentale.

Selon l'OMS, la santé mentale peut se définir comme étant *«un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté. Dans ce sens positif, la santé mentale est le*

¹ Commission communautaire commune

fondement du bien-être d'un individu et du bon fonctionnement d'une communauté» (Brusano.brussels, 2022).

La santé mentale est donc vue comme une absence de troubles/maladies mentaux. Elle nous permet d'affronter les défis de la vie quotidienne et de ressentir un certain bien-être. Il faut donc pouvoir en prendre soin et la stimuler (Doré & Caron, 2017).

Les troubles mentaux, eux, peuvent se définir comme étant un dysfonctionnement du développement, de l'état psychique et biologique d'une personne. Ils mènent à des troubles cognitifs, des troubles du comportement et des troubles de la régulation de l'humeur. Ils peuvent être liés à la consommation de substances chimiques (Bruxelles-est.be, 2022). Ils engendrent des difficultés dans la vie professionnelle, dans les actes de la vie quotidienne et dans les activités sociales (*Mini DSM-5, critères diagnostiques.*, 2016).

En Belgique, une personne sur quatre, c'est-à-dire 24% de la population âgée de plus de 15 ans, a déjà souffert de mal-être psychique (Bruxelles-est.be, 2022). Au niveau mondial en 2019, c'est une personne sur huit. Depuis la pandémie du covid-19, on observe une forte augmentation de ces chiffres, de l'ordre d'une vingtaine de pourcents (OMS, 2023). De manière générale, la santé mentale est une question préoccupante dans la population.

Dans la MSP de la présente étude, nous pouvons retrouver entre autres les troubles mentaux suivants, tels que définis par le *Mini DSM-5* (2016) :

- 1- **La schizophrénie** qui concerne les troubles délirants avec différents types (érotomaniaque, mégalomaniaque, jalousie, de persécution, somatique, mixte ou non spécifié). Le patient va présenter des hallucinations, un discours et un comportement désorganisés et pour finir des symptômes négatifs.
- 2- **Les troubles psychotiques** avec des idées délirantes, des hallucinations, un discours et un comportement désorganisés.
- 3- **Les troubles bipolaires** qui sont représentés par une phase maniaque, une phase hypomaniaque ou une phase de dépression.
- 4- **Les troubles dépressifs** qui se traduisent par une perte de plaisir ou d'intérêt durant minimum deux semaines.

2.1.3 Médications

Dans les années 50 a eu lieu la découverte des neuroleptiques qui ont permis, entre autres, de diminuer les symptômes psychotiques et réduire le nombre de rechutes (Franck, 2018).

Il existe aujourd'hui principalement deux types de traitements : des traitements sous forme de thérapie cognitivo-comportementale, qui découlent de la psychothérapie, et des traitements pharmacologiques (Marx et al., 2017).

Les traitements pharmacologiques, tels que la clozapine, un antipsychotique courant, vont souvent de pair avec des effets secondaires comme par exemple une prise de poids, le diabète, de l'hyperlipidémie, ... (Drake et al., 2003).

Depuis les années 90, plusieurs médicaments ont fait leur apparition comme la rispéridone, la quétiapine, l'aripiprazole ou encore l'olanzapine pour essayer de diminuer les effets secondaires de la clozapine tout en gardant son efficacité connue comme antipsychotique (Drake et al., 2003).

Les effets secondaires des médicaments peuvent avoir plusieurs conséquences, telles qu'une diminution de l'adhésion au traitement et de la qualité de vie, ainsi qu'une incidence sur l'alimentation et inversement. Cet élément étant particulièrement pertinent dans le cadre de la présente étude, il fait l'objet d'une section spécifique (2.2.2 L'alimentation et la pharmacologie).

2.1.4 Autonomie versus indépendance

Comme évoqué dans la définition de la MSP, l'un des objectifs phares de sa mission est de permettre aux résidents d'acquérir une autonomie et une indépendance dans les actes de la vie quotidienne.

L'idée est de permettre au résident d'exprimer ses préférences et ses choix tout au long de son parcours de soins, mais aussi de réaliser par lui-même les différents actes de la vie quotidienne. Mais finalement, qu'entend-on par «indépendance» et «autonomie» ? Il existe bien souvent une confusion entre ces deux notions et il convient donc de rappeler ici ce qui les différencie.

L'autonomie est une forme d'autosuffisance où la personne peut agir librement, faire des choix. Autonomie vient du grec et combine d'une part «*autos*», qui signifie «*soi-même*» et «*nomos*», qui signifie «*lois, règles*». «*Autonomia*» signifie donc en grec «*se régir de ses propres lois*» (Franck, 2018).

Selon Descombes, «*ce n'est pas s'inventer, mais c'est être capable de se diriger seul en s'appuyant sur des règles que l'on a apprises dans le contexte social dans lequel nous existons*» (Franck, 2018).

L'indépendance quant à elle réfère à la capacité d'une personne à réaliser des actions par elle-même (Franck, 2018). Depuis 30 ans, le système de santé essaye d'éliminer les préjugés et vise au maximum la désinstitutionalisation pour éviter que les patients rencontrent une certaine dépendance envers le personnel soignant et les milieux de soins (Franck, 2018).

Compte-tenu de la confusion souvent présente, tant dans le chef du personnel soignant que celui des résidents, il se peut que les deux termes soient utilisés dans le cadre de ce travail pour faire référence à des concepts similaires. Ces deux concepts sont également intimement liés à l'orientation actuelle des soins, qui se veulent axés sur la réhabilitation.

2.1.5 Réhabilitation

Durant les années 60-70, les soins avaient comme objectif premier de stabiliser la personne souffrant de troubles mentaux et d'éviter qu'elle n'aille à l'hôpital en étant à même de gérer ses symptômes.

Dans les années 80, l'objectif était plutôt tourné vers la réadaptation et ensuite dans les années 90 vers la réhabilitation pour viser une (ré)insertion et une qualité de vie (Drake et al., 2003).

La réhabilitation psychosociale vise une réinsertion psychosociale et professionnelle dans la société pour des personnes souffrant de troubles mentaux. Il s'agit d'un processus dynamique qui fait suite à un accompagnement par des professionnels de la santé. Elle vise donc l'inclusion sociale et le rétablissement en fonction des besoins des personnes concernées et de leurs difficultés, tout en faisant appel à leurs capacités propres et leur autonomie. Il s'agit donc de permettre au patient de retourner dans la société en reprenant une place de citoyen, de donner les moyens aux patients de s'adapter au monde qui les entoure (Franck, 2018).

La réhabilitation permet aux patients, malgré leurs troubles, de mettre leurs choix au centre de la prise en charge, mais aussi de créer de l'espoir de pouvoir vivre une vie satisfaisante. Cela se fait suite à un processus unique à chacun, au cours duquel va se réaliser un changement important pour le patient tel que par exemple : un changement d'objectifs, de compétences, de sentiments, de valeurs, ... Cela va également entraîner un changement de posture de la part du professionnel de la santé (Wyngaerden & Allart, 2021).

Il existe 8 valeurs clés de la réhabilitation : *«orienté vers la personne, fonctionnement, soutien, spécificité environnementale, implication, choix, orientation vers le résultat et potentiel de développement»* (Franck, 2018).

Pour permettre la réhabilitation, nous allons passer par le rétablissement qui n'est pas un processus linéaire, mais plutôt perçu comme un cheminement, fait de hauts et de bas. Il faut

donc garder le courage nécessaire pour avancer. Il est, quoiqu'il arrive, primordial de travailler au cas par cas sans schéma prédéfini (Franck, 2018).

Par exemple, Patricia Deegan, qui est à l'origine d'un récit à la première personne dans différents travaux relatifs au rétablissement, nomme le rétablissement comme étant : «*une attitude, une façon d'aborder la journée et les difficultés que l'on rencontre. Cela signifie que je sais que j'ai certaines limites et qu'il y a des choses que je ne peux pas faire. Mais plutôt que de laisser ces limites être une occasion de désespoir, une raison de laisser tomber, j'ai appris qu'en sachant ce que je ne peux pas faire, je m'ouvre aussi aux possibilités liées à toutes les choses que je peux faire* » (Wyngaerden & Allart, 2021).

La première étape du rétablissement est de reconnaître le trouble mental. Ensuite vient l'empowerment, phase dans laquelle la personne « reprend » le contrôle de sa vie au point de vue sociétal, organisationnel et surtout individuel. Pour ce faire, la personne aura besoin de soutien social, familial et professionnel. Elle va ensuite devoir garder une image positive sur sa démarche et sa vie (Leguay et al., 2008).

La réhabilitation consiste donc en un ensemble d'actions et de stratégies pour utiliser au mieux ses capacités et diminuer ses difficultés pour améliorer le fonctionnement instrumental et social (Franck, 2018).

Elle a comme objectif l'autonomisation et l'indépendance des personnes dans les activités de la vie quotidienne, une réinsertion psychosociale dans la société, ainsi que l'élaboration de divers projets professionnels. Elle cherche à développer ou à récupérer des habilités et des compétences sociales (Bruxelles-est.be, 2022)

Elle permet donc à la personne, de répondre au mieux à ses besoins primaires en accédant au meilleur fonctionnement possible dans n'importe quel milieu. Il faut garder en tête qu'il n'y a pas de réhabilitation de la personne si cette dernière n'est pas preneuse et motivée.

Selon Giraud-Baro et al. (2006), les quatre outils suivants permettent une réhabilitation au-delà de ce que les structures de soins peuvent offrir :

- 1- *Une dynamique de projet* : c'est une dynamique individualisée qui permet de planifier les différentes étapes utiles à la réalisation du projet de la personne en coordonnant les diverses interventions.
- 2- *Une évaluation fonctionnelle* : elle permet d'évaluer les forces et les faiblesses de la personne dans la gestion de sa santé, des interactions qu'elle a avec son environnement et de mettre en avant les ressources personnelles qu'elle aurait et ainsi faire ressortir des habilités qui seront nécessaires pour atteindre ses objectifs. C'est l'une des étapes

principales de la réhabilitation. Elle va permettre de choisir quelles stratégies d'adaptation à mettre en place.

- 3- *L'entraînement aux habilités sociales et la mise en situation* : les structures de soins doivent permettre de réaliser les mises en situation et l'entraînement aux habilités sociales dans les activités de la vie quotidienne, dans la participation professionnelle et sociale, dans les relations sociales, ... à l'aide de professionnels de la santé pour permettre à la personne d'atteindre ses objectifs.
- 4- *L'entraînement cognitif* : viser un fonctionnement social optimal en améliorant le statut cognitif qui touche la mémoire, l'attention et les fonctions exécutives.

Pour conclure, comme décrit par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la réhabilitation a comme objectif de diminuer les symptômes de la maladie mentale et les effets secondaires qui pourraient survenir suite à la prise d'un traitement médicamenteux. Elle cherche à diminuer les discriminations sociales dont la société fait preuve à l'égard des personnes souffrant de maladie mentale. Elle vise à développer les compétences sociales de la personne à l'aide, entre autres, de sa famille et son entourage. Et tout cela, en mettant au centre de toute action la personne concernée (Duprez, 2008).

2.2 Éducation nutritionnelle

Dans cette seconde partie, la notion d'éducation nutritionnelle est abordée. En effet, le concept de «Food therapy» n'existe pas en tant que tel dans la littérature scientifique. Il s'agit d'un concept unique mis sur pied par la MSP dont il est question dans la présente étude. La notion d'éducation nutritionnelle est finalement ce qui se rapproche le plus du concept de «Food Therapy» et les bénéfices attendus de l'un et l'autre sont similaires. Après avoir abordé la définition de l'éducation nutritionnelle, des liens sont réalisés entre l'alimentation et la médication ainsi qu'entre l'alimentation et la santé mentale. Enfin, la notion de bien-être alimentaire sera abordée.

2.2.1 Définition

Selon le livre de Mahan et L. Kathleen (2008), l'éducation nutritionnelle a pour objectif principal d'aider les patients à acquérir, modifier et faciliter un changement de comportement sur du long terme face à son comportement alimentaire quotidien, par l'acquisition de nouvelles compétences et connaissances face au changement.

L'éducation nutritionnelle peut avoir comme bénéfice de permettre aux patients de mieux appréhender leur maladie et en particulier les symptômes de celle-ci, viser un meilleur état de santé et, plus globalement, une qualité de vie accrue. Elle peut aussi permettre de diminuer les coûts de l'alimentation.

Selon le World Health Organization (2006): *«un rapport sur l'état de santé aux USA suggère que l'éducation sanitaire et les programmes de santé publique, ainsi que l'amélioration des soins et de la recherche, ont contribué aux changements dans la morbidité et mortalité de la population adulte»*.

Toujours selon Mahan et L. Kathleen (2008), à l'âge adulte, les gens prennent de moins en moins le temps de prendre des moments de pause. La nourriture saine et équilibrée va se transformer en repas rapides et faciles. Les gens consomment plus de caféine, d'alcool, de tabac. Toutes ces habitudes alimentaires peuvent naturellement avoir un impact sur la morbidité et la mortalité.

Ces éléments, combinés au vécu particulier des résidents d'une MSP, rendent la mise en place d'une forme d'éducation nutritionnelle au sein d'une MSP particulièrement pertinente, à tout le moins sur papier. En effet, cela rencontre non seulement un enjeu important qu'est celui de la malnutrition mais également l'un des objectifs majeurs d'une MSP, tel que défini dans la section précédente, à savoir la réhabilitation.

2.2.2 L'alimentation et la pharmacologie

Une grande majorité des prises en charge des maladies quelconques nécessitent une pharmacothérapie. Il existe des interactions entre l'alimentation et une prise de médicaments. Certains aliments peuvent avoir une influence sur l'effet de certains médicaments et inversement, les effets secondaires de certains médicaments peuvent influencer l'état nutritionnel d'un patient. Certains médicaments influencent par exemple l'appétit (Franck, 2018).

D'une part, il y a ceux qui le stimulent. Le patient peut par exemple se plaindre d'avoir toujours faim et de ne jamais se sentir rassasié. Cela peut engendrer une prise de poids conséquente. Les médicaments antipsychotiques (Clozapine, olanzapine (zyprexa), antidépresseurs tricycliques (amitriptyline)) sont connus pour agir de la sorte (Franck, 2018).

D'autre part, certains médicaments peuvent couper l'appétit, ce qui peut entraîner une perte de poids importante, des carences multiples et une dénutrition.

Nous verrons dans la section discussion quels effets les traitements ont sur les résidents de l'étude.

Les effets secondaires de certains médicaments sont repris à l'Annexe 1 sous la forme d'un tableau (Franck, 2018).

2.2.3 L'alimentation et la santé mentale

Une mauvaise alimentation peut influencer la santé mentale des individus et inversement, une personne souffrant de troubles mentaux peut voir son alimentation et son état nutritionnel perturbés. Par exemple, une perte ou une prise de poids pour un patient en santé mentale peut montrer une amélioration ou tout au contraire un déclin de son état de santé mentale (Burrows et al., 2022). Ces mêmes auteurs, conseillent une intervention diététique pour soutenir la santé physique et mentale.

Des nouvelles études montrent un lien entre la dépression et l'alimentation. Une alimentation équilibrée diminuerait le risque de dépression (Lopresti & Jacka, 2015). Certains auteurs affirment par ailleurs qu'il existe un lien bidirectionnel entre la dépression et une modification alimentaire. Les personnes dépressives vont manger plus gras et plus sucré et témoigneront moins d'intérêt pour les fruits et légumes, alors qu'il est prouvé que ces derniers ont un impact positif sur la santé mentale. Il va également y avoir un impact sur le rythme quotidien des repas. Inversement, deux jours après une trop grande consommation de produits tels que graisses saturées, sel, calories, il y a un impact sur l'humeur. Il existerait une augmentation de la dépression suite à la consommation de trop grandes quantités de produits laitiers et de sucres raffinés. Par contre, on observe une diminution de la dépression avec des légumes racines et des produits de la mer (Bugaud, 2019).

D'autres études ont permis d'établir des liens entre une consommation excessive de snack et de sucre chez les enfants et le comportement de ces mêmes enfants. Plus interpellant encore, ces effets semblent se prolonger jusqu'à l'âge adulte en menant dans certains cas à des troubles mentaux (Marx et al., 2017).

L'alimentation influe donc non seulement sur la physiologie humaine et la composition corporelle, mais également sur la santé mentale, l'humeur et le bien-être, de manière directe ou indirecte. Néanmoins, les preuves scientifiques ne sont encore que trop peu nombreuses, celles-ci commencent à peine à émerger (Adan et al., 2019).

Les lipides, les minéraux, les vitamines et les acides aminés ont un impact sur la structure, la composition et la fonction du cerveau. C'est la raison pour laquelle les études sont de plus en plus nombreuses sur le sujet.

De nombreuses campagnes de communication ces dernières décennies ont incité la population à consommer plusieurs fruits et légumes chaque jour afin de se maintenir en bonne forme. Au-delà de la forme physique, certaines études montrent qu'une consommation importante de fruits et légumes frais joue également un rôle sur le bien-être et un certain niveau de bonheur. Il est donc conseillé d'adopter une alimentation saine (Adan et al., 2019) .

Selon Marx et al. (2017), il vaut mieux privilégier des aliments sains comme : les céréales complètes ou les fruits, les noix, les légumes, le poisson, .. qu'une alimentation malsaine ou transformée comme : les sucres, les graisses, ...

Selon Brookie et al. (2018), les personnes qui suivent un régime comme précédemment énoncé semblent avoir une meilleure humeur, un plus grand bonheur, une plus grande satisfaction de vie et un épanouissement socio-émotionnel.

En résumé, au vu de différentes études sur le sujet, il apparaît comme essentiel de prêter attention à ce que l'on mange dès le plus jeune âge. Évidemment, le tout dépend de nombreux facteurs tels que des facteurs démographiques, sociaux et individuels. À l'âge adulte, il est nécessaire de prêter attention à notre mode de vie pour diminuer la morbidité et la mortalité (Marx et al., 2017). Une fois de plus, il semble donc naturel qu'une MSP se penche sérieusement sur ces questions afin d'« éduquer » ses résidents à un certain mode de vie et d'alimentation.

2.2.4 Bien-être alimentaire

Le Bien-Être Alimentaire (BEA) est défini comme *«une relation positive avec l'alimentation sur les plans psychologique, physique, émotionnel et social, tant au niveau individuel que sociétal. En tant que tel, le bien-être alimentaire est nécessairement influencé par les facteurs culturels, environnementaux et juridiques qui régissent les attitudes et les comportements alimentaires des individus»* (Block et al., 2011).

Anciennement, l'alimentation avait comme fonction la santé. Aujourd'hui, elle vise également le bien-être. Il s'agit donc de passer d'une approche avec des restrictions vers une compréhension du rôle de l'alimentation plus holistique et positive visant le bien-être de la personne. Ce changement de paradigme est explicité davantage dans l'Annexe 2.

Une représentation du bien-être alimentaire est reprise à la Figure 1 ci-dessous. On y distingue cinq domaines et cette représentation traduit également les trois concepts clés du bien-être alimentaire.

Tout d’abord, le bien-être alimentaire réside au centre de la figure et émane des cinq domaines tout en étant le lien entre ceux-ci.

Ensuite, chaque domaine comprend une dimension sociétale et une dimension individuelle.

Enfin, une fois fermée, l’image traduit une forme d’unité et de force mais une fois ouverte, l’image ressemble à une rose des vents, pouvant être tournée afin de mettre le focus sur un domaine particulier sans pour autant oublier le contexte général.

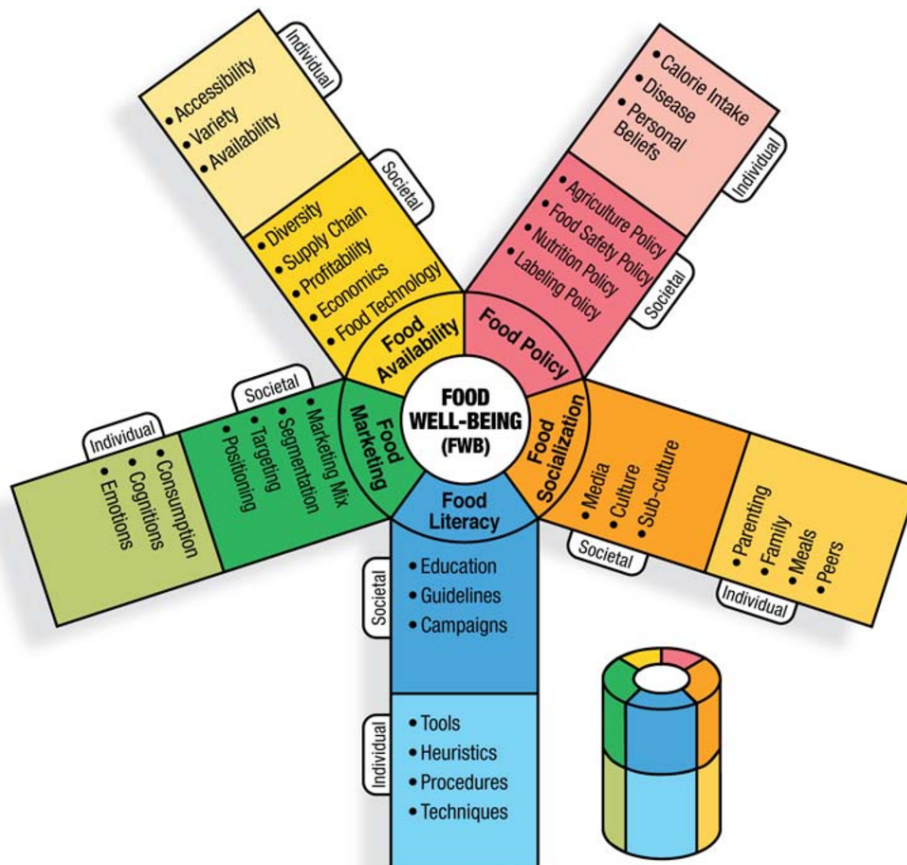


Figure 1: « The FWB Pinwheel » (Block et al., 2011)

Les cinq domaines constitutifs du bien-être alimentaire, tels que repris sur la Figure 1, sont la disponibilité de la nourriture, la politique alimentaire, la socialisation alimentaire, la littératie alimentaire et le marketing alimentaire (Block et al., 2011). Ce schéma est détaillé davantage dans l’Annexe 3.

Ce concept de BEA peut directement être utilisé au sein d’une MSP. Par exemple, la littératie alimentaire peut aider les résidents dans le choix des aliments (autonomie) pour une bonne hygiène de vie, mais surtout des aliments qui n’affectent pas leur traitement ou inversement.

Cela peut clairement contribuer à une meilleure réhabilitation dans le domaine de l'alimentation.

2.3 L'implémentation

Chaque structure de soins a de nombreux projets en tête et souhaiterait voir se réaliser un maximum d'entre eux. La MSP faisant l'objet de cette étude a implémenté un projet «Food Therapy». La présente section va précisément se pencher sur ce que signifie l'implémentation.

2.3.1 Définition

Implémenter un nouveau projet dans un milieu de soins, tel que souhaite le faire l'équipe de la MSP avec la «Food Therapy», n'est pas toujours simple : un élément clé pour qu'un tel projet soit un succès et s'inscrive dans la durée est l'adhésion des personnes auxquelles le projet est destiné. Il faut également pouvoir s'appuyer sur des preuves probantes venant de la littérature scientifique pour évaluer comment se déroule la mise en œuvre d'un nouveau projet afin d'éviter ou de dépasser ce qui peut la freiner.

Selon Powell et al. (2014), l'implémentation est définie comme « *un ensemble de méthodes visant à promouvoir l'adoption systématique des résultats de la recherche et d'autres pratiques fondées sur des données probantes pour améliorer la qualité (efficacité, fiabilité, sécurité, pertinence, équité, efficience) des soins de santé* ». C'est l'un des moyens pour combler des lacunes qui pourraient exister dans une offre de soins.

Il s'agit donc d'un processus d'intervention systématique qui permet d'intégrer et d'adopter des pratiques de soins innovantes.

L'implémentation va dépendre de cinq éléments (Powell et al., 2014) :

- Les caractéristiques des personnes concernées (en fonction de leur implication dans l'organisation, de leurs connaissances, ...)
- Les caractéristiques de l'intervention (sa capacité adaptative, les différents soutiens et avantages, sa complexité, ...)
- Les déterminants internes au service de soins (la communication, la culture, les patients, la structure de l'organisation, le réseau)
- Les déterminants externes (le contexte politique, les ressources et les besoins du patient, les pairs, les experts, les formations, l'incitation de l'implémentation, ...)
- Le processus d'implémentation en lui-même (sa planification, sa mise en œuvre, son maintien, son évaluation).

2.3.2 Processus d'implémentation

Comme vu ci-dessus, le processus d'implémentation est délicat. En effet, son succès va dépendre de multiples facteurs tant internes à l'organisation qu'externes à celle-ci. Il est donc essentiel de maîtriser ces facteurs et d'anticiper leur influence potentielle sur le processus d'implémentation lorsque l'on souhaite implémenter un nouveau projet. A titre d'information, l'Annexe 4 reprend un modèle conceptuel des facteurs globaux influençant le processus d'implémentation.

Dans la littérature, il existe de multiples façons de représenter le processus d'implémentation mais les mêmes logiques se dégagent en général. La Figure 2 reprend un processus d'implémentation qui se divise en 4 phases : tout d'abord la phase d'exploration, ensuite celle de la préparation, incluant la décision de l'adoption, suivies de l'implémentation en tant que telle et enfin de la phase de maintien du projet (Aarons et al., 2011).

Au sein de chaque phase, il existe des éléments liés à l'environnement extérieur et des éléments liés à l'environnement propre du service de soins. Chacun d'entre eux va influencer à sa manière le processus d'implémentation. Les flèches reprises sur cette Figure 2 traduisent par ailleurs une autre réalité : un processus d'implémentation est un processus itératif. En effet, la phase de maintien débouchera logiquement sur des propositions d'amélioration qui réenclencheront tout ou une partie du processus d'implémentation.

Les éléments de l'environnement interne englobent d'une part les caractéristiques de l'organisation au sens large et d'autre part les caractéristiques des individus qui la composent et qui seront amenés à prendre part au processus d'implémentation. On y fait donc notamment référence à la structure organisationnelle, à la culture, à la formation, aux valeurs, ...

Les éléments de l'environnement externe, quant à eux, englobent tout ce qui est extérieur à l'organisation mais qui ont malgré cela une influence sur celle-ci. Il s'agira par exemple des bailleurs de fonds, des relations inter-organisationnelles, du contexte politique, des fournisseurs, ... L'environnement externe comprend également les caractéristiques du public cible (soit les résidents dans le cas qui nous occupe).

Ensemble, les deux environnements reflètent la nature complexe du contexte socio-économique de la santé et des soins paramédicaux (Moullin et al., 2019).

Chacune des quatre phases du processus d'implémentation est décrite plus en détail dans les points suivants.

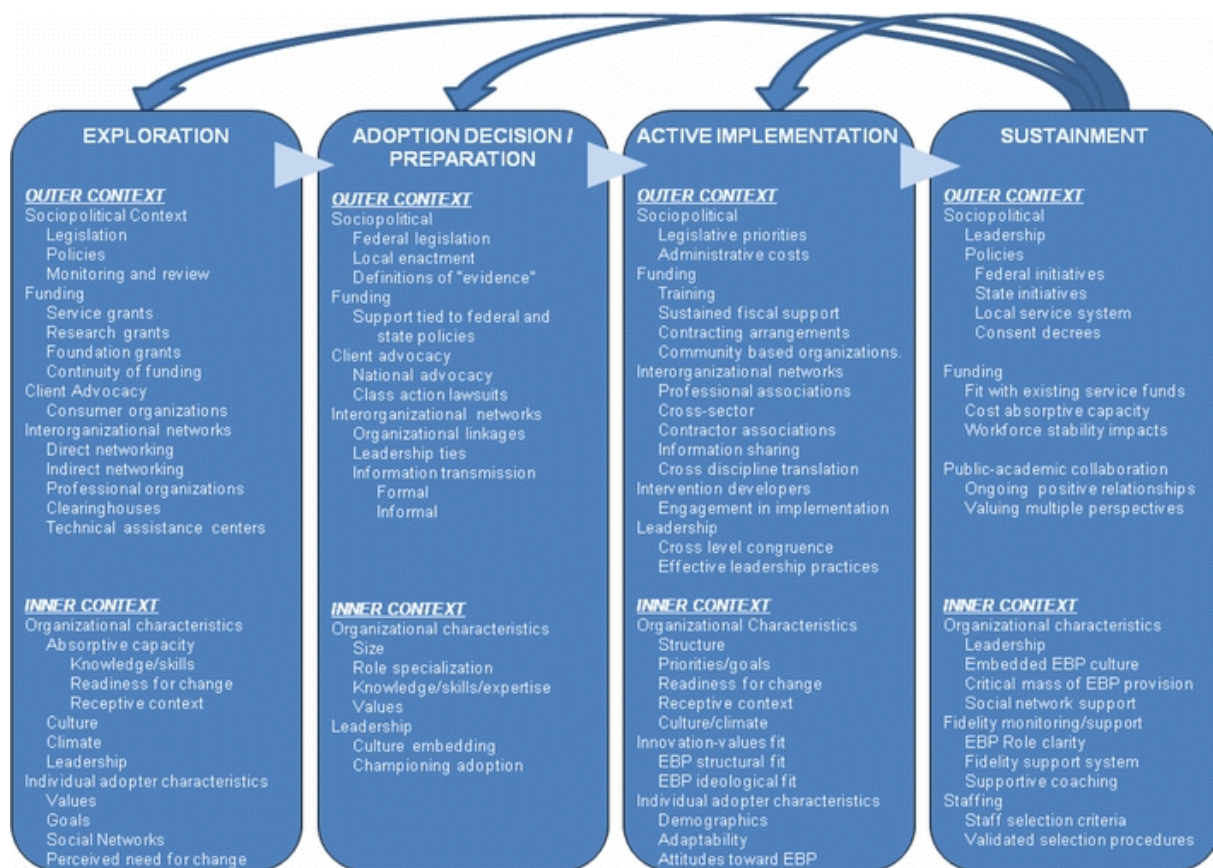


Figure 2 : Modèle conceptuel des phases de l'implémentation et des facteurs affectant l'implémentation dans le secteur des services publics. (Aarons et al., 2011)

2.3.2.1 Phase 1 – Exploration

La première phase, la phase d'exploration, consiste à prendre conscience soit d'un problème qui mérite une attention particulière, soit d'une meilleure approche pour relever un défi organisationnel.

Le succès de cette phase dépendra de multiples facteurs externes à l'organisation, parmi lesquels le soutien politique et financier pour mettre en place de nouvelles pratiques, les contacts entretenus avec d'autres organisations du secteur, la demande exprimée par le public cible, le temps nécessaire et le temps disponible, ...

Parmi les facteurs clés de succès internes à l'organisation, on pointera en particulier la culture de l'organisation, son aptitude à changer, les compétences disponibles en son sein, les croyances qu'elle entretient, sa structure organisationnelle, ... (Aarons et al., 2011).

Au cours de cette phase, les besoins des patients et des communautés vont être examinés par une organisation, un groupe de recherche ou d'autres structures afin de déterminer la meilleure

intervention en réponse à un besoin en termes de santé publique ou clinique (Moullin et al., 2019).

2.3.2.2 Phase 2 - Décision d'adoption/Phase de préparation

La phase d'adoption d'un nouveau projet, est souvent vue comme un événement réalisé à un moment précis. Pourtant, sur le terrain, on peut constater que de tels projets peuvent se réaliser en plusieurs fois. Lors de cette phase, l'un des éléments qui peut influencer la décision de l'adoption d'un projet est la concurrence avec d'autres organisations. Néanmoins, ces organisations peuvent également être de précieux alliés dans la conception, grâce à un partage d'expérience. Par exemple, le succès d'une organisation dans un projet particulier peut, s'il fait l'objet d'un partage d'expérience, susciter une volonté d'adoption par d'autres organisations.

Au niveau du contexte interne, les caractéristiques organisationnelles vont à nouveau jouer un rôle important comme par exemple, la taille de l'organisation, les valeurs qu'elle défend, les connaissances et expertises ainsi que la répartition des rôles. En plus de ces caractéristiques, le leadership va fortement influencer la décision d'adoption d'un projet. En effet, le projet devra non seulement s'appuyer sur des données probantes de la recherche scientifique mais également être porté par des membres influents de l'organisation pour que son adoption puisse être approuvée (Aarons et al., 2011).

Au cours de cette phase de préparation, il convient également d'évaluer précisément les obstacles et facilitateurs dans le but de préparer au mieux l'implémentation et viser le maintien de cette dernière (Moullin et al., 2019).

2.3.2.3 Phase 3 - Implémentation

Pour la phase d'implémentation, sans surprise, le financement sera un des éléments décisifs. L'implémentation d'un nouveau projet mobilise en effet des ressources pour assurer la formation du personnel, acquérir le matériel nécessaire et assurer l'implémentation en tant que tel. L'obtention de ressources adéquates facilite grandement la réalisation et la mise sur pied de nouveaux projets mais constitue également un coût supplémentaire pour l'organisation. Par ailleurs, l'organisation pourra également avoir recours à d'autres organisations pour faciliter l'implémentation en organisant les formations, en adaptant les processus internes, ...

Au niveau du contexte interne, on retrouvera à nouveau les caractéristiques de l'organisation, en particulier son aptitude à prioriser les activités, à faire des choix afin de dégager le temps requis à une bonne implémentation, son ouverture au changement, ses valeurs. Les caractéristiques individuelles des personnes qui adoptent le nouveau projet seront également

déterminantes (expérience, formation, valeurs, culture, flexibilité, ouverture d'esprit, ...) (Aarons et al., 2011).

2.3.2.4 Phase 4- de maintien

Une fois un projet implémenté, le principal défi résidera dans son maintien sur le long terme afin de ne pas en faire une initiative ponctuelle mais plutôt une nouvelle pratique s'inscrivant durablement au sein de l'organisation. S'il s'agit là d'une étape essentielle, il faut constater que la littérature ne traite que très peu du sujet.

Au niveau des facteurs externes, comme pour les autres phases, les éléments socio-politiques, le financement, le leadership, ... vont permettre de maintenir ou non une nouvelle pratique.

Au niveau des facteurs internes, on pointera en particulier les membres du personnel ayant pris part à l'implémentation. Tout d'abord, leur nombre sera déterminant. En effet, si une masse critique est atteinte, les chances seront plus importantes d'inscrire les nouvelles pratiques dans la durée. Si au contraire, l'implémentation n'a impliqué qu'un nombre restreint de collaborateurs, les chances sont minces de voir le projet se maintenir dans le temps. Ensuite, leur niveau d'adhésion au projet sera également important. Une équipe motivée et convaincue constitue un autre facteur clé de succès.

Dans la littérature, il est annoncé qu'un projet a plus facile à être maintenu quand il est basé sur des données probantes et qu'il existe un bon leadership. Des éléments à prendre en compte également sont la sélection des participants et l'engagement du personnel en fonction de ses aptitudes, connaissances et caractéristiques personnelles.

Enfin, il faut également pointer l'importance d'un suivi régulier des pratiques nouvellement mises en place afin d'identifier les besoins supplémentaires et/ou les améliorations éventuelles (Aarons et al., 2011). Ce point est traité plus en détail dans la prochaine section.

2.3.3 Évaluation de l'implémentation

Évaluer l'implémentation d'un projet nécessite d'identifier dans quelle phase d'implémentation le projet se trouve. Selon la phase, certains indicateurs seront plus appropriés que d'autres. Il existe huit indicateurs qui sont reliés aux différentes phases de l'implémentation. Voici les huit indicateurs :

- 1- **L'acceptabilité** : *«est la perception qu'ont les parties prenantes de la mise en œuvre qu'un traitement, un service, une pratique ou une innovation donnés sont agréables, palpables ou satisfaisants. L'acceptabilité doit être évaluée sur la base de la connaissance ou de l'expérience directe de la personne concernée avec diverses*

dimensions du traitement à mettre en œuvre, telles que son contenu, sa complexité ou le confort qu'il procure» (Proctor et al., 2011). Nous pouvons mesurer cet indicateur durant la première phase du processus d'implémentation, à savoir l'exploration.

- 2- L'**adoption** est mesurée au niveau de l'organisation ou bien au niveau du prestataire. Elle est définie *«comme l'intention, la décision initiale ou l'action d'essayer ou d'utiliser une innovation ou une pratique fondée sur des données probantes» (Proctor et al., 2011). Nous pouvons mesurer cet indicateur durant la phase de préparation.*
- 3- L'**adéquation** *«est la perception de l'adéquation, de la pertinence ou de la compatibilité de l'innovation ou de la pratique fondée sur des données probantes pour un cadre de pratique, un prestataire ou un consommateur donné, et/ou la perception de l'adéquation de l'innovation pour répondre à une question ou un problème particulier» (Proctor et al., 2011). Nous pouvons mesurer cet indicateur durant la phase d'exploration.*
- 4- Le **coût** est défini comme *«l'impact financier d'un effort de mise en œuvre» (Proctor et al., 2011). Ce coût va donc découler de la stratégie mise en œuvre, du lieu et de la structure et finalement du type d'intervention (Proctor et al., 2011). Nous pouvons mesurer cet indicateur durant la phase d'implémentation active et maintien afin, par exemple, d'effectuer une analyse coûts-bénéfices.*
- 5- La **faisabilité** *«est définie comme la mesure dans laquelle un nouveau traitement ou une innovation peut être utilisé ou mis en œuvre avec succès dans un organisme ou un cadre donné» (Proctor et al., 2011). Nous pouvons mesurer cet indicateur durant la phase de préparation de l'EPIS.*
- 6- La **fidélité** *«est définie comme le degré de mise en œuvre d'une intervention telle qu'elle était prescrite dans le protocole original ou telle qu'elle était prévue par les développeurs du programme. La littérature identifie cinq dimensions de la fidélité de la mise en œuvre : l'adhésion, la qualité de la prestation, la différenciation des composantes du programme, l'exposition à l'intervention et la réactivité ou l'implication des participant » Elle se mesure à travers des observations, des auto-évaluations ou des évaluations plus générales (Proctor et al., 2011). Nous pouvons mesurer cet indicateur durant la phase d'implémentation active.*
- 7- La **pénétration** *«est définie comme l'intégration d'une pratique dans un cadre de service et ses sous-systèmes» (Proctor et al., 2011). Nous pouvons mesurer cet indicateur durant la phase de maintien.*
- 8- La **durabilité** *«est définie comme la mesure dans laquelle un traitement nouvellement mis en œuvre est maintenu ou institutionnalisé dans le cadre des activités stables et*

permanentes d'un établissement de services» (Proctor et al., 2011). Les deux derniers indicateurs peuvent être liés : la durabilité peut être plus importante si la pénétration est plus élevée (Proctor et al., 2011). Nous pouvons mesurer cet indicateur durant la phase de maintien.

En tant que tel, le présent mémoire constitue une forme d'évaluation dans le sens où il vise à évaluer l'implémentation de la «Food Therapy» au sein d'une MSP.

2.4 Conclusion

Nous avons vu tout au long de ce chapitre les différents éléments qui ont mené à la question de recherche de ce mémoire. Les MSP sont des services de soins en santé mentale, dont la mission est de favoriser l'autonomie des patients avant un retour au domicile ou l'entrée en IHP. Cet objectif d'autonomie rejoint l'orientation actuelle des soins, qui se veulent axés sur la réhabilitation, en complément aux traitements médicamenteux. Ces traitements, en dépit des améliorations pharmacologiques récentes, ne sont pas sans effets secondaires. Parmi eux, on note des effets sur le poids, le diabète ou encore une incidence sur l'alimentation. L'éducation nutritionnelle a un rôle à jouer face à ces conséquences médicamenteuses, en faveur du bien-être alimentaire ainsi que dans le développement de l'indépendance et de l'autonomie des usagers des services de santé mentale. Nous nous penchons dans ce travail sur un projet d'éducation nutritionnelle, surnommé «Food Therapy», mis en œuvre au sein d'une MSP. Les résidents de ce service ont-ils adopté la «FT»? Cela soutient-il leur autonomie et leur indépendance? L'évaluation de l'adoption du projet par les résidents de la MSP et de ses effets perçus sur les patients est donc l'objet de ce mémoire, ce qui nous a mené à la question de recherche suivante : «Quel est l'impact de l'implémentation de la «Food Thérapie» sur les résidents d'une maison de soins psychiatriques?».

3 Méthode et matériel

3.1 Description du lieu de l'étude - Contexte

3.1.1 Présentation de la maison de soins psychiatriques

La MSP dans laquelle le mémoire est réalisé peut accueillir jusqu'à 62 résidents hommes et femmes, de 18 à 60 ans. Elle est divisée en deux parties. La première dite «Autonome» et la seconde dite «Résidentielle». Elle est composée d'une équipe multidisciplinaire : infirmiers, ergothérapeutes, kinésithérapeutes, assistants sociaux, psychologues, assistants psychologues, éducateurs (spécialisés), ... et un pair-aidant.

Chaque résident possède sa propre chambre individuelle avec ses sanitaires et partage des espaces communs tels que les salons, la salle à manger et les annexes où se situent la boulangerie, un espace famille et un espace polyvalent (détente, musique, billard).

La partie dite «Autonome» est composée de trois maisons pouvant accueillir chacune huit résidents. Chaque maison a sa propre cuisine, sa salle à manger et son salon. La partie dite «Résidentielle» peut accueillir 42 lits, dont deux lits sont dédiés à des Personnes à Mobilité Réduite (PMR).

Il s'agit d'une jeune structure qui a ouvert ses portes en juin 2020 à Bruxelles et fait partie d'un réseau de soins psychiatriques. Les responsables de cette MSP la décrivent comme étant : *«un lieu de soins résidentiel. Son objectif est d'accompagner les personnes « stabilisées » qui ne nécessitent plus d'un suivi à l'hôpital et qui souhaitent encore avoir un encadrement psychosocial leur permettant de développer ou d'acquérir une autonomie fonctionnelle, afin de mettre en place leurs projets de vie futurs»* (MSP de l'étude, 2020).

Une condition d'admission dans le service est l'adhésion et le respect de la prise du traitement, en vue d'éviter les rechutes et de favoriser l'autonomie ainsi que la réinsertion sociale du patient.

Pour atteindre les objectifs d'autonomisation du résident et sa réhabilitation, la MSP a mis en place différentes activités et projets.

Le projet thérapeutique de la MSP est centré sur trois axes (MSP de l'étude, 2020):

1- Constellation de travailleurs avec le référent

Une petite équipe de travailleurs ayant des compétences diverses et variées, nommée constellation, se forme autour d'un résident. L'un d'eux devient le principal référent d'un résident. Cette constellation accompagne le résident dans son quotidien, mais aussi le soutient

dans la réalisation de ses projets de vie actuels et futurs. Cela peut passer par la recherche d'un logement, d'un bénévolat ou d'une formation ou encore l'aide dans les actes du quotidien en tenant compte de ses forces et de ses difficultés. Cette constellation est constituée de 4-5 membres de l'équipe soignante tels qu'un infirmier, un assistant social et un ou plusieurs paramédicaux.

2- «Food Therapy» à la maison de soins psychiatriques

La direction de la MSP a voulu axer l'une de ses interventions autour de l'alimentation. L'une des raisons à l'origine de cette intervention est le constat de plaintes récurrentes lors des réunions communautaires à propos de l'alimentation (goût, apparence, texture, quantité, ...).

Elle a donc mis sur pied une **boulangerie artisanale**, au sein de laquelle chaque résident doit mettre la main à la pâte. La boulangerie est tenue par des membres de l'équipe multidisciplinaire. Les résidents de la MSP consomment uniquement le pain et les pâtisseries réalisés dans cet atelier.

La MSP possède également un grand **potager** avec diverses plantes, fruits et légumes. Il est principalement entretenu par deux membres de l'équipe multidisciplinaire qui ont suivi une formation en maraîchage. Les résidents doivent aider à la création des zones de culture, à la plantation, à l'entretien et à la récolte.

Des ateliers de **cuisine collective** sont réalisés une fois par semaine dans les maisons autonomes. Depuis juin 2022, une fois par mois, une personne extérieure vient réaliser des ateliers cuisines autour d'un aliment précis.

Il y a aussi chaque semaine un **atelier pizza** qui est réalisé avec des résidents.

Pour éviter au maximum le gaspillage, une ancienne résidente, avec l'aide de la MSP, a pris contact avec les **frigos solidaires** du quartier qui récoltent les surplus de repas de la MSP.

La MSP essaye ainsi de reproduire toutes les «étapes» de la chaîne alimentaire, de la graine à l'assiette, en passant par la plantation, la récolte des légumes et des fruits et la préparation des aliments lors d'ateliers cuisine.

La «Food Therapy» est le nom d'un concept que la direction de la MSP a choisi pour englober le tout et la définition qu'elle s'en fait se rapproche de celle de l'éducation nutritionnelle. Les bénéfices attendus de la FT sont similaires à ceux de l'art-thérapie.

Au-delà de l'alimentation, cette stratégie vise aussi la mise en forme ou son maintien, en proposant plusieurs activités sportives.

3- *La gestion du quotidien*

La MSP essaie de maintenir un rythme et un cadre journalier. Cela passe, par exemple, par un accompagnement des résidents dans la gestion de leur hygiène corporelle ou l'entretien des lieux de vie comme leur chambre et les communs. La MSP vise une bonne gestion du traitement. Elle accompagne dans la prise de rendez-vous médicaux ou autres.

Elle essaye aussi de permettre aux résidents de garder un lien avec leur entourage et le public extérieur à la MSP.

L'établissement permettant des longs séjours, ces trois axes seront travaillés dès l'arrivée du résident, et ce jusqu'à la fin de son séjour à la MSP.

3.1.2 Présentation du projet «Food Therapy»

Le projet initial de la MSP était de pouvoir accueillir les résidents pour une durée de deux ans. Au fur et à mesure que le projet s'est construit, l'équipe s'est rendu compte que la limite de temps de deux ans pouvait avoir des effets délétères sur les résidents et pouvait dès lors engendrer des nouvelles hospitalisations ou des départs précipités. Souvent, les résidents demandaient de pouvoir bénéficier de plus de temps pour être en mesure de concrétiser leur projet, cela pour des raisons diverses. Par exemple, le temps d'attente pour avoir une place dans une IHP peut être de plusieurs mois à un an. D'autres résidents souhaitaient reprendre des études ou une formation, ils désiraient continuer à bénéficier du cadre de la MSP pour les soutenir et les accompagner au mieux dans leur formation. Ces différents exemples illustrent la demande et un besoin de réaliser un plus long séjour au sein de la MSP, au-delà de 2 ans. Aujourd'hui, il n'y a officiellement plus de limite de temps, mais le séjour peut devenir long pour les résidents lorsqu'ils ne sont pas occupés. Cela peut alors engendrer de l'ennui et de la procrastination et précipiter les résidents dans un cercle vicieux. Pour éviter cet écueil, il est essentiel de mettre à profit ce temps pour découvrir et apprendre de nouvelles compétences ou habiletés. C'est entre autres pour ces raisons que la MSP a mis en place différents projets, tels que la «Food Therapy».

Le premier volet du projet «Food Therapy» (FT) mis en place est la boulangerie. L'adjoint a suivi une formation en boulangerie/pâtisserie et pour compléter son apprentissage, lors du lancement, des personnes ayant une expérience en boulangerie ont été engagées pour former le personnel soignant et les premiers résidents aux différentes techniques.

La direction a ensuite engagé des cuisiniers hors du milieu hospitalier pour permettre de cuisiner avec des aliments frais, proposer une cuisine variée et emplie de saveurs et surtout préparer les repas avec les résidents, le tout à la découverte de différentes cultures. Pour

bénéficier de légumes frais, il a fallu ensuite créer un potager, ce qui demande une certaine connaissance en la matière. Deux personnes ont ainsi été engagées pour réaliser ce travail. Ces deux personnes détiennent une double casquette. Tout d'abord, ils ont une formation paramédicale : l'un est assistant social et l'autre est psychologue. Mais ils ont également tous les deux suivi une formation de maraîchage. Pour mettre sur pieds ce potager, tous les résidents et les membres du personnel ont été mis à contribution. Cela consiste en la réalisation des semis, la construction du potager et la recherche du matériel, ... Une fois que le tout était mis en place, les ateliers de cuisine collective ont été lancés dans les maisons autonomes afin d'aider les résidents concernés à acquérir une certaine autonomie.

3.2 Type d'analyse

L'analyse qui a été menée pour répondre à la question de recherche repose sur une méthode d'analyse qualitative. En effet, étant donné que le sujet de la recherche, la «Food Therapy», n'est pas suffisamment compris ou mal défini, une méthodologie qualitative est adéquate pour nous aider à comprendre comment les résidents de la MSP perçoivent l'implémentation de la FT dans leurs murs. Cette méthodologie permet d'approfondir la compréhension d'un phénomène, mais elle ne permet pas de généraliser les résultats. Cependant, les informations obtenues grâce à cette étude peuvent contribuer à une meilleure connaissance de l'implémentation de la «Food Therapy» dans une MSP, qui bénéficiera, je l'espère non-seulement à la MSP de l'étude, mais également à d'autres MSP souhaitant s'engager dans un projet similaire.

3.3 Méthode de collectes de données

Après avoir défini la question de recherche et l'objectif de l'étude, une demande a été faite auprès de la responsable de la MSP de l'étude et, par la suite, auprès du comité d'éthique de la même institution pour obtenir l'autorisation de réaliser une enquête dans cette MSP. Plusieurs méthodes ont été utilisées.

Une *première méthode* consistait en une enquête avec une participation entièrement volontaire durant le mois de janvier 2023. Les résidents invités à participer à cette enquête avaient le droit de refuser d'y participer et ils avaient également le droit de se retirer de l'enquête à tout moment, sans en préciser la raison, même après avoir signé le formulaire de consentement.

Dans le but de recruter des participants à l'enquête, une information a été donnée lors des réunions communautaires des maisons autonomes et de l'unité résidentielle afin d'expliquer le projet.

Une communication a été également affichée aux valves accessibles à l'ensemble des résidents pour annoncer le projet et inviter les résidents à participer à l'enquête.

Toute personne qui manifestait un intérêt à participer à l'enquête recevait le consentement éclairé et le document concernant l'information aux résidents. Un temps était alors pris pour parcourir ces documents afin de s'assurer que leur contenu soit bien compris et pour répondre aux éventuelles questions. Un entretien individuel semi-dirigé a ensuite été réalisé. Lors des entretiens, un enregistrement audio a été effectué pour s'assurer qu'aucune information communiquée par les résidents n'était perdue. Les différents documents évoqués ci-dessus (description du projet, questionnaire, consentement éclairé,...) sont repris à l'Annexe 5.

La *deuxième méthode* consistait en une démarche exploratoire auprès des maisons autonomes durant les mois de mars et avril 2023. Lors des ateliers cuisine collective, un questionnaire était remis aux résidents de la maison pour qu'ils évaluent l'activité et partagent leur niveau de satisfaction par rapport à cette activité. Chaque questionnaire était anonyme pour leur permettre d'exprimer librement leur ressenti. Ce questionnaire est repris dans l'Annexe 6.

La *troisième méthode* consistait en une observation quotidienne du fonctionnement général de la MSP par rapport à ce projet FT, et ce, depuis son ouverture en 2020.

3.4 Stratégies d'échantillonnage des participants

3.4.1 Critères d'inclusion

Pour la première méthode de collecte de données (les entretiens volontaires), les personnes interrogées lors de l'enquête étaient exclusivement des résidents d'une MSP qui réalise le projet FT.

Il s'agit d'hommes et de femmes entre 18 et 60 ans, souffrant d'une maladie mentale considérée comme «stabilisée».

Les participants à l'enquête peuvent séjourner aussi bien du côté de la MSP dite autonome que du côté résidentiel.

La deuxième méthode de collecte de données inclut uniquement des résidents de cette même MSP, mais qui vivent dans les maisons dites autonomes. Les participants à cette deuxième méthode présentent les mêmes spécificités de sexe, d'âge et de maladies que ceux de la première méthode.

La troisième méthode ne vise pas des individus en particulier mais consiste plutôt en une observation de tous les résidents de la MSP ainsi que de son fonctionnement général.

3.4.2 Critères d'exclusion

Pour la première et la troisième méthode, les critères d'exclusion étaient implicites. Ces deux méthodes ne concernent que les résidents de la MSP et, par définition, pas les personnes extérieures à celle-ci.

Le résident devait être au minimum dans son mois d'essai. Les personnes qui venaient en journée d'essai au sein de la MSP n'étaient pas prises en compte dans cette étude compte tenu de leur expérience trop limitée par rapport au sujet de l'étude.

La deuxième méthode de collecte de données excluait quant à elle tous les résidents de la MSP qui ne séjournaient pas dans l'unité autonome.

Ces critères de choix d'inclusion et d'exclusion découlent assez logiquement du sujet de l'étude dans le sens où celle-ci se concentre sur les résidents d'une MSP bien particulière.

3.4.3 Modalité de contact

Comme annoncé dans la méthode de collecte des données, la prise de contact auprès des résidents s'est faite à travers les réunions communautaires et les activités de cuisine collective.

3.4.4 Type d'échantillon

L'échantillon de l'étude s'élève au nombre de 7 personnes, 3 femmes et 4 hommes.

2 personnes séjournaient du côté résidentiel et 5 personnes séjournaient du côté autonome.

Il s'agit de femmes et d'hommes âgés d'entre 24 et 50 ans présentant une maladie mentale considérée comme «stabilisée».

Compte-tenu de la méthode d'échantillonnage suivie, il s'agit d'un échantillon de convenance.

3.4.5 Méthode d'analyse

L'analyse des résultats a débuté fin mars, début avril. Les entretiens semi-dirigés ont été enregistrés et retranscrits dans leur intégralité à l'aide du programme 'happy scribe' en janvier et février. Cela a permis de réaliser une analyse des entretiens de manière déductive à l'aide d'une démarche descriptive.

Plusieurs lectures des entretiens ont été réalisées pour permettre de bien faire ressortir les éléments importants. Ensuite, les éléments importants extraits des 7 entretiens ainsi que des enquêtes menées dans les maisons autonomes ont été regroupés en catégories correspondant

aux questions de l'entretien afin de synthétiser les idées. Cette synthèse a permis de mettre en évidence les trois principaux thèmes de mon travail qui correspondent à: la présentation de l'échantillon de l'étude, la santé mentale en lien avec l'alimentation et l'implémentation du projet FT dans la MSP.

3.4.6 Considérations éthiques

L'accord du comité éthique pour réaliser l'étude dans la MSP a été donné en décembre 2022. En outre, avant chaque entretien, une demande de consentement éclairé a été demandée aux résidents qui exprimaient le souhait de participer à l'étude. Un document «informations aux résidents» (voir Annexe 5) reprenant les démarches et les explications de l'objectif de l'étude leur ont aussi été fournis. En plus de ce document, avant chaque entretien, une demande orale était formulée pour qu'ils puissent donner leur accord pour enregistrer les entretiens tout en précisant que leur contenu resterait anonyme et utilisé uniquement dans le cadre de l'étude. Pour assurer ce caractère anonyme, un code (voir Annexe 7) a été utilisé dans le présent travail lorsqu'un résident en particulier est cité. Un rappel oral était également fait quant au fait qu'ils pouvaient s'exprimer librement et sans crainte de jugement ainsi qu'ils pouvaient interrompre l'étude à tout moment.

Le consentement éclairé signé par les deux parties a été remis aux résidents de l'étude.

4 Résultats

Dans ce chapitre, sont présentés les résultats qui découlent des sept entretiens réalisés auprès des résidents de la MSP de l'étude et des évaluations dans les trois maisons autonomes lors des « ateliers de cuisine collective ».

Ce chapitre sera divisé en trois parties : La présentation de l'échantillon , la perception des résidents concernant l'alimentation et la santé mentale, puis finalement les résultats de l'implémentation du projet «Food Therapy» au sein de la MSP.

4.1 Présentation de l'échantillon de l'étude

Dans cette partie des résultats, les principales caractéristiques de l'échantillon de l'étude sont présentées, à savoir le nombre de participants, leur profil (sexe et âge) ainsi que leurs pathologies. La notion de long séjour est également abordée et finalement, les objectifs que les résidents de l'étude souhaitent atteindre en intégrant une MSP sont décrits.

4.1.1 L'échantillon de l'étude

L'échantillon de l'étude est composé de 7 participants, dont 3 femmes et 4 hommes, âgés entre 24 ans et 50 ans.

Parmi eux, 5 résidents séjournent dans l'unité dite «Autonome» et 2 sont dans l'unité dite «Résidentielle». Au sein du groupe cible, nous pouvons observer que les résidents présentent les troubles suivants:

- Le R1 souffre de troubles anxieux ;
- Le R2 souffre de bipolarité ;
- Le R3 souffre d'une psychose schizophrénique ;
- Le R4 souffre de dépression et de dépendance aux substances;
- Le R5 souffre d'épisodes dépressifs ;
- Le R6 souffre de troubles psychotiques ;
- Le R7 souffre de dépendances affectives.

Chaque résident a son histoire et son parcours de vie. Par conséquent, ils ont tous leurs propres projets et objectifs en venant à la MSP.

Dans le graphique repris à la Figure 3, nous pouvons constater le temps de séjour en mois des résidents interrogés dans le cadre de cette étude, au moment de la récolte des données.

Nous remarquons, que les résidents 1 et 3 sont depuis plus d'un an à la MSP tandis que les résidents 2, 4, 5, 6 et 7 sont là depuis moins d'un an. Lors des entretiens, aucun d'eux n'envisageait une fin de séjour d'ici peu.

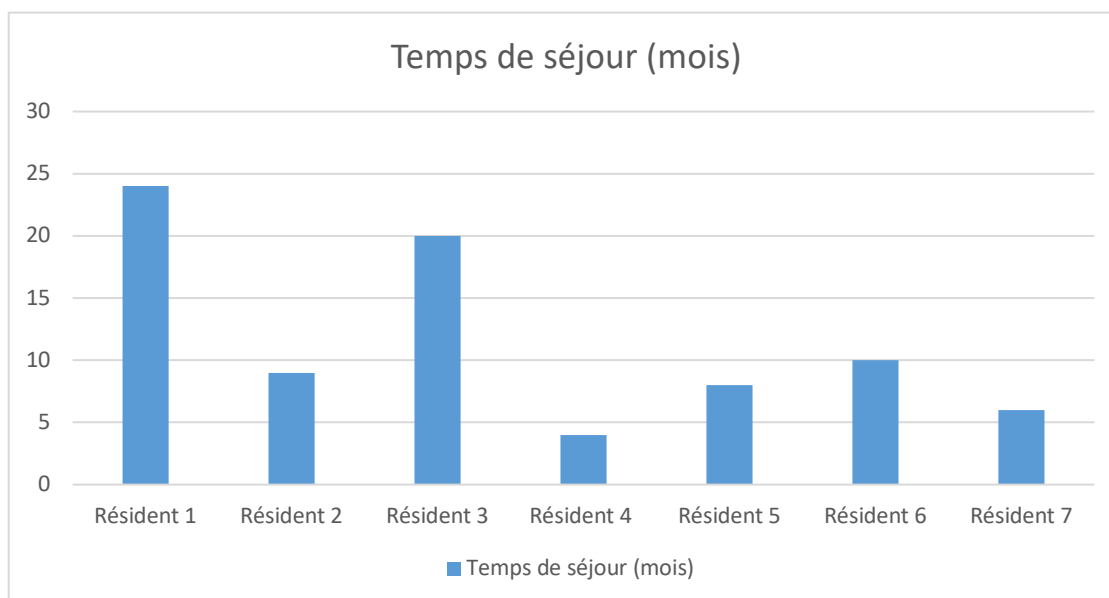


Figure 3: Temps de séjour au sein de la MSP des participants à l'étude

4.1.2 Présentation des objectifs des résidents en venant à la maison de soins psychiatriques

Dans cette partie, sont décrits les objectifs poursuivis par les résidents de l'étude. Comme dit précédemment, chaque résident a son propre projet, présent et/ou futur, lorsqu'il rejoint la MSP. Il est accompagné d'un référent pour essayer de le réaliser au mieux.

La majorité des résidents interrogés visent, en rejoignant la MSP, à développer une certaine autonomie dans les actes de la vie quotidienne. Par exemple, le R4 l'exprime comme suit: *«gérer moi-même mon budget mensuel, etc. Avoir un revenu du CPAS, devenir plus autonome. Je suis venu ici, car c'est un peu un tremplin pour l'autonomie et aussi pour me poser un peu»*. Il s'agit de réacquérir des «bases», réapprendre à vivre seul au quotidien, à s'auto-gérer pour permettre une réinsertion sociale. Les résidents considèrent avoir perdu des compétences à la suite de longs séjours d'hospitalisations, qui pour certains, se chiffrent en plusieurs dizaines d'années et ils souhaitent les réacquérir pendant leur séjour à la MSP. Pour le R1, il s'agit de : *«revenir à une vie plus autonome»*. Pour le R7, il s'agit également de : *«retrouver une vie autonome et reprendre mon chat quand ce sera l'occasion»*.

Mais ce n'est pas tout. Pour certains, c'est bénéficier d'un soutien des membres du personnel, bénéficier d'un cadre sécurisant, se reposer, pouvoir reprendre des études ou des activités, sortir

d'un hôpital psychiatrique. Enfin, pour le R6, c'est : *«pour que ça aille mieux avec ma pathologie, (...), essayer d'être le plus stable possible»*.

4.2 L'alimentation en santé mentale

Dans cette partie, sont reprises les perceptions des résidents quant à la place de l'alimentation dans leur vie. A quel point est-ce important pour eux ? Font-ils une différence entre «bien manger» et un «bon repas» ? Cuisinent-ils souvent dans les maisons autonomes ? Perçoivent-ils un lien entre la santé mentale et l'alimentation ? Existe-t-il selon eux une influence de l'alimentation sur la médication ou inversement ?

4.2.1 Quelle est la place de l'alimentation dans la vie du résident ?

Pour tous les résidents de l'étude, l'alimentation a une place importante, même primordiale dans leur vie de tous les jours, que ce soit parce qu'ils aiment manger, pour vivre tout simplement ou parce qu'ils ont certaines convictions. Par exemple, pour le R5, qui se déclare vegan, la place de l'alimentation dans sa vie est un mélange de ces trois raisons : *«[c'est] essentiel en tant qu'être vivant, animal. J'aime bien manger. En règle générale, c'est un truc que j'apprécie, je mange la bonne nourriture. C'est un des trucs que j'ai le plus gardé. Par exemple, quand j'étais en dépression, je perdais beaucoup de loisirs. J'arrivais souvent à quand même garder un peu l'envie de manger, le plaisir de manger, mais ça a aussi une grosse importance au niveau éthique. Je suis végan, du coup, je m'interdis les produits qui j'estime font du mal à des êtres qui ne devraient pas subir ça. Et aussi écologique, je mets pas mal de restrictions sur ce que je consomme»*.

Pour d'autres, l'alimentation varie en fonction de leur état de santé mentale comme l'illustre R4: *«[c'est] primordial, j'ai toujours adoré la bonne bouffe. Je suis quelqu'un d'assez gourmand. J'ai eu des phases comme ça où mon alimentation était complètement chaotique. J'ai eu des phases où je prenais beaucoup de poids, puis j'en perdais pas mal. Mais en général, je trouve que c'est quand même très important d'avoir une bonne alimentation, équilibrée, etc. C'est un peu un esprit sain dans un corps sain»*. Et pour finir, comme le dit le R7 : *«c'est quand même utile parce qu'on doit manger, se nourrir, s'habiller, se laver. C'est important. Sans alimentation, on ne vit pas»*.

4.2.2 Bien manger et un bon repas : La différence est-elle perçue par les résidents ?

Lors de la réalisation de mon questionnaire, j'ai voulu avoir l'avis des résidents sur ce qu'ils entendaient par «bien manger» et «manger un bon repas». En effet, selon moi, «bien manger» c'est avoir un repas équilibré, sain, bon pour la santé et à rythme régulier tandis que «manger un bon repas» fait plutôt référence au plaisir de la bonne nourriture. Au sein de la MSP, ce sont des termes qui sont souvent utilisés et c'est la raison pour laquelle cette question a été posée aux résidents de l'étude.

Nous pouvons constater dans le Tableau 1 que les résidents font peu de différence entre bien manger et manger un bon repas, lorsqu'il leur est demandé de définir ces expressions. Souvent, les mêmes adjectifs se retrouvent dans les deux colonnes. Par ailleurs, nous pouvons remarquer que les résidents ont fourni bien plus d'adjectifs pour le «bien manger» que pour le «bon repas». Ils semblent donc plus habitués à la notion de «bien manger».

Différentes notions en ressortent, comme la notion de nourriture saine, de variété, d'habitude, de satiété, d'aliments frais, de quantité, de plaisir procuré. Mais il y a aussi d'autres notions qui se détachent de la nourriture à proprement dit comme le temps, l'éthique, l'environnement, le fait de manger seul ou accompagné. Cela nous montre que pour les résidents, le bien manger a plusieurs dimensions et que ça ne se résume pas seulement à l'alimentation en elle-même.

Tableau 1 : Différences perçues par les résidents entre "bien manger" et "manger un bon repas"

Bien manger	Bon repas
Manger à sa faim, ne pas grignoter après les repas	Rassasié
Aliments frais	Frais
Présentation	
Prendre le temps	
Endroit calme	
Manger seul(e)	
Rituel	
Variété pour éviter les carences	
Harmonie avec les besoins du corps	
Équilibré : Manger des légumes, féculents => PAS GRAS	Légumes, féculents, viandes, protéines >> aliments gras
Manger en grande quantité, manger de manière gourmande	

Bon, goût	Goût, plaisir de manger
Nourrissant, quantité	
Éthique et écologique	
Répartition sur le journée	

4.2.3 A quelle fréquence les résidents cuisinent-ils à la maison de soins psychiatriques ?

En fonction de leur lieu de résidence (unité autonome ou unité résidentielle), la fréquence de la préparation des repas diffère. En effet, dans les maisons autonomes, des ateliers de cuisine collective sont proposés. De plus une cuisine est à leur disposition dans leur maison pour leur permettre de cuisiner quand ils le désirent. Du côté résidentiel par contre, il n'y pas d'atelier cuisine fixe et les résidents ne bénéficient pas d'un endroit où ils peuvent cuisiner eux-mêmes. Néanmoins, ils peuvent participer à la réalisation de pizza ou à différentes activités proposées dans la boulangerie. Il existe donc une différence dans les activités entre les maisons autonomes et les unités résidentielles.

Comme annoncé ci-dessus, chaque semaine, toutes les maisons autonomes ont une activité cuisine collective et une fois par mois une personne extérieure à la MSP vient cuisiner avec eux autour d'un aliment particulier.

Les maisons autonomes, ont une cuisine dans leur maison et certains d'entre eux en profitent comme le R6 : *«par exemple, je cuisine lundi, puis je vais cuisiner mercredi ou jeudi, puis le week-end, samedi ou dimanche»*. Mais la majorité des résidents de l'étude qui se trouvent en maison autonome, cuisine une fois par semaine lors de l'atelier cuisine collective et ne profite pas de leur cuisine en dehors de ce moment-là.

Les résidents en unités résidentielles participent plutôt aux activités comme l'atelier pizza ou la boulangerie, mais en dehors de ces activités, ils ne cuisinent pas. Les résidents des maisons autonomes doivent aussi participer à ces dernières activités.

Enfin, depuis le mois d'avril, la MSP demande aux résidents d'aider les cuisiniers à préparer les repas de midi en contribuant à des petites tâches comme éplucher, nettoyer et couper les pommes de terre ou les légumes.

En général, nous remarquons donc que la fréquentation de la cuisine est relativement faible.

4.2.4 Les médicaments influencent-ils l'alimentation ou inversement ?

La Dépakine, le Séroquel, le Remergon, le Leponex, l'Abilify, ... sont, en partie, les traitements suivis par les résidents de l'étude. Les résidents qui prennent l'un ou l'autre de ces traitements déclarent qu'ils ont une incidence sur le poids. En particulier, ces traitements semblent ouvrir l'appétit, ce qui amène à davantage de grignotages entre les repas. Seulement un résident qui suit un traitement pour dépendance annonce que celui-ci n'a pas d'effet secondaire de ce style, mais que c'est principalement sa pathologie qui entraîne un effet de yo-yo sur son poids. Aucun d'eux n'énonce une quelconque influence de l'alimentation sur certains traitements ou un traitement qui coupe l'appétit.

4.2.5 Existe-t-il un lien entre l'alimentation et la santé mentale ?

Selon les résidents de l'étude, l'alimentation a une influence sur le psychisme, le moral. R1 dit que *«bien manger ça fait du bien. Donc on se sent mieux en mangeant mieux»*. L'alimentation est souvent liée à l'humeur ou à un état d'esprit. Car *«l'esprit passe par le corps»*.

Quand on ne va pas bien, on a envie de manger certains aliments pour se reconforter et se sentir mieux et inversement, l'humeur peut aussi couper l'appétit. *«La perte ou prise de poids peuvent montrer comment on se sent»*. C'est important de bien manger, pour retrouver des bases et un rythme normal. Enfin, réaliser des activités qui consistent à préparer quelque chose pour les autres résidents permet de se sentir utile et c'est donc bénéfique pour le moral, comme le souligne le R5.

4.3 Le projet «Food Therapy»

La direction de la MSP a voulu axer l'une de ses interventions autour de l'alimentation. L'une des raisons à l'origine de cette intervention est la conviction que l'éducation nutritionnelle favorise l'autonomie et l'indépendance du patient, objectif majeur poursuivi par un tel service. Une autre raison est le constat de plaintes récurrentes lors des réunions communautaires à propos de l'alimentation (goût, apparence, texture, quantité, ...).

La «Food Therapy» est le nom d'un concept que la direction de la MSP a choisi pour englober plusieurs composantes et la définition qu'elle s'en fait se rapproche de celle de l'éducation nutritionnelle qui est reprise dans le cadre théorique. Les bénéfices attendus au travers de l'implémentation d'un tel projet sont similaires à ceux poursuivis par l'art-thérapie. Nous reviendrons sur cet aspect dans la discussion.

Au-delà de l'alimentation, cette stratégie vise aussi la mise en forme ou son maintien, en proposant plusieurs activités sportives.

Dès l'ouverture de la MSP, le projet FT a été très vite mis en place. Par exemple, par la création de la boulangerie qui est là depuis le début et qui prend de l'ampleur au fur et à mesure des années. Pour rappel, le projet s'articule autour de quelques ateliers comme : la boulangerie, le maraichage, l'atelier pizza, les cuisines collectives, ... (cf. section 3.1.1).

Les résidents ont vite été impliqués dans tous ces projets, mais connaissent-ils en fin de compte ce projet FT ? Participent-ils aux différentes activités proposées ? Le font-ils avec plaisir ou tout simplement par obligation ? Qu'en pensent-ils ? Se sentent-ils concernés ou même impliqués ? Comment définissent-ils la FT ? Tant de questions qui vont être développées dans cette partie.

4.3.1 Les résidents ont-ils connaissances du projet «Food Therapy» et de ses activités?

C'est unanime pour tous les résidents : aucun d'eux n'avaient connaissance de ce projet «Food Therapy» au moment de l'étude.

Plusieurs d'entre eux ont pris connaissance de ce projet lors de la présentation de la cette étude durant les réunions communautaires.

Certains résidents reconnaissaient que lors de la séance d'information de la MSP, des informations étaient données sur des activités tournant autour de l'alimentation comme la boulangerie ou le potager, mais ils n'avaient pas conscience que ces différentes initiatives s'inscrivaient dans un ensemble cohérent.

Tous les résidents de l'étude pouvaient citer une grande partie des activités proposées par la MSP qui tournaient autour de l'alimentation comme la boulangerie, le maraichage, les cuisines collectives, l'atelier pizza. Par ailleurs, un résident connaissait le projet du frigo solidaire.

La MSP a décidé de rendre obligatoire toutes les activités faisant partie du projet FT afin de permettre à chaque résident de découvrir de nouvelles techniques et afin d'offrir des outils pour plus tard. Par exemple, l'expérience en boulangerie ou en maraichage peut constituer un atout en soi dans le cadre d'une réinsertion psychosociale. Ces expériences permettent également aux résidents de mieux prendre conscience des différentes étapes entre le produit de base et l'assiette. Toutes ces activités demandent une certaine exigence et l'implication de la part des résidents et de l'équipe multidisciplinaire.

Toutes les activités sont donc reprises dans un tableau affiché dans la MSP dans lequel les noms des résidents sont repris. Chaque résident doit participer à tous les ateliers au moins une fois par mois.

Les avis des résidents étaient mitigés entre une participation obligatoire ou une participation sur base volontaire aux différentes activités proposées. En effet, certains résidents se sont rendus à des ateliers parce qu'ils étaient obligatoires, mais ont pu néanmoins y trouver du plaisir et de la satisfaction par la suite. Par exemple, la boulangerie exige une présence tôt dans la journée, car les différentes étapes de la préparation d'un pain prennent du temps. Cette exigence engendre quelques difficultés pour les résidents et en même temps certains mentionnent que cela peut mettre un certain rythme dans leur quotidien et les aider pour plus tard, lorsqu'ils auront des obligations à l'extérieur par rapport au respect des horaires lors d'une formation ou d'un bénévolat. Cela peut également être contraignant pour les résidents lorsqu'ils n'aiment pas l'atelier en lui-même ou ne se sentent pas à l'aise avec celui-ci. Par exemple, le R3 mentionne : *«fabriquer du pain, c'est difficile. Il faut carrément avoir la technique»*. La MSP demande à ce que le résident soit présent lors de l'atelier sans spécialement y participer, ne fût-ce que pour stimuler le côté social. Par exemple, certains résidents, comme le R7, aimeraient participer davantage à la boulangerie, simplement dans le but d'avoir plus de desserts. Mais ce résident n'apprécie pas spécialement cet atelier et n'a pas le courage d'y participer plus fréquemment que demandé. Ce résident se limite donc à participer aux ateliers qui lui sont obligatoires et fait l'impasse sur les autres.

Pour le maraichage, certains y retrouvent des souvenirs d'enfance, lorsqu'ils faisaient cela avec leurs parents. D'autres sont impressionnés et enthousiastes à l'idée que ce qu'ils plantent va se retrouver dans leur assiette. Par exemple, le R1 trouvait ça jouissif de se dire : *«cette plante va grandir et va donner des poivrons. C'est assez magique»*. Pour d'autres par contre, c'est plus difficile car ils n'aiment pas mettre leurs mains dans la terre ou parce que cela évoque chez eux des mauvais souvenirs.

Concernant la cuisine collective, c'est unanime, tous y participent parce que c'est obligatoire. Par exemple, le R1 mentionne : *«au départ, c'est toujours par obligation parce que j'ai du mal à me mettre en route (...) en général, si j'y vais, c'est par obligation»*. Mais comme décrit précédemment, les résidents peuvent néanmoins trouver du plaisir pour diverses raisons, comme le partage de ce moment avec les autres résidents, la découverte de nouvelles recettes,... Par exemple, le R3 cuisinait auparavant par plaisir pour les résidents de sa maison autonome. Ce résident appréciait surtout le côté social que comprend cette activité. Aujourd'hui, c'est davantage par obligation qu'il participe à cet atelier : *«parce que les gens à qui je faisais à manger sont partis»*.

En général, on remarque que le caractère social de l'activité, ainsi que la satisfaction personnelle qu'elle procure, sont souvent pointés par les résidents dans les aspects positifs. A titre

d'exemple, R5 mentionne : «*je trouve ça cool de faire des pâtisseries et de les manger le lendemain, de se dire 'c'est moi qui ai fait ça'*». Il s'agit d'un moment de partage de son savoir et de sa culture. La cuisine est vécue comme un moment social et convivial, «*car seul, c'est moins bien*».

La Figure 4 ci-dessous reprend le taux de participation aux différentes activités proposées et faisant partie du projet FT.

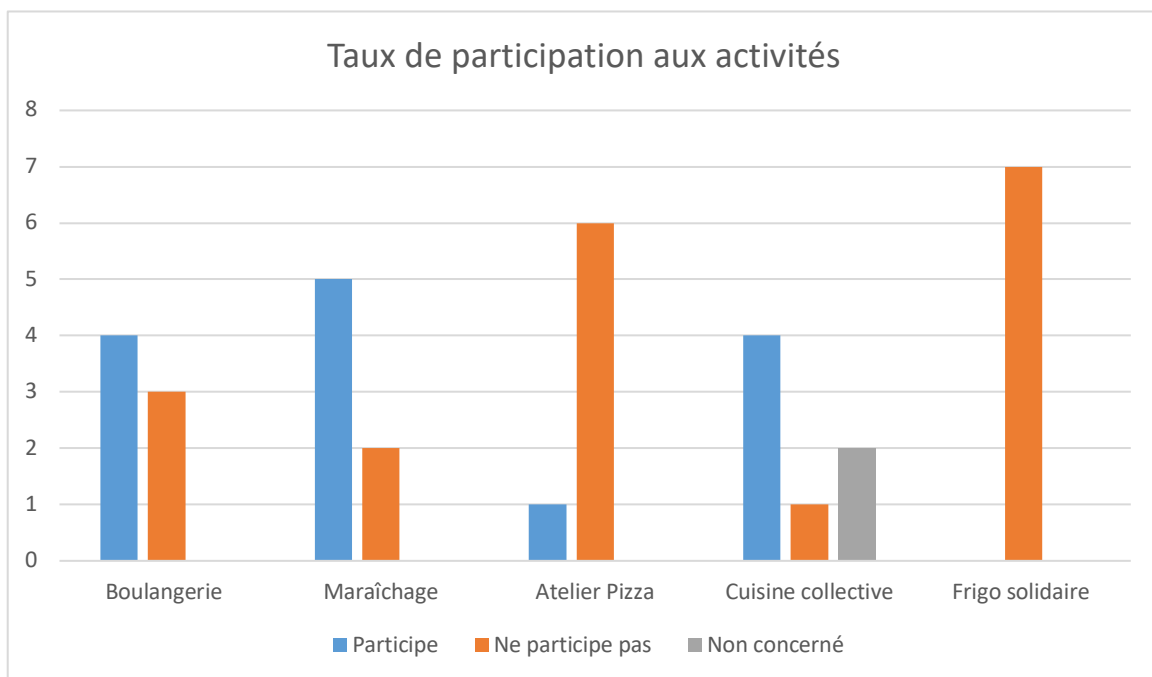


Figure 4 : Taux de participation aux activités

Ces résultats sont tirés des 7 entretiens réalisés lors de l'étude. Nous pouvons remarquer dans ce tableau que :

- En boulangerie, 4 personnes participent sur les 7 résidents interrogés, malgré l'obligation d'y participer.
- En maraîchage, on observe un plus grand taux de participation : 5 des 7 résidents interrogés y participent.
- Pour l'atelier pizza, seul un résident interrogé y participe.
- La cuisine collective ne concerne que les maisons autonomes et cette activité est aussi obligatoire. Parmi les résidents de l'étude, 5 personnes sont concernées et la majorité d'entre elles y participent.

- Pour le frigo solidaire, personne n'y participe. Cette activité est visiblement totalement méconnue des résidents ayant pris part à l'étude.

En résumé, malgré l'obligation de participer aux différentes activités, nous pouvons remarquer que le taux de participation est loin d'être maximal. Néanmoins, on observe qu'une majorité de résidents participe aux activités, selon leurs propres dires. En réalité, sur le terrain, nous remarquons qu'il existe une différence entre les dires des résidents et la participation effective de ceux-ci aux activités dites obligatoires.

4.3.2 Quelles sont les attentes de la part des résidents face au projet «Food Therapy» ?

Les attentes des résidents sont variables. Deux résidents sur les sept n'avaient pas d'attentes particulières face à ce projet. Pour les autres résidents il s'agissait de mieux manger, pouvoir prendre du plaisir, viser une certaine autonomie, avoir plus de légumes au repas du soir, ...

Globalement, compte-tenu de la méconnaissance du projet à la base, les résidents n'avaient pas forcément d'attentes particulières avant d'y prendre part.

4.3.3 Quelles sont pour eux les points positifs et négatifs de ce projet «Food Therapy» ?

Lors des entretiens, il en ressort plus de points positifs que de points négatifs pour ce projet «Food Therapy» :

- Proposer des ateliers cuisine dans les maisons autonomes dans une cuisine « non-industrielle » permet de se sentir comme à la maison. La cuisine collective peut aider à développer l'autonomie.
- La possibilité de tracer les aliments, de la plantation jusqu'à l'assiette, en passant par la récolte et la préparation, est également pointée parmi les aspects positifs du projet.
- Les différentes activités proposées procurent aux résidents une forme de fierté, ils se sentent utiles pour les autres résidents. Les résidents mentionnent l'impact positif de cette démarche sur leur moral. Il s'agit pour eux de moments de partage et de qualité. Il y a d'une part un côté éducatif (pouvoir apprendre de nouvelles choses, apprendre par soi-même, découvrir une alimentation saine, ...) et d'autre part, un côté occupationnel.
- Ce projet a également une incidence positive sur la qualité de l'alimentation. Il n'y a aucun doute pour les résidents : l'alimentation est meilleure qu'à l'hôpital. Le R1 trouve cela positif pour le psychisme, car il se dit : *«il est midi, on va manger ! mais on sait que l'on va bien manger. Donc ça fait plaisir»*.

Ces différents aspects positifs sont réellement vécus comme tels par les résidents puisque ceux-ci partagent souvent ce qu'ils font ou mangent avec leurs amis ou familles, qui sont alors agréablement surpris de ce qu'il se passe à la MSP.

Mais il y a aussi des points négatifs dans un projet qui tourne autour de l'alimentation :

- Certains trouvent qu'il y a trop de pâtisseries ou de sucres avec la boulangerie. C'est parfois difficile pour eux de dire «non, je ne prends pas».
- Les horaires de la boulangerie leur demandent beaucoup d'efforts. Il en va de même pour l'activité maraichage, certains n'aimant tout simplement pas toucher à la terre.
- Le projet peut également exacerber des différences de régimes alimentaires entre les résidents. Par exemple, l'un des résidents interrogés est végétarien et ce n'est pas toujours facile pour lui de constituer un repas équilibré.
- Pour certains résidents, les cuisines des maisons autonomes sont trop petites et il manque donc d'espace et de matériel.
- Pour d'autres, les ateliers engendrent trop de stimuli et ce n'est pas toujours facile à suivre.

Les pistes d'amélioration pointées par les résidents sont diverses et en lien avec les aspects négatifs repris ci-dessus :

- Réduire la quantité de gâteaux, viennoiseries et autres sucreries et desserts afin de réduire les tentations. De manière générale, éviter une profusion de nourriture.
- Rendre les activités facultatives car toutes ne sont pas forcément adaptées à tous les résidents.
- Éviter qu'une certaine routine ne s'installe, liée à la répétition des mêmes menus semaines après semaines.
- Porter encore davantage d'attention à l'hygiène des mains lors des activités culinaires.

4.3.4 Se sentent-ils concernés et impliqués dans ce projet «Food Therapy» ?

Les sept participants à l'étude se sentent concernés par le projet «Food Therapy». Tout d'abord, car ils vivent au sein de la MSP et par conséquent, ils sont directement concernés par le projet. Mais ils se sentent également concernés parce qu'ils mangent ce que la MSP propose. Par la force des choses, le projet FT fait partie intégrante de leur quotidien. Deux résidents sur les sept font le lien aussi avec leur pathologie ou leur poids.

Par ailleurs, les résidents interrogés se considèrent également comme impliqués, mais plus selon eux à travers l'activité en elle-même et le temps qu'ils dégagent pour celle-ci dans leur planning personnel. Certaines propositions de l'équipe font en sorte qu'ils se sentent également

impliqués davantage en amont dans le projet FT, notamment au travers des boîtes à idées qui rencontrent un certain succès.

4.3.5 Que peuvent-ils en tirer de ce projet dans leur futur ?

Ce projet «Food Therapy» amène à une mise en mouvement, une stimulation au travers des différentes activités proposées et de leurs exigences (notamment en termes d'horaires) : *«se lever tôt pour aller à la boulangerie aide à se mettre en mouvement «plus facilement» lors de projet à l'extérieur (tout comme la prise médoc à 8h)»*. La répétition hebdomadaire et la régularité des activités sont également pointées comme structurantes par les résidents : *«Remise dans le bain avec les ateliers chaque semaine»* .

Les résidents pointent également des perspectives futures très concrètes offertes par ces activités, grâce à l'acquisition de nouvelles connaissances et compétences et la maîtrise de nouveaux outils.

Enfin, les résidents estiment également que ces activités peuvent impacter positivement et durablement leur quotidien, notamment par le recours à une alimentation plus saine.

4.3.6 Pourquoi continuer d'implémenter/maintenir le projet «Food Therapy» selon eux ?

L'idée d'implémenter un tel projet à la MSP selon les résidents de l'étude est tout d'abord d'avoir une alimentation saine et équilibrée car *«bien manger, ça fait du bien, on se sent mieux»*. Il est pour eux important de poursuivre cette initiative afin de continuer à bien se nourrir et mieux maîtriser la chaîne alimentaire. Il s'agit aussi pour eux de les accompagner vers une certaine autonomie et de leur permettre de reproduire ce qu'ils ont appris à travers les différentes activités. Enfin, il s'agit également de poursuivre cette dynamique positive sur leur moral, au travers de la fierté, de la reconnaissance et des interactions positives entre résidents que ce projet suscite. Tout cela contribuerait selon eux à retrouver un certain équilibre dans leur vie.

4.3.7 Quelle est leur niveau de satisfaction face à ce projet «Food Therapy» ?

De manière générale, les résidents de l'étude sont satisfaits de ce projet et de ce qui est proposé à la MSP.

Les résidents ont été amenés à donner une cote entre 1 et 10 pour signifier leur niveau de satisfaction face à ce projet FT, 1 signifiant «pas du tout satisfait» et 10 signifiant «pleinement satisfait».

En moyenne, la satisfaction s'élève à 8,68.

La Figure 5 ci-dessous reprend le niveau de satisfaction des différents résidents de l'étude.

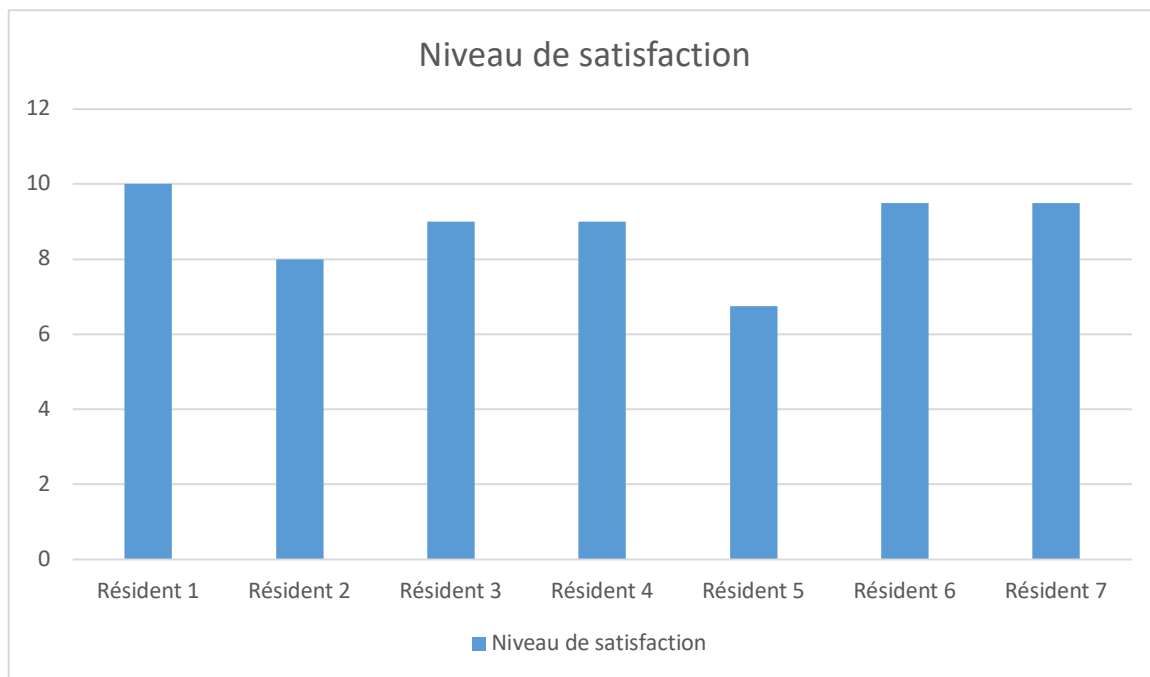


Figure 5 : Niveau de satisfaction des résidents de l'étude par rapport au projet «Food Therapy»

4.3.7.1 Évaluation des maisons autonomes face à l'activité cuisine collective

Une évaluation plus spécifique a été réalisée dans les trois maisons autonomes pour l'activité cuisine collective. Comme précédemment, cette évaluation s'attarde sur les éléments suivants : participation, satisfaction, points positifs et négatifs, points d'amélioration et enfin les enseignements à en tirer.

Les résultats de cette évaluation sont repris ci-dessous sous forme de tableau.

Tableau 2 : Évaluation des maisons autonomes face à l'activité cuisine collective

	Maison 1	Maison 4	Maison 5
Composition	7 résidents (7 hommes).	8 résidents (5 femmes et 3 hommes).	8 résidents (2 femmes et 6 hommes).
Taux de participation	L'un d'eux a très peu participé à l'atelier, car il avait une activité à l'extérieur en semaine. 6/7	Il n'y a qu'une résidente qui ne participait pas à l'atelier, car elle était à l'extérieur au même moment. 7/8	La participation à cet atelier dans cette maison est plus compliquée. Il y a tout d'abord une activité sport qui est proposée le même jour que l'atelier. Deux résidents privilégient surtout cette activité. Ensuite, deux résidents ont un peu plus de difficultés avec les contacts sociaux ou l'hygiène et esquivent l'atelier. Il ne reste donc plus que 4 personnes qui participent à l'atelier de manière plus régulière. 4/8
Satisfaction²	<p>Nombre de votes</p>	<p>Nombre de votes</p>	<p>Nombre de votes</p>
Points positifs	<ul style="list-style-type: none"> • Bonne répartition du travail et des tâches ; • Recette à lire ; 	<ul style="list-style-type: none"> • Très actif ; • Le travail en équipe, bonne répartition des tâches ; 	<ul style="list-style-type: none"> • Apprendre à cuisiner ; • Bonne entente ; • Cohésion ;

² La satisfaction des résidents en maison autonome est le résultat de votes effectués à l'issue de différents ateliers de cuisine collective. Concrètement, après chaque atelier dans chacune des 3 maisons, l'ensemble des participants étaient amenés à émettre un vote entre 0 et 5 sur l'activité à laquelle ils venaient de participer (0 pour « pas du tout satisfait » et 5 pour « complètement satisfait »). Les graphes reprennent pour chaque maison la somme des votes recueillis à l'issue de 4 ateliers.

	<ul style="list-style-type: none"> • Bonne ambiance ; • Très très bon ; • Les différentes recettes semaines après semaines ; • Bien manger ; • Très sympas ; • Chouette de faire une activité avec toute la maison ; • Propre ; • Toujours occupé ; • Convivialité ; • Entente entre personnel et résidents ; • Manger et cuisiner ensemble ; • Apprentissage ; • Tout le monde s'y met. 	<ul style="list-style-type: none"> • Toujours une bonne organisation des tâches ; • Recette rapide, réalisation de béchamel ; • Sent bon et est appétissant ; • Propreté en cuisine et bonne organisation, chacun a une tâche à faire ; • Préparation facile et rapide ; • Cuisine propre ; • Facile à réaliser ; • Entraide ; • Plus en plus de cuisine en collectivité. 	<ul style="list-style-type: none"> • Apprentissage de la cuisine ; • Calme, convivial ; • Bonnes instructions ; • Ambiance ; • Produits frais ; • Solidarité, entraide, partage.
Points négatifs	<ul style="list-style-type: none"> • Trop de gens dans la petite cuisine ; • Certaines recettes ne plaisent pas ; • Réaliser la cuisine sans recette en main. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ingrédients ; • Manque de matériel. 	<ul style="list-style-type: none"> • Parfois manque d'hygiène ; • Cuisiner soi-même ; • Recette ; • Rarement tout le monde est là ; • Manque de matériel.
A améliorer	<ul style="list-style-type: none"> • Le choix des plats. 	<ul style="list-style-type: none"> • Vitesse ; • Essayer avec d'autres ingrédients. 	<ul style="list-style-type: none"> • Obliger tout le monde à se laver les mains avant de commencer.
Que retiennent-ils ?	<ul style="list-style-type: none"> • Fonctionne mieux quand on met un cadre ; • Chouette activité ; • Comment faire un bouillon, l'ordre des légumes à cuire ; 	<ul style="list-style-type: none"> • Aimable tablée ; • Faire de la cuisine en bonne ambiance ; • Résultat délicieux ; • Bonne équipe, entraide ; 	<ul style="list-style-type: none"> • Moment de partage quand on mange ensemble ; • J'apprends ; • Chouette expérience ; • Être tous ensemble.

	<ul style="list-style-type: none"> • Esprit d'équipe ; • On apprend, pouvoir réutiliser la recette chez soi ; • Très amusant ; • Les ingrédients ; • Progression de semaines en semaines ; • Recettes ; • Les ateliers se passent de mieux en mieux/ Plus habile en cuisine, plus rapide ; • Esprit d'équipe. 	<ul style="list-style-type: none"> • Convivial et participation active ; • L'utilisation de recettes ; • Chouette de préparer ensemble ; • Manière d'agencer les ingrédients dans la préparation d'un repas ; • Participation de tout le monde. 	
Conclusion	<p>En Conclusion, nous pouvons dire que les résidents de cette maison sont satisfaits de ces ateliers cuisine collective. Il y a plus de points positifs que de négatifs. De manière générale, il semble ressortir que c'est surtout un moment convivial qu'ils partagent ensemble. Ce moment convivial, peut aussi devenir un obstacle lorsqu'il y a trop de monde dans la cuisine. Ce qu'ils aiment aussi, c'est le résultat, le goût du repas. Il est également intéressant de pointer que cette maison voit une progression positive au fil des semaines : meilleure ambiance, meilleure organisation, ...</p>	<p>En conclusion, nous pouvons voir que les résidents de cette maison sont satisfaits de cet atelier. Il en ressort également plus de points positifs que de points négatifs. Parmi les points positifs, cette maison pointe la convivialité et la cuisine facile et rapide ; Cette maison déplore par contre un manque du matériel et des repas qui ne sont pas toujours à leur goût. Ce qu'ils vont retenir de cet atelier n'est pas tant les recettes proposées, ni la technique, mais plutôt les moments de partage.</p>	<p>En conclusion, les résidents sont satisfaits de cet atelier malgré le manque de personnes qui y participent. Les points positifs et négatifs sont ici plus équilibrés. Cette maison retient surtout le caractère convivial de cette activité.</p>

Nous pouvons donc remarquer de manière générale que les trois maisons sont satisfaites de l'atelier cuisine collective. Les résidents retiennent principalement le partage d'un moment convivial ainsi que l'apprentissage de quelques techniques de cuisine, mais pas particulièrement les recettes. Pour cet atelier, il y a beaucoup de points positifs et moins de points négatifs déclarés par les résidents de toutes les maisons, ce qui démontre qu'il est globalement fort apprécié.

4.3.8 Quelle définition de la «Food Therapy» se font les résidents ?

Le concept FT n'existe pas dans la littérature, la MSP tire principalement sa définition dans le concept de l'éducation nutritionnelle, tout en recherchant les bienfaits de l'art thérapie. Pour les résidents de l'étude, ils définissent la FT comme une initiative visant à mieux manger, manger plus sainement ou tout simplement aimer manger. C'est une forme de thérapie à travers la nourriture sous différentes facettes (production, préparation, consommation,...), génératrice de bien-être et de satisfaction, structurante et riche d'apprentissages. Au travers de cette thérapie, l'on réapprend à prendre soin de soi et des autres en travaillant sur un besoin primaire, ce qui aide grandement sur le plan psychiatrique. En effet, les résidents définissent la FT comme : une initiative visant à *«produire de la nourriture, cuisiner, essayer de se sentir mieux dans sa peau ou dans sa tête à travers des activités culinaires»*, une *«thérapie par l'alimentation, différents projets mis en place pour se nourrir plus sainement et apporter du bonheur»*.

4.3.9 Ce projet a-t-il eu une influence sur le choix de venir dans cette maison de soins psychiatriques ?

Deux résidents sur sept ont signalé qu'ils avaient connaissance de ce projet FT avant d'intégrer la MSP et que cela a positivement influencé leur choix. Pour les cinq autres résidents en revanche, le projet FT n'a nullement joué dans la balance. Il s'agissait davantage de considérations géographiques (être sur Bruxelles ou se rapprocher de la famille). Néanmoins, ce projet FT découvert plus tardivement suscitait au départ plutôt de la crainte face aux exigences de la boulangerie ou du potager.

5 Discussion

L'objectif de ce mémoire est de répondre à la question de recherche suivante : «Quel est l'impact de l'implémentation d'un projet «Food Therapy» (FT) sur les résidents d'une maison de soins psychiatriques ?». Pour ce faire, 7 entretiens ont été réalisés auprès de résidents d'une MSP bruxelloise.

Les résultats obtenus pendant ce travail abordent à la fois la pertinence du projet FT au sein de la MSP, ainsi que l'implémentation du projet en tant que telle, du point de vue de l'équipe de soins et des résidents. Avant de discuter en détail de ces deux points, nous pouvons répondre à la question de recherche en disant, qu'actuellement l'impact de la FT sur les résidents de la MSP est globalement positif, mais les résidents n'ont pas encore pleinement conscience des raisons de cette implémentation et de ses bienfaits.

5.1 Pertinence du projet

Comme vu dans le cadre théorique de ce travail, la mission légale d'une MSP est de servir de tremplin entre l'hospitalisation en psychiatrie et le retour à domicile ou même un autre projet comme les IHP (cf. section 2.1.1). Les résultats de l'étude montrent que les résidents interrogés ont bien compris la mission d'un tel service.

L'un des objectifs du passage dans une MSP pour les résidents de l'étude est souvent la recherche d'*autonomisation* et *l'acquisition d'une certaine indépendance* dans les actes de la vie quotidienne. A travers leur séjour, les résidents cherchent aussi un cadre, une stabilisation et de la sécurité. L'équipe de la MSP de l'étude s'est donc posée la question de la meilleure manière d'accompagner ces personnes en demande d'une réhabilitation et réinsertion psychosociale. L'une des manières d'y parvenir était d'implémenter le projet FT, car l'alimentation a différentes vertus, dont celle de pouvoir influencer positivement sur la santé mentale, de contribuer au bien-être alimentaire, tel que décrit dans la revue de la littérature (voir section 2.2.4), mais aussi d'amener à une certaine autonomie et indépendance en (ré)apprenant des gestes de la vie quotidienne comme la cuisine ou le simple fait de tenir un engagement en cas d'inscription à une activité. Ce projet peut aussi favoriser des contacts sociaux entre les résidents et avec l'équipe soignante.

De plus, le projet FT offre une réponse pertinente aux problématiques liées aux longs séjours. Lorsque les patients rentrent en psychiatrie, cela signifie souvent une hospitalisation de plusieurs mois, voire années, et le passage dans une MSP vise une désinstitutionnalisation. La désinstitutionnalisation permet d'acquérir une certaine stabilité et donc une amélioration des symptômes psychiatriques et un meilleur fonctionnement social ce qui peut apporter un sentiment de sécurité (Kunitoh, 2013). Néanmoins, comme nous pouvons le voir dans les résultats de l'étude, un séjour en MSP peut, lui aussi, dépasser les deux ans. Ces longues périodes peuvent aussi engendrer de l'ennui et de la procrastination si l'on n'y prête pas attention. Il est donc crucial de mettre sur pied des projets qui stimulent les résidents, tels que par exemple la FT, des projets qui leur apportent aussi des balises pour plus tard afin de soutenir le processus d'autonomisation.

Les bénéfices attendus de la FT par les intervenants professionnels de la MSP sont en réalité similaires aux bienfaits qui découlent de l'art thérapie, sujet bien mieux couvert par la littérature scientifique. L'art thérapie présente *«des avantages pour la santé mentale, le bien-être physique, la participation communautaire et la réduction de la stigmatisation sociétale. Elle peut également contribuer à l'expression personnelle et au renforcement de la confiance en soi, ce qui, à son tour, est source d'autonomisation et d'espoir»* (Stickley et al., 2018). L'art thérapie peut aussi avoir un impact positif dans la communication et la relation entre un professionnel et un patient. Par ailleurs, elle est non seulement bénéfique pour les patients, mais certains auteurs, comme Jensen & Bonde (2018), pensent aussi qu'elle permet aux professionnels de s'épanouir, de diminuer le stress, d'améliorer leur humeur et de diminuer l'épuisement professionnel, ...

Les recherches scientifiques autour des bienfaits de l'alimentation sur la santé mentale ne sont pas encore nombreuses, mais les résultats obtenus avec les résidents de l'étude tendent à confirmer les quelques informations disponibles. Les résidents de l'étude ont affirmé que l'alimentation avait une influence sur leur psychisme. Selon eux, *«bien manger permet de se sentir bien»* et inversement, leur alimentation variait selon leur humeur et leur état d'esprit. L'alimentation pouvait avoir un côté réconfortant lorsqu'ils étaient moins bien ou à l'inverse, l'appétit pouvait être coupé. Cet élément est par ailleurs facilement observable au travers d'une perte ou d'une prise de poids de la personne. Une étude de 2017, assure qu'une intervention nutritionnelle sur les personnes présentant une psychose peut influencer leur poids, car ils ont tendance à grignoter facilement et à ne pas ressentir la satiété et donc à manger excessivement

(Teasdale et al., 2017). Pour les résidents, l'alimentation est importante et même primordiale, que ce soit par pur plaisir, par conviction ou tout simplement par besoin vital. Cela donne aussi une base et un rythme dans leur quotidien. Lors des entretiens, l'une de mes attentes était d'observer si les résidents faisaient une différence entre 'bien manger' (en d'autres termes, consommer un repas équilibré) et un 'bon repas' (en d'autres termes, un repas que l'on apprécie manger). Dans les adjectifs donnés par les résidents pour l'un comme pour l'autre terme, nous pouvions retrouver beaucoup de similitudes, ce qui signifie qu'ils ne font pas ou très peu de différences entre les deux termes. Ils relient la notion de «bien manger» à la fois à un repas équilibré et un repas qu'ils apprécient manger. Par ailleurs, le bien manger a plusieurs dimensions et ça ne se résume pas seulement à l'alimentation en elle-même. (cf. section 4.2.2). Mais au-delà de mes attentes, nous pouvons remarquer que le terme 'bien manger' apparaît aussi régulièrement dans le discours des résidents tout au long de l'enquête.

Au point de vue du bien-être alimentaire, nous avons vu dans la littérature, qu'il était influencé par 5 domaines. Au travers du projet FT, nous pouvons voir que la MSP vise à travailler avec ces différents domaines, comme par exemple la *socialisation alimentaire* qui met l'accent sur l'importance des repas familiaux. En effet, la MSP met un point d'honneur à créer un lieu convivial et chaleureux dans le réfectoire pour partager les moments de repas tous ensemble et favorise également la convivialité au travers des différentes activités proposées.

Sur le plan de la *littérature alimentaire*, la MSP tâche d'appréhender l'alimentation sous des angles variés. Les diverses techniques enseignées dans la boulangerie, le potager et les cuisines collectives couvrent en effet un large spectre de l'alimentation, de la production des aliments de base à la consommation de repas, en passant par la récolte, la préparation ou encore la conservation. Ce faisant, les résidents peuvent mieux maîtriser l'ensemble de la chaîne alimentaire et sont à même de redonner du sens à leur alimentation. Les résidents peuvent développer également toute une série d'automatismes qui leur permettent de reprendre le contrôle sur leur alimentation : élaboration d'un menu, respect d'une recette, définition des quantités, répartition des tâches, ... Il s'agit là de connaissances procédurales qui leur sont bien utiles dans le cadre d'une autonomisation.

La MSP assure également aux résidents une *disponibilité des aliments* avec la boulangerie, le potager et, plus récemment, un poulailler. Plus important encore, le maraîchage conscientise les résidents par rapport à la saisonnalité de différents aliments et la nécessité d'adapter les menus en fonction de celle-ci.

Enfin, la MSP est évidemment influencée par *le marketing et la politique alimentaire* de manière générale (Block et al., 2011). En effet, la MSP est par exemple tenue de respecter une série d'exigences sur le plan de l'hygiène ou de la conservation des aliments. On remarque néanmoins que les résidents semblent peu influencés par le marketing alimentaire. Ceux-ci semblent en effet plus sensibilisés à une alimentation équilibrée et saine. L'étude ne permet néanmoins pas de démontrer si cette influence minime du marketing alimentaire est liée à une exposition limitée à un tel marketing, à un véritable choix de la part des résidents de ne pas y céder ou à un accès limité, voire impossible (par exemple des finances qui ne le permettent pas).

L'alimentation, au-delà d'avoir une influence sur la santé mentale en elle-même, a aussi une influence sur la médication et inversement comme repris dans la littérature (cf. section 2.2.2). Les résidents interrogés, tout comme la littérature, identifient «la Dépakine, le Séroquel, le Remergon, le Leponex, l'Abilify» comme des médicaments qui ont une influence sur l'appétit. Ils provoquent tous une sensation de fringale, ce qui engendre chez les résidents une prise de poids conséquente. Par exemple pour la Clozapine (Leponex), les patients sont à risque de prendre de 0,9 à 9,5 kg et pour la Quétiapine (Séroquel), de 2,3 à 6,1kg. Ce risque est surtout élevé au cours des 12 premières semaines de la prise de ce type de traitement (Teasdale et al., 2017). Par contre, aucun résident n'identifie une quelconque influence de leur alimentation sur certains traitements. Or, des études ont démontré que l'alimentation a bel et bien une influence sur les médicaments. Par exemple, le pamplemousse modifie l'action de certains médicaments, dont les Benzodiazépines (Ameer & Weintraub, 1997) et la caféine inhibe la clairance de la Clozapine.

L'alimentation constitue un besoin primaire et est présente de manière récurrente dans le discours et les plaintes des résidents, entre autres, lors de chaque réunion communautaire de la MSP de l'étude. La littérature indique que les personnes atteintes de maladie mentale présentent de 40 à 60% des signes d'obésité. Ceci s'explique par un manque d'activités physiques et une passivité plus récurrente, ainsi que par un régime alimentaire ne respectant pas les différents apports nécessaires, notamment les fruits et légumes, et trop riche en graisses (Pearsall et al., 2016).

On remarque donc que le projet «Food Therapy» mis en place au sein de la MSP de l'étude est pertinent à plus d'un titre :

- Il vise un public davantage sujet à une alimentation déséquilibrée.
- Il vise un public davantage sujet à des problèmes de poids, que ce soit à cause d'un traitement ou d'un manque d'activité physique, ou les deux.
- Il travaille sur des actes de la vie quotidienne et favorise ainsi une autonomisation.
- Il poursuit des objectifs similaires à ceux poursuivis au travers de l'art-thérapie en favorisant notamment l'estime de soi et la communication entre les professionnels et les résidents.
- Il participe à la désinstitutionnalisation en stimulant les résidents.
- Il joue sur les différentes facettes du bien-être alimentaire et a une incidence positive sur le psychisme des résidents.

Cette pertinence est par ailleurs validée par les résidents interrogés.

5.2 Implémentation de la FT

Pour évaluer l'implémentation à la MSP, les indicateurs repris dans la littérature (voir section 2.3.3) sont utilisés. Selon le cadre théorique EPIS (Aarons et al., 2011), le processus d'implémentation se trouve actuellement dans sa troisième phase. Il nous faut constater que les deux premières phases ont eu lieu de manière relativement implicite. En effet, il n'y a pas eu de phase d'exploration auprès des résidents de la MSP. Il n'y a par exemple pas eu d'enquête particulière menée auprès des résidents avant de lancer ce projet. Certes, il y a bien eu, par la suite, des plaintes exprimées par les résidents au sujet de l'alimentation lors des réunions communautaires mais celles-ci n'ont fait qu'appuyer une ambition déjà bien présente d'implémenter un projet FT au sein de cette nouvelle MSP. Dès le départ, il y a donc eu une volonté de la part des responsables de la MSP de proposer un projet inédit qui n'existait pas encore dans le paysage des MSP. On en déduit que la volonté d'adoption, phase précédant l'implémentation, a été notamment motivée par des déterminants externes et en particulier une volonté de se démarquer par rapport à l'offre existante. Une autre motivation était liée à la crise de la COVID et la mise à l'arrêt de nombreuses activités extérieures à la MSP. Il s'agissait donc de mettre en place une activité stimulante, au sein de la structure. De plus, l'idée était d'adopter le projet de manière progressive afin d'augmenter les chances de succès. C'est ainsi que dans un premier temps, la boulangerie a fait son apparition et de là, s'est construit au fur et à mesure

le projet FT. Cette implémentation progressive se fonde également sur une évaluation aux différentes étapes, avec les résidents, avant d'envisager la mise en route d'une nouvelle étape. La présente étude permet précisément d'évaluer l'implémentation de la Food Therapy au sein de cette MSP, d'en identifier les forces et les faiblesses ainsi que les pistes d'amélioration, que ce soit pour les phases ultérieures au sein de cette MSP ou pour l'implémentation d'un projet similaire dans une autre MSP.

La MSP de l'étude se trouve donc actuellement dans la phase 3, qui est la phase d'implémentation active. Ci-dessous, les indicateurs (Proctor et al., 2011) les plus pertinents pour évaluer l'implémentation du projet FT sous l'angle des résidents sont repris, avec pour chacun d'entre eux une analyse succincte effectuée à la lumière des résultats de l'étude. Des indicateurs qui ne sont, à priori pas directement en lien avec la phase d'implémentation active, sont également utilisés. Cette approche se justifie ici pour les raisons évoquées plus tôt, à savoir que les premières phases (phase d'exploration et décision d'adoption) n'ont pas été formellement réalisées. Il s'agit donc ici également d'évaluer des paramètres qui, dans un processus d'implémentation normal, sont plutôt analysés avant la phase d'implémentation active.

L'acceptabilité

Au travers des résultats, l'*acceptabilité* n'est pas directement mesurable puisqu'aucun résident n'avaient conscience, au moment de l'étude, de la dimension du projet et de la visée thérapeutique de la «Food Therapy» au sein de la MSP. Néanmoins, on peut déceler dans les résultats un a priori en général positif par rapport à ce qui tourne autour de l'alimentation ou même une volonté d'y travailler (cfr les remarques collectées dans la boîte à idées). De plus, les réponses données par les résidents démontrent qu'ils ont bien conscience, et expérimentent même, des influences mutuelles entre l'alimentation et la santé mentale ou la médication. On remarque néanmoins que l'acceptabilité n'est pas encore à son maximum au sein des résidents, en témoignent les points négatifs relevés par certains : des barrières à l'adoption d'apparence difficilement surmontables (exemple : les horaires de la boulangerie) ou encore un risque de tentations supplémentaires.

L'adoption

On distingue ici l'*adoption* du projet FT par les professionnels de l'*adoption* de ce même projet par les résidents. L'*adoption* par les professionnels est clairement visible, en témoigne les

nombreuses activités organisées progressivement, les formations suivies et l'énergie globalement déployée par l'équipe pour mettre en place ce projet. De plus, l'implémentation du projet, menée de front avec la création de la MSP, témoigne d'une envie résolue de mener à bien le projet. Comme vu précédemment, cette décision d'adopter la «Food Therapy» n'a pu se baser sur des données probantes disponibles dans la littérature scientifique. Par contre, la MSP a pu fonder sa décision d'adoption sur des données probantes relatives à des initiatives similaires, notamment l'«art-thérapie».

L'*adoption* par les résidents se fait quant à elle plus progressivement et n'est pas encore totalement acquise, en témoignent les taux modérés de participation aux différentes activités et ce, malgré les obligations mises en place. L'échantillon est relativement réduit par rapport au nombre de résidents à la MSP, mais la pratique sur le terrain confirme ce faible taux de participation. Comme mentionné plus tôt, les résidents pointent comme principale barrière à l'*adoption* l'exigence qui est attendue de leur part dans certains ateliers (la boulangerie ou le maraichage) au point de vue de la technique ou du temps à consacrer à l'activité.

L'adéquation

La notion d'*adéquation* est directement liée à celle de pertinence. Cette notion a été traitée en profondeur dans la première partie de la discussion. Il est bon de rappeler ici que les résidents eux-mêmes valident la pertinence des activités proposées, pas uniquement pour le bien-être qu'elles procurent sur le moment mais également pour les bienfaits qu'elles apportent sur le plus long terme, en vue d'une réinsertion psychosociale progressive. Lors des entretiens, je leur ai demandé ce qu'ils allaient retirer de ces différentes activités. Pour eux, il s'agit principalement d'une structure dans la journée, une remise en mouvement, l'acquisition d'une certaine autonomie, l'apprentissage de nouvelles techniques, maintenir une alimentation saine et variée, retrouver un équilibre de vie ... Malgré le fait que la MSP ne semble pas stimuler ces réflexions, il est intéressant de remarquer que des liens sont faits spontanément par les résidents entre les activités proposées et leurs projets futurs, ce qui démontre l'*adéquation* de la démarche avec les défis des patients.

Le coût

L'un des éléments décisifs dans la phase d'implémentation est le financement. La MSP est en perpétuelle recherche de financement, car comme nous l'avons vu dans la littérature, elle dépend de la COCOM. Pour financer une grosse partie de ses projets, elle répond donc aux

appels à projet que propose la COCOM, la COCOF ou d'autres organismes. Elle organise aussi différents événements, lors desquels elle vend ce qu'elle produit. Toutes ces démarches lui permettent d'acquérir du matériel, d'aménager des espaces et de former le personnel soignant dans certains domaines en lien direct avec le concept de «Food Therapy». C'est ainsi que, par exemple, comme nous l'avons vu dans la méthodologie, la MSP a pu former l'un de ses adjoints en boulangerie (cf. section 3.1.2). Grâce à ces financements, la MSP a pu également engager du personnel qualifié, notamment en cuisine et en maraîchage.

La fidélité

Le projet FT ne répond pas à un protocole bien établi, il est en constante évolution et il n'est donc pas directement possible d'en vérifier la fidélité. Néanmoins, si la qualité de la prestation a atteint le niveau escompté par la MSP (personnel qualifié, infrastructures disponibles, variété des activités proposées,...), l'adhésion des résidents n'est pas encore suffisante. Il faut très souvent les stimuler, motiver, encourager, rappeler le « cadre » pour qu'ils participent aux activités.

La pénétration

Comme mentionné par plusieurs résidents, l'alimentation fait partie des bases et structure leurs journées. En implémentant un projet FT, l'on s'assure donc d'une *pénétration* presque automatique de la nouvelle pratique au sein de la MSP tant ce projet touche à l'un des aspects essentiels du quotidien des patients. En cela réside d'ailleurs l'un des avantages de la démarche. Cette *pénétration* est accrue pour les résidents en maisons autonomes grâce à la disponibilité d'une cuisine dans chacune de ces maisons.

La durabilité

Malgré le caractère récent du projet FT, on retrouve dans les résultats de l'étude plusieurs indices permettant une évaluation de la durabilité. Tout d'abord, la multiplication de l'offre d'activités faisant partie du projet FT indique que ce projet s'inscrit dans la durée. La première activité mise en place est la boulangerie et il s'agit également de l'activité la plus développée au sein de la MSP. On remarque d'ailleurs dans les résultats que cette activité est souvent évoquée par les résidents, ce qui en fait une activité emblématique du projet FT. Par contre, la durabilité de l'implication des résidents dans ce projet n'est pas garantie à ce stade. Beaucoup de résidents se rendent aux activités par obligation et rares sont ceux qui s'y rendent par véritable intérêt. De plus, en dehors des ateliers, les résidents en maison autonome, excepté l'un

ou l'autre, ne profitent pas de l'infrastructure qui leur est proposée. Cela démontre que la nouvelle dynamique initiée par le projet FT n'a pas encore influencé durablement le quotidien des résidents.

Pour résumer cette évaluation, nous pouvons dire que l'implémentation de la FT au sein de la MSP a un potentiel considérable mais que des efforts importants restent à mener pour exploiter pleinement ce potentiel. Les professionnels sont dévoués, les infrastructures sont adaptées, les activités sont pertinentes et les résidents sont conscients des bénéfices. Que pourrait donc expliquer le faible taux de participation des résidents et ce, malgré l'obligation mise en place ? Une étude apporte des éléments de réponses et semble appuyer le ressenti des résidents. Elle décrit que les personnes avec une maladie mentale peuvent ressentir des «symptômes négatifs». C'est-à-dire, une difficulté à ressentir du plaisir, une démotivation, un repli sur soi, un manque d'intérêt, ...(Teasdale et al., 2017). Cela est également mentionné dans une autre étude comme un enjeu important : «*les niveaux plus faibles de motivation observés au sein de cette population*» (faisant référence aux personnes souffrant de schizophrénie) «*doivent être considérés*» (Pearsall et al., 2016).

Ces éléments peuvent clairement expliquer la difficulté des résidents à participer aux différentes activités. Il serait intéressant de travailler davantage sur cette motivation, d'autant qu'une fois la barrière de l'adoption franchie, les résidents sont relativement positifs par rapport aux activités proposées. En effet, les résidents relèvent l'impact positif de ces activités sur l'estime de soi et la santé mentale, leur caractère convivial et les moments de partage qu'elles permettent ou encore le développement d'une certaine autonomie et indépendance qu'elles génèrent. Tous ces bénéfices peuvent, à leur tour, mettre le résident dans un état d'esprit plus réceptif aux activités, et ainsi de suite. On imagine alors aisément l'émergence d'un cercle vertueux dans lequel l'obligation pourrait ne plus être nécessaire.

Afin d'exploiter tout le potentiel du projet FT dans l'intérêt des résidents, nous pouvons formuler les recommandations suivantes :

- Nous pouvons tout d'abord proposer une collaboration avec une diététicienne en vue de contribuer au rétablissement de la santé mentale. L'intervention d'une diététicienne serait justifiée, car comme nous l'avons vu durant le travail, certains effets secondaires de médicaments engendrent une prise de poids. Celle-ci permettrait une prise de conscience et une gestion de ce poids par et avec les résidents. Mais la diététicienne,

tout comme l'équipe soignante, doit également être consciente que la consommation de nourriture peut également être affectée par des symptômes dit positifs. En effet, des délires ou des hallucinations (par exemple, des voix indiquant que la nourriture est empoisonnée) peuvent impacter l'alimentation (Teasdale et al., 2017).

Dans la population générale, il est préconisé de prodiguer des conseils diététiques pour améliorer la consommation de fruits et légumes et diminuer les graisses, ce qui permet d'améliorer les apports alimentaires. Pour les personnes atteintes de maladies mentales, les études sont encore trop limitées, mais par exemple, les conseils diététiques permettent une diminution du poids chez les personnes prenant de la Clozapine (Pearsall et al., 2016).

Quoiqu'il en soit, la collaboration entre l'équipe soignante et la diététicienne est ici essentielle afin de prendre en compte la réalité des résidents, qui est bien différente de celle de la population générale.

- Une seconde proposition serait de maintenir, tel que c'est déjà le cas, une activité physique régulière. En effet, on observe bien souvent une sédentarité accrue et un faible niveau de motivation auprès des personnes souffrant de troubles mentaux (Teasdale et al., 2017) et il convient donc de les stimuler.
- Troisièmement, suite au constat que l'alimentation peut aussi avoir une influence sur les médicaments et inversement, il serait utile de davantage sensibiliser les résidents et l'équipe soignante à ce sujet. En faisant le point régulièrement sur ces interactions, les problèmes seraient mieux anticipés et les résidents seraient mieux préparés à leur retour à domicile, en étant à même d'adapter leurs menus à leur traitement.
- Quatrièmement, une présentation du projet FT auprès des résidents devrait être faite, en expliquant les raisons de son implémentation et les bienfaits attendus. En effet, on a pu remarquer un manque de formalisme à cet égard puisque les patients n'étaient pas conscients de cette dimension du projet. La «Food Therapy» n'est pas une somme d'activités visant à occuper les résidents, elle s'inscrit dans une visée thérapeutique. Malgré ce manque de formalisme, on remarque que les résidents commencent déjà à faire toute une série de liens tout à fait pertinents. Une remise à plat des objectifs poursuivis et un moment de partage entre résidents ne pourraient donc qu'être bénéfiques. De plus, on pourrait favoriser de façon systématique (par exemple à l'issue des ateliers ou à des moments réguliers) des moments de réflexion (personnelle et/ou en groupe) pour décrire les acquis obtenus au travers des différents ateliers et leur utilité à court terme et à plus long terme.

- Enfin, il serait également utile de rendre les résidents davantage acteurs des différents ateliers. Par exemple, il conviendrait de les impliquer dans l'élaboration des menus, la constitution de la liste des courses et l'achat des produits. Cela peut améliorer leurs habitudes de vies quotidiennes et viser un mode de vie sain (Teasdale et al., 2017).

5.3 Limites de l'étude

Ce mémoire présente les limites suivantes :

- Premièrement, l'étude se concentre uniquement sur une MSP bien particulière (en termes de localisation, de public cible, de structure organisationnelle,...) qui vient d'implémenter le concept FT. Chaque MSP développe ses propres projets, a ses valeurs et sa propre culture organisationnelle. Les résultats obtenus ne sont donc pas directement transférables à une autre MSP, bien que la transférabilité des résultats ne soit pas un objectif d'une enquête par méthode qualitative.
- Deuxièmement, l'étude a été menée sur un laps de temps restreint s'écoulant de janvier à avril 2023. L'étude de l'implémentation pourrait être évaluée sur un laps de temps plus long, ainsi que de manière répétée, afin d'aboutir à des résultats plus détaillés et plus complets.
- Troisièmement, l'échantillon des résidents interrogés est un échantillon de convenance, dépendant de la volonté de participation des résidents. L'échantillon ne peut donc pas être considéré comme représentatif de l'ensemble des résidents de cette MSP.
- Quatrièmement, le caractère inédit du concept de « Food Therapy » rend celui-ci relativement absent de la littérature existante. Ce concept n'a donc pu être approché que sous l'angle d'autres concepts mieux établis, ce qui peut constituer une limite supplémentaire.
- Enfin, le fait que l'auteur de la recherche travaille sur le lieu de l'étude peut représenter une limite quant à l'influence potentielle sur les réponses apportées par les résidents ou encore quant à l'interprétation de ces données. Cette position particulière peut également être une force dans le sens où elle permet d'observer au quotidien le fonctionnement de la MSP et la mise en place de ce projet FT.

6 Conclusion

« Quel est l'impact de l'implémentation de la «Food Therapy» sur les résidents d'une maison de soins psychiatriques ? » Y a-t-il bel et bien un impact sur les résidents ? Cet impact est-il potentiel ou d'ores et déjà bien réel ? Comment l'exploiter encore davantage ? Que peuvent nous enseigner d'autres études portant sur des initiatives similaires ?

Au travers de ce mémoire, des réponses ont pu être apportées à ces questions, ou plutôt des éléments de réponses. D'ores et déjà, nous avons pu remarquer une adéquation entre les missions d'une MSP d'une part et les bénéfices que peuvent apporter un projet «Food Therapy» d'autre part. En effet, la MSP vise notamment une autonomie et une indépendance des résidents dans les activités de la vie quotidienne. Or, le projet «Food Therapy», tel que défini et vécu par les résidents, porte directement sur une activité de la vie quotidienne et non des moindres : celle de manger. Cette activité, d'apparence toute simple, comporte de multiples facettes permettant de travailler sur des sujets essentiels pour les résidents en MSP que sont l'autonomie, l'indépendance, l'estime de soi, la stimulation mentale et physique, la santé mentale, la sociabilisation ou encore le rythme de vie. Au travers des résultats, nous avons pu remarquer que cette adéquation était, au moins partiellement, identifiée par les résidents eux-mêmes ce qui est en soi un motif de satisfaction.

Les résidents retirent beaucoup de positif des activités proposées dans le cadre de la «Food Therapy», mais l'ensemble du potentiel n'est pas encore exploité. Pour y parvenir, un certain nombre de recommandations ont été formulées dans ce mémoire. On pointera en particulier un besoin de formaliser les choses : communiquer davantage sur le projet FT et les objectifs poursuivis, et ainsi, stimuler les réflexions personnelles et en groupe, pour projeter les résidents dans leur futur.

Malgré un sentiment global plutôt positif par rapport aux activités proposées, nous avons également pu remarquer un faible taux de participation de la part des résidents interrogés. Un certain nombre de barrières ont été évoquées parmi lesquelles une appréhension relative à l'effort demandé et un manque de motivation.

Ce manque de motivation est fréquemment pointé dans d'autres études portant sur un public similaire et il serait donc intéressant d'explorer cette thématique plus en détail. En effet, en comprenant mieux les raisons du manque de motivation, souvent observés parmi les personnes souffrant de troubles mentaux, nous comprendrons aussi comment les stimuler plus efficacement qu'au travers d'une obligation (pour ne citer que cet exemple), et ainsi rentrer dans un cercle vertueux : participation aux activités proposées, meilleure estime de soi, bien-

être, motivation, participation, etc. Par ailleurs, ce mémoire s'étant focalisé principalement sur la perspective du résident, il serait également intéressant d'analyser la perspective des professionnels.

7 Bibliographie

- Aarons, G. A., Hurlburt, M., & Horwitz, S. M. (2011). Advancing a Conceptual Model of Evidence-Based Practice Implementation in Public Service Sectors. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 38(1), 4-23. <https://doi.org/10.1007/s10488-010-0327-7>
- Adan, R. A. H., Van Der Beek, E. M., Buitelaar, J. K., Cryan, J. F., Hebebrand, J., Higgs, S., Schellekens, H., & Dickson, S. L. (2019). Nutritional psychiatry : Towards improving mental health by what you eat. *European Neuropsychopharmacology*, 29(12), 1321-1332. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2019.10.011>
- Ameer, B., & Weintraub, R. A. (1997). Drug Interactions with Grapefruit Juice: *Clinical Pharmacokinetics*, 33(2), 103-121. <https://doi.org/10.2165/00003088-199733020-00003>
- Block, L. G., Grier, S. A., Childers, T. L., Davis, B., Ebert, J. E. J., Kumanyika, S., Laczniak, R. N., Machin, J. E., Motley, C. M., Peracchio, L., Pettigrew, S., Scott, M., & Bieshaar, M. N. G. G. (2011). From Nutrients to Nurturance : A Conceptual Introduction to Food Well-Being. *Journal of Public Policy & Marketing*, 30(1), 5-13. <https://doi.org/10.1509/jppm.30.1.5>
- Brookie, K. L., Best, G. I., & Conner, T. S. (2018). Intake of Raw Fruits and Vegetables Is Associated With Better Mental Health Than Intake of Processed Fruits and Vegetables. *Frontiers in Psychology*, 9, 487. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00487>
- Brusano.brussels. (2022). *Focus04F_sante_mentale1L.pdf*. https://www.brusano.brussels/wp-content/uploads/2023/04/Focus04F_sante_mentale1L.pdf
- Bruxelles-est.be. (2022). *Guide-bruxellois-de-la-réforme-Psy-107.pdf*. <https://bruxelles-est.be/wp-content/uploads/2022/06/Guide-bruxellois-de-la-re%CC%81forme-Psy-107.pdf>

- Bugaud, M. (2019). *Impact de l'alimentation sur les troubles dépressifs de l'adulte et leur prise en charge : Synthèse de la littérature*. Grenoble Alpes.
- Burrows, T., Teasdale, S., Rocks, T., Whatnall, M., Schindlmayr, J., Plain, J., Latimer, G., Robertson, M., Harris, D., & Forsyth, A. (2022). Effectiveness of dietary interventions in mental health treatment : A rapid review of reviews. *Nutrition & Dietetics*, 79(3), 279-290. <https://doi.org/10.1111/1747-0080.12754>
- Doré, I., & Caron, J. (2017). Santé mentale : Concepts, mesures et déterminants. *Santé mentale au Québec*, 42(1), 125-145. <https://doi.org/10.7202/1040247ar>
- Drake, R. E., Green, A. I., Mueser, K. T., & Goldman, H. H. (2003). The History of Community Mental Health Treatment and Rehabilitation for Persons with Severe Mental Illness. *Community Mental Health Journal*, 39(5), 427-440. <https://doi.org/10.1023/A:1025860919277>
- Duprez, M. (2008). Réhabilitation psychosociale et psychothérapie institutionnelle. *L'information psychiatrique*, 84(10), 907. <https://doi.org/10.3917/inpsy.8410.0907>
- Franck, N. (2018). *Traité de réhabilitation psychosociale*. Elsevier Masson.
- Giraud-Baro, É., Vidon, G., & Leguay, D. (2006). Soigner, réhabiliter : Pour une reformulation de l'offre de soins et de services. *L'information psychiatrique*, 82(4), 281. <https://doi.org/10.3917/inpsy.8204.0281>
- Iriscare. (2023). *Maisons de soins psychiatriques (MSP) | Santé Mentale | Professionnels | Iriscare*. <https://www.iriscare.brussels/fr/professionnels/sante-mentale/maisons-de-soins-psychiatriques-msp-2/>
- Jensen, A., & Bonde, L. (2018). The use of arts interventions for mental health and wellbeing in health settings. *Perspectives in Public Health*, 138(4), 209-214. <https://doi.org/10.1177/1757913918772602>

- Kunitoh, N. (2013). From hospital to the community : The influence of deinstitutionalization on discharged long-stay psychiatric patients: From hospital to the community. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 67(6), 384-396. <https://doi.org/10.1111/pcn.12071>
- Leguay, D., Giraud-Baro, E., Lièvre, B., Dubuis, J., Cochet, A., Roussel, C., Duprez, M., Bantman, P., Roelandt, J.-L., & Vidon, G. (2008). Le Manifeste de Reh@b' : Propositions pour une meilleure prise en charge des personnes présentant des troubles psychiatriques chroniques et invalidants: Document élaboré et validé par le congrès de Versailles (13 et 14 mars 2008). *L'information psychiatrique*, 84(10), 885. <https://doi.org/10.3917/inpsy.8410.0885>
- Lopresti, A. L., & Jacka, F. N. (2015). Diet and Bipolar Disorder : A Review of Its Relationship and Potential Therapeutic Mechanisms of Action. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 21(12), 733-739. <https://doi.org/10.1089/acm.2015.0125>
- Mahan; L. Katheleen. (2008). *Krause's food & nutrition therapy* (12^e éd.). Saunders.
- Marx, W., Moseley, G., Berk, M., & Jacka, F. (2017). Nutritional psychiatry : The present state of the evidence. *Proceedings of the Nutrition Society*, 76(4), 427-436. <https://doi.org/10.1017/S0029665117002026>
- Mini DSM-5, critères diagnostiques*. (5^e éd.). (2016). Elsevier Masson.
- Moullin, J. C., Dickson, K. S., Stadnick, N. A., Rabin, B., & Aarons, G. A. (2019). Systematic review of the Exploration, Preparation, Implementation, Sustainment (EPIS) framework. *Implementation Science*, 14(1), 1. <https://doi.org/10.1186/s13012-018-0842-6>
- MSP de l'étude. (2020). *Site internet de la MSP de l'étude*.
- OMS. (2023). *Troubles mentaux*. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

- Pearsall, R., Thyarappa Praveen, K., Pelosi, A., & Geddes, J. (2016). Dietary advice for people with schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2016(3). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009547.pub2>
- Powell, B. J., Proctor, E. K., & Glass, J. E. (2014). A Systematic Review of Strategies for Implementing Empirically Supported Mental Health Interventions. *Research on Social Work Practice*, 24(2), 192-212. <https://doi.org/10.1177/1049731513505778>
- Proctor, E., Silmere, H., Raghavan, R., Hovmand, P., Aarons, G., Bunger, A., Griffey, R., & Hensley, M. (2011). Outcomes for Implementation Research : Conceptual Distinctions, Measurement Challenges, and Research Agenda. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 38(2), 65-76. <https://doi.org/10.1007/s10488-010-0319-7>
- Stickley, T., Wright, N., & Slade, M. (2018). The art of recovery : Outcomes from participatory arts activities for people using mental health services. *Journal of Mental Health*, 27(4), 367-373. <https://doi.org/10.1080/09638237.2018.1437609>
- Teasdale, S. B., Samaras, K., Wade, T., Jarman, R., & Ward, P. B. (2017). A review of the nutritional challenges experienced by people living with severe mental illness : A role for dietitians in addressing physical health gaps. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 30(5), 545-553. <https://doi.org/10.1111/jhn.12473>
- World Health Organization. (2006). The world health report : 2006 : working together for health. *Rapport Sur La Situation Dans Le Monde : 2006 : Travailler Ensemble Pour La Santé*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43432>
- Wyngaerden, F., & Allart, M. (2021). Le rétablissement, nouveau paradigme?: *La Revue Nouvelle*, N° 6(6), 44-53. <https://doi.org/10.3917/rn.216.0044>

8 Annexes

8.1 Annexe 1

Fréquence relative des effets indésirables des antipsychotiques (Franck, 2018).

Molécule	Prise de poids	Dyslipidémies	Hyperglycémie	Hyperprolactinémie
Amisulpride	++		+	+++
Aripiprazole				+
Clozapine	+++	+++	+++	
Cyamémazine	++		+	+
Halopéridol	+		+	++
Lévomé- promazine	++		+	+
Olanzapine	+++	+++	+++	+
Quiétapine	++	++	++	
Risperidone	+	+	+	++

8.2 Annexe 2

« *Le changement de paradigme vers le bien-être alimentaire* » (Block et al., 2011).

Anciennement : Nourriture = santé	Aujourd'hui : Alimentation = bien-être
Fonctionnelle et médicinale	Approche intégrale
Paternaliste et normative	Orientée vers le consommateur
Contention et restriction	Holistique et positive
Indice de masse corporelle	Attitude et comportement

8.3 Annexe 3

1- La socialisation alimentaire

La socialisation alimentaire est définie comme : *«étant les processus utilisés par les consommateurs pour se familiariser avec la nourriture, son rôle et le bien-être alimentaire dans le domaine culturel d'un individu» (Block et al., 2011).*

Depuis notre plus tendre enfance, ce qui cadre notre choix alimentaire, ce sont nos parents. Ce choix est influencé par notre culture et souvent, transmis de génération en génération. Mais l'éducation des parents au point de vue alimentaire a aussi un impact sur nos choix alimentaires à l'âge adulte.

Ils mettent l'accent sur l'importance des repas familiaux. Nous pouvons faire le lien avec la MSP en recréant un lieu convivial et chaleureux dans le réfectoire pour partager ce moment tous ensemble.

2- La connaissance des aliments

La connaissance (littératie) alimentaire est définie comme *«étant plus que des connaissances, elle implique également la motivation à appliquer les informations nutritionnelles aux choix alimentaires. Alors que la connaissance des aliments est la possession d'informations liées à l'alimentation, la littératie alimentaire implique à la fois la compréhension des informations nutritionnelles et l'action sur ces connaissances de manière à promouvoir les objectifs nutritionnels et le bien-être animal» (Block et al., 2011).*

Les choix de consommation alimentaire sont influencés par la connaissance que nous avons de celle-ci.

Il existe trois types de connaissances (Block et al., 2011) :

- A- Les connaissances déclaratives et conceptuelles : *«implique la lecture et l'acquisition de connaissances sur les aliments, les sources d'aliments, les faits nutritionnels et d'autres activités d'acquisition et d'appréhension des connaissances concernant les aliments et la nutrition».*
- B- Les connaissances procédurales : *«impliquent l'application de ces connaissances à la prise de décision en matière d'alimentation, y compris les techniques d'achat et de préparation des aliments. Nécessitent l'élaboration de scénarios alimentaires - des séquences d'événements, d'actions ou de routines liées à l'alimentation qui se produisent dans un contexte particulier (par exemple, comment acheter, préparer et faire sauter du brocoli frais)».*

C- La capacité, la possibilité et la motivation d'appliquer ou d'utiliser ces connaissances.

3- *Marketing alimentaire :*

Le marketing alimentaire joue un rôle dans le bien-être alimentaire, il influence le comportement et l'attitude des consommateurs face aux aliments. La publicité réalisée n'est pas toujours centrée sur les aliments sains et nutritifs (Block et al., 2011).

4- *Disponibilité des aliments :*

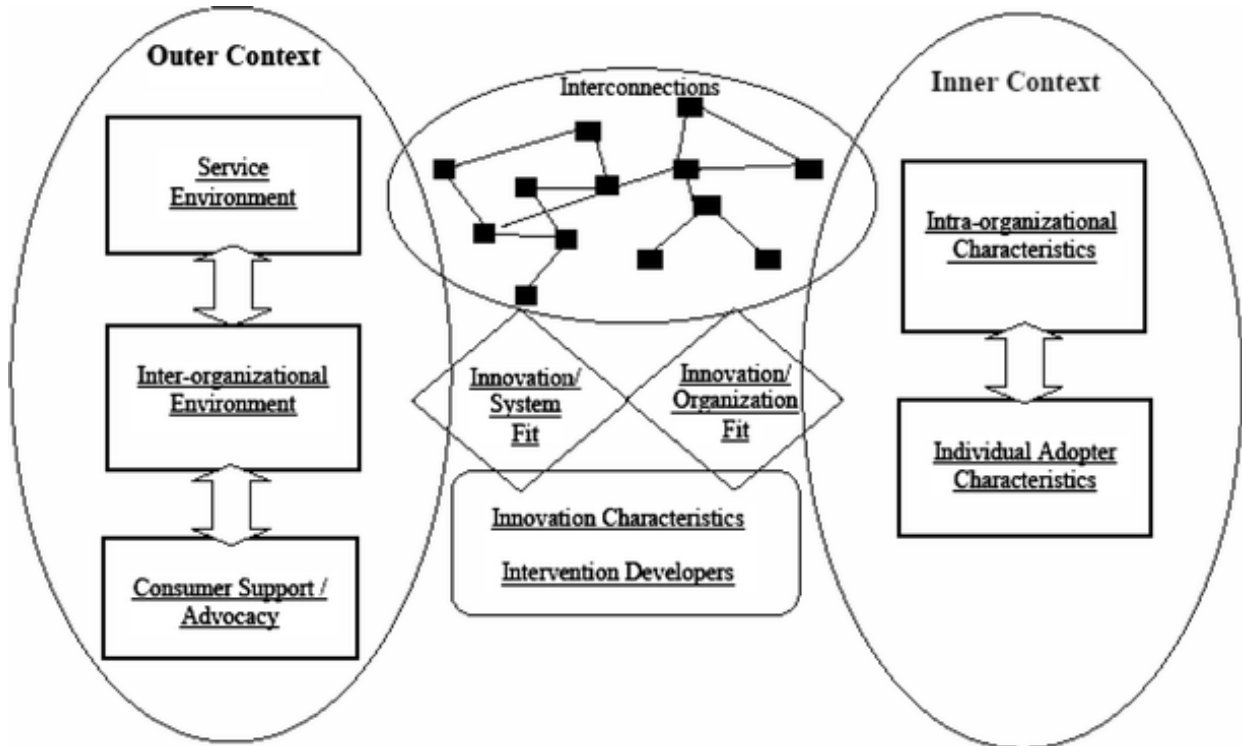
La disponibilité des aliments *«implique la façon dont la distribution et la disponibilité des aliments influencent les comportements de consommation à la maison, au travail, dans les restaurants, dans les épiceries et dans la communauté au sens large, y compris les aliments produits à l'échelle mondiale et préparés par les grandes entreprises et ceux produits et accessibles localement dans les jardins communautaires, les marchés de producteurs et les produits cultivés à domicile»* (Block et al., 2011).

5- *Politique alimentaire :*

La politique alimentaire représente *«les systèmes de production et de fixation des prix des aliments sont régis par la politique agricole. La politique de sécurité alimentaire fournit des règles sur la manière dont les aliments doivent être produits, stockés et transportés afin de garantir qu'ils arrivent sur le marché sous une forme adaptée à la consommation humaine. La politique nutritionnelle fournit des directives sur les types et les quantités de nutriments et d'aliments nécessaires à une alimentation saine»* (Block et al., 2011).

8.4 Annexe 4

Modèle conceptuel des facteurs globaux affectant la mise en œuvre d'interventions dans les secteurs des services publics (Aarons et al., 2011).



DEMANDE AUPRÈS DU COMITÉ D'ÉTHIQUE

Mémoire : « Quel est l'impact de l'implémentation de la « Food Thérapie » sur
les résidents d'une maison de soins psychiatriques ? »

2022 - 2023
TIPHAINÉ ROBERT
Master en santé publique - UCLouvain

Table des matières

1- Résumé du projet	2
2- Informations aux résidents.....	4
3- Consentement éclairé.....	7
4- Accord écrit du promoteur sur le cadre scientifique	8
5- Investigateur local.....	9
6- Questionnaire	10
7- Annonce pour les résidents à mettre sur les valves:	12

1- Résumé du projet

Dans le cadre de mon Master en Santé Publique à l'UCLouvain, j'ai fait le choix de réaliser mon mémoire sur l'impact de l'implémentation de la « Food Thérapie » sur les résidents d'une maison de soins psychiatriques (MSP). Afin de donner une dimension plus concrète encore à ce travail, je souhaiterais pouvoir bénéficier de l'expérience et du vécu de la MSP [REDACTED] et de ses résidents.

La MSP [REDACTED] a ouvert ses portes en juin 2020 et est en constante évolution avec énormément de nouveaux projets qui trottent dans la tête du personnel et de la direction. En plus de la mise sur pieds de la MSP en tant que telle, l'un des plus gros projets actuellement en cours de construction est l'implémentation de la « Food Thérapie ». Ce projet constitue une source d'inspiration précieuse pour mon mémoire.

L'objectif premier de la MSP [REDACTED] est de viser l'autonomisation du résident, en l'accompagnant dans les démarches vers des projets extérieurs comme un bénévolat, une formation, ... Mais il s'agit aussi de maintenir et acquérir des balises dans les gestes du quotidien.

Mais qu'est-ce que la « Food Thérapie » ? et pourquoi vouloir réaliser ce projet dans une MSP ? qu'est-ce que cela peut apporter aux résidents ? est-ce réellement efficace ?

Très vite, nous avons pu constater que les plaintes récurrentes exprimées lors des réunions communautaires au sein de la MSP [REDACTED] tournaient souvent autour de l'alimentation (goûts, apparence, texture, quantité, ...). Au travers de ces plaintes, le personnel a pleinement pris conscience du caractère central et structurant de l'alimentation sur le quotidien des résidents. L'idée d'implémenter le concept de « Food Thérapie » au sein de la MSP a permis de travailler sur ces aspects jugés négatifs par les résidents tout en contribuant à l'objectif premier de la MSP tel que repris ci-dessus : viser l'autonomisation du résident.

Ce concept de « Food Thérapie » ne se retrouve pas tel quel dans la littérature scientifique, mais la définition que la MSP s'en fait se rapproche de celle de *l'éducation nutritionnelle* et les bénéfices attendus sont similaires à ceux de *l'art thérapie*.

Selon le livre « Krause's food & nutrition therapy » de 2008, l'éducation nutritionnelle permet aux patients d'acquérir, modifier et faciliter un changement de comportement sur du long terme face à son comportement alimentaire quotidien, par l'acquisition de nouvelles compétences et connaissances face au changement. L'éducation nutritionnelle peut avoir comme avantage de permettre aux patients de mieux appréhender leur maladie et leurs symptômes, elle vise un meilleur état de santé, ainsi qu'une qualité de vie accrue.

En outre, nous pouvons aussi remarquer qu'alimentation et médication sont liés. Une grande majorité des prises en charge des maladies quelconques nécessitent une pharmacothérapie. Il existe des interactions entre l'alimentation et la prise de médicaments. Certains aliments peuvent avoir une influence sur l'effet de certains médicaments et inversement, les effets secondaires de certains médicaments peuvent influencer l'état nutritionnel d'un patient.

Implémenter un nouveau projet dans un milieu de soins n'est pas toujours simple: il faut obtenir divers accords, le budget et la motivation d'une équipe pour soutenir cette initiative. Il faut également recueillir l'adhésion des résidents pour lesquels ces différents projets sont pensés.

Le processus d'implémentation se divise en 4 phases : tout d'abord l'exploration, ensuite la préparation et l'adoption, ensuite l'implémentation en tant que telle et enfin le maintien du projet (Aarons 2010). J'estime que l'une des clés pour le maintien, est la bonne adhésion au projet de la part des résidents. Il m'apparaît donc riche d'enseignements, après environ 2 ans d'implémentation, de faire le point sur l'adhésion des résidents. Il s'agit de mieux cerner ce qui les anime dans cette nouvelle approche ou, au contraire, ce qui a tendance à freiner leur enthousiasme. J'aimerais, dans ce cadre, collecter leurs avis.

L'idée de mon travail est de mettre en lumière ce qu'un tel projet peut apporter aux résidents d'une MSP.

2- Informations aux résidents

Les résidents seront informés de l'existence de l'enquête par communication écrite. Ci-après, vous trouverez le texte qui leur sera transmis. L'information sera aussi transmise oralement lors d'une réunion communautaire.

TITRE : « Quel est l'impact de l'implémentation de la « Food Thérapie » sur les résidents d'une maison de soins psychiatriques (MSP) ? »

Vous êtes invité(e) à participer de façon volontaire à une **enquête**. Avant d'accepter d'y participer, il est important de lire ce formulaire qui en décrit l'objectif et les modalités pratiques. Vous avez le droit de poser à tout moment des questions en rapport avec cette enquête.

Objectif et description de l'enquête

Il s'agit d'une enquête qui devrait inclure environ une dizaine de résidents de la MSP [REDACTED]

Les objectifs de cette enquête consistent à

- *Définir ce que signifie la Food Thérapie dans le contexte d'une maison de soins psychiatrique*
- *Identifier les impacts (directs et indirects, positifs et négatifs) de la Food Thérapie sur les résidents d'une maison de soins psychiatrique.*
- *Comprendre pourquoi implémenter un tel projet dans une Maison de soins psychiatrique.*

Si vous acceptez de participer à cette enquête, il vous sera demandé de répondre à des questions lors d'un entretien avec Tiphaine ROBERT en lien avec cette thématique.

Il vous sera demandé de participer à l'enquête durant une seule rencontre entre vous et Tiphaine ROBERT.

Promoteur de l'enquête

Le promoteur de l'enquête est l'Université Catholique de Louvain (UCLouvain) dans le cadre d'un mémoire en Master de santé publique. (au sens de la loi du 7 mai 2004)

Participation volontaire

Votre participation à cette enquête est entièrement volontaire et vous avez le droit de refuser d'y participer. Vous avez également le droit de vous retirer de l'enquête à tout moment, sans en préciser la raison, même après avoir signé le formulaire de consentement.

Vous n'aurez pas à fournir de raison au retrait de votre consentement à participer ; toutefois, les données collectées jusqu'à l'arrêt de la participation à l'enquête font partie intégrante de celle-ci. Votre refus de participer à cette enquête n'entraînera pour vous aucune pénalité ni perte d'avantages.

Votre traitement médical ne sera pas affecté par votre décision.

Procédure de recrutement :

Afin de recruter des participants à l'enquête, une information sera donnée lors des réunions communautaires des maisons autonomes et dans l'unité résidentielle afin d'expliquer le projet. Une annonce sera également affichée sur les valves dans le couloir pour annoncer le projet et inviter les résidents à participer à l'enquête.

Toute personne qui se manifestera auprès de Tiphaine ROBERT recevra le consentement éclairé et le document concernant l'information aux résidents. Un temps sera pris pour parcourir ces documents afin de s'assurer que leur contenu soit bien compris et pour répondre aux éventuelles questions. Le moment adéquat sera fixé par Tiphaine ROBERT, en accord avec le résident concerné.

Bénéfices et risques

Nous ne pouvons vous assurer que si vous acceptez de participer à cette enquête, vous tirerez personnellement un quelconque bénéfice direct de votre participation.

Cependant, les informations obtenues grâce à cette étude peuvent contribuer à une meilleure connaissance sur l'implémentation de la « Food Thérapie » dans une MSP, qui bénéficiera non-seulement à la MSP [REDACTED] mais également à d'autres MSP souhaitant s'engager dans un projet similaire.

Il n'y a aucun risque lié à la participation à cette enquête.

Protection de la vie privée

Votre identité et votre participation à cette enquête demeureront strictement confidentielles.

Vous ne serez pas identifié(e) par votre nom ni d'aucune autre manière reconnaissable dans aucun des dossiers, résultats ou publications en rapport avec l'étude. Il n'y aura que Tiphaine ROBERT qui sera gestionnaire de ces données le temps de l'étude.

Pour faciliter le traitement des informations contenues dans l'entretien, un enregistrement de celui-ci pourrait être demandé. Le recours à l'enregistrement ne se fera qu'à condition d'un accord de la part de la personne interviewée et ne se fera donc en aucun cas à son insu. L'utilisation de l'enregistrement se limitera à la rédaction des retranscriptions. Une fois ces retranscriptions finalisées, les enregistrements seront supprimés.

La protection des données personnelles est assurée par la loi du 30 juillet 2018 relative à la protection de la vie privée et par les réglementations européennes (réglementation générale européenne sur la protection des données à caractère personnel [RGPD] du 25 mai 2018) et belges en vigueur. Ces droits sont également garantis par la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient.

Comité d'éthique

Cette enquête est évaluée par un comité d'éthique indépendant, à savoir le « Comité Éthique [REDACTED] qui a émis un avis favorable le

Personnes à contacter si vous avez des questions à propos de l'enquête

Si vous estimez avoir subi un dommage lié à l'enquête ou si vous avez des questions, vous voulez donner un avis ou exprimer des craintes à propos de l'enquête ou à propos de vos droits en tant que patient participant à une étude clinique, maintenant, durant ou après votre participation, vous pouvez contacter

Responsable de l'étude : Tiphaine ROBERT
Email : tiphaine.robert@student.uclouvain.be

Pour la gestion des plaintes non résolues par l'investigateur, vous pouvez contacter comme médiateur le Comité d'Éthique :
E-mail : [REDACTED]

3- Consentement éclairé

Je soussigné(e) (NOM, Prénom(s)),

- 1- Déclare avoir lu l'information qui précède et accepter de participer à l'enquête : « *Quel est l'impact de l'implémentation de la « Food Thérapie » sur les résidents d'une la maison de soins psychiatriques (MSP) ?* »
- 2- On m'a remis une copie de ce formulaire de consentement éclairé signé et daté, ainsi que de la note d'information destinée au résident. J'ai reçu une explication concernant la nature, le but, la durée de l'enquête et j'ai été informé(e) de ce qu'on attend de ma part. On m'a donné le temps et l'occasion de poser des questions sur l'enquête; toutes mes questions ont reçu une réponse satisfaisante. l'intervention m'a été expliquée en détails, avec les risques connus potentiels.
- 3- Je sais que cette enquête a été soumise et approuvée par le « Comité d'Éthique
[REDACTED]
- 4- Je suis libre de participer ou non, de même que d'arrêter l'enquête à tout moment sans qu'il soit nécessaire de justifier ma décision et sans que cela n'entraîne le moindre désavantage.
- 5- En signant ce document, j'autorise l'utilisation des données me concernant dans le respect de
 - la loi belge du 30 juillet 2018 relative à la protection de la vie privée ;
 - la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient ;
 - la loi du 7 mai 2004 relative à l'expérimentation sur la personne humaine ;
 - les réglementations européennes (réglementation générale européenne sur la protection des données à caractère personnel [RGPD] du 25 mai 2018) et belges en vigueur.
- 6- Je n'ai subi aucune pression physique ni psychologique induite pour ma participation à l'enquête.
- 7- Je consens de mon plein gré à participer à cette enquête.

..... / /2023
Nom, prénom et Signature et Date (jour/mois/année) du résident

Je, soussigné, Mme ROBERT Tiphaine confirme avoir expliqué la nature, le but et la durée de l'enquête au résident mentionné(e) ci-dessus.

..... / /2023
Signature de la personne qui procure l'information et Date (jour/mois/année)

4- Accord écrit du promoteur sur le cadre scientifique

UCLouvain

Faculté de santé publique (FSP)

**MASTER EN SCIENCES DE LA SANTÉ PUBLIQUE
ACCORD DU PROMOTEUR & CO-PROMOTEUR SUR LE CADRE SCIENTIFIQUE**

Nom, prénom de l'étudiant : ROBERT, Tiphaine

e-mail : *tiphaine.robert@student.uclouvain.be*

Gsm : *0497/77.12.11*

Master, options : *Master en sciences de la santé publique, Options : Personne âgée et gériatrie ; Community mental health.*

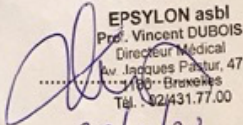

Titre : « *Quel est l'impact de l'implémentation de la « Food thérapie » sur les résidents d'une Maison de soins psychiatriques ?* »

Je soussigné(e) :

Promoteur : *Professeur Vincent DUBOIS*

Co-promoteur : *Madame Hélène GARIN*

Certifie avoir pris connaissance de ce projet de mémoire, certifie que ce dernier rencontre bien les objectifs de l'option du Master, et accepte son cadre scientifique :

	Promoteur	co-promoteur
Signature :	 EPSYLON asbl Prof. Vincent DUBOIS Directeur Médical Av. Jacques Pasteur, 47 1050 Bruxelles Tél. : 02431.77.00	
Date :	<i>28/11/22</i>	<i>19/11/2022</i>

L LOUVAIN-LA-NEUVE | BRUXELLES WOLUWE | MONS | TOURNAI | BRUXELLES SAINT-GILLES | CHARLEROI
Clos Chapelle-aux-champs, 30 bte 81.10.02, 1200 Woluwe-Saint-Lambert, Belgique
Tél. +32 (0)2 764 34 39 – fax +32 (0)2 764 34 35 – claudine.wangneur@uclouvain.be – www.uclouvain.be

5- Investigateur local

Mail :

6- Questionnaire

« Quel est l'impact de l'implémentation de la « Food Thérapie » sur les résidents d'une Maison de soins psychiatriques ? »

1/ Présentation :

- Qui suis-je ? Tiphaine ROBERT, étudiante en troisième Master en santé publique à l'UCL.
- Pourquoi réaliser l'entretien ? Je réalise cet entretien avec vous pour me permettre de mettre en avant l'impact de la Food Thérapie dans une maison de soins psychiatrique et comprendre pourquoi avoir implémenté un tel projet dans une Maison de soins psychiatrique.
- Puis-je enregistrer l'entretien ? Tout est anonyme. Vous ne devez donc pas citer le nom de votre lieu de résidence, ni votre nom.
- Je vais vous poser différentes questions dans divers domaines. Nous allons d'abord échanger sur votre présentation de manière générale. Ensuite je vous poserai des questions en lien avec la Food Thérapie et votre alimentation.
- L'entretien devrait durer environ 30 minutes.
- Je prendrai des notes lors de notre échanges.
- Avez-vous des questions ?

2/ Présentation de la personne interviewée :

(A récolter au préalable : Sexe, âge, Pathologie, réside du côté autonome ou résidentiel.)

- Pouvez-vous vous présenter brièvement ?
 - Depuis quand êtes-vous à la MSP ?
 - Quel était votre projet, votre objectif en venant dans une MSP ?

3/ Votre rapport à l'alimentation :

- Quelle place à l'alimentation dans votre vie ? (représentation)
- Est-ce important pour vous de bien manger au quotidien ?
 - Qu'est-ce que bien manger pour vous ? (repas équilibré)
 - Qu'est-ce qu'un bon repas pour vous ?
 - Y a-t-il une différence pour vous entre les deux questions précédentes ?
- Cuisinez-vous ?
 - Journalièrement ;
 - 1X par semaine ;
 - Plusieurs fois par semaine
 - 1x par mois
 - Jamais
 - Autre
- Est-ce par plaisir ou par obligation ? Pourquoi ?

4/ Questions en lien avec la Food thérapie :

- Savez-vous ce qui a été mis en place à la MSP comme projets en lien avec l'alimentation ?
 - Savez-vous quelles activités sont proposées ?
 - Participez-vous aux activités suivantes :
 - Boulangerie ;
 - Potager/ Maraichage ;
 - Cuisine collective ;
 - Cuisine dans les maisons ;
 - Frigo solidaire ;
- Comment avez-vous pris connaissance de ce projet ?
- Qu'attendez-vous de ce projet ?
- Quels sont pour vous les points positifs et négatifs de ce projet ?
 - Comment pouvons-nous l'améliorer ?
 - Que devons-nous absolument éviter de mettre en place ?
- Vous sentez-vous concerné(e) par ce projet ?
- Êtes-vous impliqué(e) dans ce projet ? (consultations, participations, curiosité, ...)
- Voyez-vous, dans ce projet, un intérêt pour vos projets futurs ? En quoi ce projet vous aide-t-il/pourrait-il vous aider concrètement ?
- Parlez-vous de ce projet autour de vous ? Qu'en dites-vous en général ?
- Avez-vous réutilisé des choses apprises lors d'une activité ?
- Sur une échelle de 1 à 10, comment évalueriez-vous votre niveau de satisfaction par rapport à ce projet ? (1=pas du tout satisfait(e), 10=Pleinement satisfait(e))
- A la suite de cette échange, que signifie pour vous la « Food Thérapie ? ».

5/ Traitement et alimentation :

- Suivez-vous un traitement ?
 - Si oui, lequel ? (Si vous ne le connaissez pas, puis-je en prendre connaissance sur PEPS ?)
 - Avez-vous des effets secondaires en lien avec ce traitement ?
 - Avez-vous l'impression que votre traitement affecte votre alimentation ? (manière de manger, de choisir votre nourriture, etc.)
- Est-ce que ce projet a eu une influence sur le choix de MSP ?

7- Annonce pour les résidents à mettre sur les valves:

PROJET MEMOIRE

TITRE : « Quel est l'impact de l'implémentation de la « Food Thérapie » sur les résidents d'une maison de soins psychiatriques (MSP) ? »

Chères résidentes, chers résidents de la MSP [REDACTED]

Certains d'entre vous le savent déjà peut-être, mais je réalise en parallèle de mon travail à la MSP, un Master en santé publique à l'Université Catholique de Louvain (UCLouvain). Je suis actuellement dans ma dernière année d'étude, ce qui m'amène à réaliser un mémoire.

Dans ce cadre, j'ai voulu concilier étude et travail, pour essayer de faire ressortir l'impact de l'implémentation du projet « Food Thérapie » dans nos murs. J'aimerais, au travers de mon travail, identifier les bénéfices ou non qu'un tel projet représente pour vous.

J'ai donc besoin de **VOUS**.

J'aimerais réaliser avec ceux qui le désirent un petit entretien afin de capter votre avis sur ce projet. L'idée est d'avoir un court échange à l'aide d'un questionnaire que nous parcourrions ensemble.

Le tout sera évidemment anonyme. Votre nom n'apparaîtra nulle part.

Je passerai dans toutes les réunions communautaires pour expliquer plus en détails mon projet.

Si d'ici là, vous avez des questions, n'hésitez pas à venir me voir.

Merci d'avance de m'aider à réaliser mon travail de fin d'étude qui, je l'espère, sera bénéfique pour vous et d'autres résidents d'autres MSP.

Bien à vous,

Tiphaine

Tiphaine.robert@student.uclouvain.be

8.6 Annexe 6

Date : Maison :

Menu du jour :

Cuisine collective dans les maisons autonomes

1- Évaluez le nombre d'étoiles que l'atelier mérites.



2- Votre avis face à cette activité :

Points positifs :

Points négatifs :

Ce qu'il faut améliorer :

Ce que vous reprenez de cet atelier :

8.7 Annexe 7

Résident 1	R1
Résident 2	R2
Résident 3	R3
Résident 4	R4
Résident 5	R5
Résident 6	R6
Résident 7	R7

