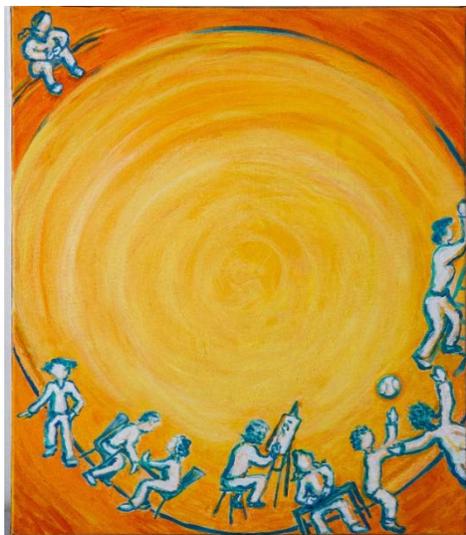


# Programme Santé globale : un tremplin vers mon mieux-être

**Pour un complément thérapeutique  
de premier choix**

**Cadre de référence – Nutrition**

version du 25 septembre 2019



## Remerciements

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

### **Auteurs**

Nathalie Coulombe, chef de programme

Andrée Laprise, nutritionniste

Annick Simard, nutritionniste

### **Collaboration**

Kathy Dufresne, nutritionniste

Chantal Gélinas, nutritionniste

Lucie Gagnon, nutritionniste

Stéphanie Desharnais-Dion, nutritionniste

### **Soutien administratif**

Manon Bidégaré, agente administrative

Louise Carrière, agente administrative

Claudia-Kim Labrie, agente administrative

## Table des matières

1. Philosophie d'intervention .....	4
2. Données probantes tirées de la littérature .....	6
2.1 Constats majeurs .....	6
2.2 Impacts positifs sur la personne ayant un trouble de santé mentale .....	11
2.2.1 Sur le plan psychologique.....	11
2.2.2 Sur le plan physique .....	14
3. Modèles de pratique en nutrition .....	14
4. Domaines d'activités cliniques.....	20
5. Objectifs cliniques .....	22
6. Offre de service.....	23
6.1 Clientèle en santé mentale-volet hospitalisation .....	23
6.2 Clientèle en santé mentale-volet externe .....	23
6.3 Services complémentaires .....	24
6.4 Activités de transfert de connaissances .....	24
6.5 Collaborations cliniques spécifiques .....	24
7. Ambitions pour les cinq prochaines années.....	25
Annexe 1 : Indicateurs de mieux-être – nutrition.....	27
Annexe 2 : Fondements du programme.....	28
Annexe 3 : Objectifs cliniques généraux et spécifiques .....	29
Annexe 4 : Interfaces de collaborations interprofessionnelles au PSG .....	30
Annexe 5 : Valeurs ajoutées.....	31
Annexe 6 : Critères d'admissibilité .....	32
Annexe 7 : Trajectoire de référence .....	33
Annexe 8 : Maillage avec nos partenaires de la communauté .....	34
Bibliographie.....	40

# Programme Santé globale : un tremplin vers mon mieux-être

*Note : Le féminin est utilisé afin d'alléger le texte. De plus, les termes « diététiste » et « nutritionniste » sont des titres réservés à la profession (baccalauréat). Le titre « nutritionniste » sera privilégié dans ce document.*

## 1. Philosophie d'intervention

Au programme Santé globale (PSG), la pratique de la nutrition est destinée à la clientèle adulte ayant un trouble de santé mentale et qui répond aux critères d'admissibilité du programme.

La nutritionniste du PSG participe aux soins de santé spécialisés en santé mentale, de concert avec l'équipe interdisciplinaire et les équipes traitantes. Elle est la spécialiste de la nutrition humaine et de l'alimentation, et elle est régie par l'Ordre professionnel des diététistes du Québec (OPDQ 2008).

Les interventions cliniques de la nutritionniste en santé mentale visent à adapter l'alimentation à la complexité de l'état physique et mental de la personne. Elle oriente ses actions en considérant, entre autres, les besoins biopsychosociaux de la personne et adapte le plan thérapeutique à l'évolution de sa condition générale souvent fluctuante.

Le lien entre la nutrition et la santé mentale s'observe sous plusieurs aspects. La nature même de la maladie mentale ainsi que les effets secondaires des traitements s'y rattachant peuvent avoir un impact défavorable sur l'état nutritionnel (OPDQ 2008). Par exemple, le gain de poids, la dyslipidémie, les effets secondaires de la médication et leurs interactions avec les nutriments ainsi que les situations d'insécurité et de pauvreté sont des conditions inhérentes à la maladie mentale. Un certain nombre de maladies mentales influencent négativement les apports alimentaires selon les symptômes présents, par exemple les hallucinations, les délires divers, les rigidités, la méfiance, etc. Également, l'état nutritionnel, les habitudes alimentaires et autres problèmes de santé physique peuvent avoir une influence sur la santé mentale, d'où l'importance d'adopter une alimentation couvrant les besoins nutritionnels de base tout en visant une amélioration des habitudes alimentaires dans leur ensemble.

En plus de ces différents facteurs ayant une influence sur l'état nutritionnel, et par le fait même sur la santé physique et mentale, notons la précarité de la situation globale de la personne face à sa capacité de s'alimenter convenablement et suffisamment. Le budget, les choix personnels, l'accessibilité aux aliments et au matériel de base pour cuisiner, les connaissances et les compétences en matière d'alimentation ne sont que quelques autres exemples de facteurs ayant également un impact sur l'état nutritionnel.

Au Programme Santé globale, la nutritionniste a le souci de s'assurer, au premier plan, de la sécurité alimentaire de la personne, cela étant la base d'une intervention bénéfique visant le rétablissement ainsi qu'un droit universel pour tous.

« La sécurité alimentaire existe lorsque tous les êtres humains ont, à tout moment, un accès physique et économique à une nourriture suffisante, saine et nutritive leur permettant de satisfaire leurs besoins énergétiques et leurs préférences alimentaires pour mener une vie saine et active. » (Plan d'action du Canada pour la sécurité alimentaire 1998)

Les résultats souhaités lors de l'intervention nutritionnelle sont le maintien, l'amélioration et le rétablissement de l'état nutritionnel, de la santé et de la qualité de vie de la personne.

Au Programme Santé globale, la nutritionniste :

- ▶ Évalue l'état nutritionnel et met en œuvre une stratégie d'intervention afin d'élaborer un plan de traitement nutritionnel adapté à la personne;
- ▶ Détermine la voie d'alimentation appropriée (nutrition orale, entérale ou parentérale);
- ▶ Surveille l'état nutritionnel, physique et mental de la personne afin d'adapter le plan de traitement nutritionnel à l'évolution du problème;
- ▶ Promeut la saine alimentation, développe des outils thérapeutiques et éducatifs soutenant l'intervention individuelle ou de groupe.

Deux activités médicales sont réservées à la profession de nutritionniste et, plus spécifiquement, au domaine de la nutrition clinique (*Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*) (OPDQ 2017) :

- ▶ Déterminer le plan de traitement nutritionnel, y compris la voie d'alimentation appropriée, lorsqu'une ordonnance individuelle indique que la nutrition constitue un facteur déterminant du traitement de la maladie;
- ▶ Surveiller l'état nutritionnel des personnes dont le plan de traitement a été déterminé.

Depuis septembre 2018, trois nouvelles activités professionnelles peuvent être exercées par une nutritionniste, soit (OPDQ 2018) :

- ▶ Prescrire à un patient :
  - Des formules nutritives, des vitamines et des minéraux afin d'assurer l'atteinte des besoins nutritionnels;
  - Le matériel d'alimentation entérale nécessaire au plan de traitement nutritionnel;
  - La solution pancréatique d'enzymes servant à rétablir la fonctionnalité du tube d'alimentation lorsqu'une ordonnance indique que la nutrition constitue un facteur déterminant du traitement de la maladie;
- ▶ Administrer, selon une ordonnance, des médicaments ou d'autres substances, par voie orale ou entérale, dans le cadre de la détermination du plan de traitement nutritionnel;
- ▶ Procéder au retrait définitif d'un tube d'alimentation en vertu d'une ordonnance.

Au-delà de l'intervention sur l'état de santé globale et sur les incapacités qui en découlent, la nutritionniste au Programme Santé globale suscite l'espoir et soutient la personne dans son projet de vie. Elle est animée par la conviction que ses services sont, pour la personne, un tremplin dans la reprise du pouvoir sur sa vie, ses implications sociales, familiales et professionnelles, ses relations interpersonnelles et sur son estime de soi.

La nutritionniste centre son approche sur la personne en mobilisant les qualités nécessaires au développement d'une relation thérapeutique efficace par l'écoute, le respect, l'authenticité et la rétroaction constructive. Elle crée un

climat de confiance centré sur le rétablissement et fait preuve d'ouverture et d'empathie envers la personne vivant une situation particulière souvent difficile. Elle doit aussi savoir reconnaître ses limites personnelles, celles de sa clientèle et de son environnement.

L'attitude et l'approche en santé mentale sont des déterminants importants du traitement. L'approche est fondée sur l'autodétermination et l'appropriation par la personne de ses compétences à gérer son problème. Les interventions donnent à la personne la possibilité d'agir, de choisir, de participer activement aux décisions qui la concernent, d'actualiser son plein potentiel et d'exercer ses droits tout en tenant compte de ses capacités physiques et intellectuelles (OPDQ 2008).

L'intervention en nutrition au PSG est fondée sur des pratiques reconnues telles que l'approche collaborative, l'entretien motivationnel, la clientèle partenaire, le rétablissement et l'approche clinique axée sur les meilleures pratiques en nutrition et en santé mentale. Elles sont centrées sur la personne et ses proches, l'interdisciplinarité et la collaboration, l'accessibilité et la continuité des soins et des services, le développement d'environnements favorables ainsi que la saine alimentation. La nutritionniste s'assure de l'actualisation de ses compétences et connaissances selon l'évolution des besoins de la clientèle et la recherche en nutrition et en santé mentale.

En conclusion, l'ensemble des interventions en nutrition au Programme Santé globale encourage un changement dans la condition de vie de la personne, en agissant sur la motivation et l'engagement de celle-ci à adopter et à maintenir au long cours de saines habitudes de vie, principalement par l'alimentation saine et suffisante, et ce, pour son mieux-être, sa qualité de vie et son rétablissement.

## 2. Données probantes tirées de la littérature

### 2.1 Constats majeurs

Des recommandations formulées à l'égard de la récupération fonctionnelle soutiennent l'importance de la nutrition dans la promotion de la santé mentale et dans le traitement des maladies mentales et des dysfonctions physiques (ICPPMH 2016), étant donné que :

- ▶ La nutrition occupe une place centrale au développement, au maintien, à l'évolution et à la portée des maladies chroniques (diabète, obésité, dyslipidémie, maladies cardiovasculaires et cancer), principales causes de surmortalité des personnes atteintes de troubles mentaux (Teasdale et coll. 2017, Basdevant 2014). Aussi, les facteurs nutritionnels impliqués dans le développement de ces maladies sont maintenant reconnus comme des facteurs de risque pour la santé mentale (Parletta et coll. 2013, Firth et coll. 2018).
- ▶ Les personnes atteintes de troubles mentaux ont souvent de mauvaises habitudes alimentaires, d'où un risque accru de carences nutritionnelles, plus particulièrement chez celles qui sont âgées ou qui présentent des comorbidités physiques (Ramsey et Muskin 2013). Une corrélation a d'ailleurs été démontrée entre les déficiences en acide gras omega-3, en vitamines du groupe B, en minéraux et en acides aminés essentiels et les troubles mentaux (Lakhan 2008). À leur tour, les symptômes des troubles mentaux peuvent compromettre l'alimentation et entraîner une carence subclinique susceptible de nuire au rétablissement des personnes (Ramsey et Muskin 2013).
- ▶ La saine alimentation favorise la santé mentale, en plus de réduire les coûts liés à la santé et aux services sociaux. Elle constitue non seulement un élément important du traitement des comorbidités physiques, mais

une composante essentielle du traitement des troubles mentaux (Providence Health Care, Rodriguez 2016, Ramsey et Muskin 2013) en :

- Assurant l'efficacité optimale de la médication et la tolérance accrue aux effets secondaires;
  - Améliorant l'humeur et le niveau d'énergie;
  - Atténuant certains symptômes des troubles mentaux, notamment les symptômes anxieux et dépressifs.
- ▶ L'amélioration des habitudes alimentaires tout comme les modèles d'alimentation qui ont démontré des effets protecteurs sur la santé mentale devraient être considérés comme des traitements efficaces et rentables des troubles mentaux et des comorbidités physiques, et être intégrés dans les stratégies thérapeutiques des soins de santé mentale (International Society for Nutritional Psychiatry Research 2013, Rodriguez 2016, Davenport 2015, Jacka et coll. 2017).
- ▶ Les personnes atteintes de troubles mentaux sont confrontées à une gamme de défis nutritionnels pour lesquels les nutritionnistes sont formées et outillées (Diététistes du Canada 2012). L'implication d'une nutritionniste expérimentée dans les troubles de la conduite alimentaire (anorexie, boulimie, accès hyperphagiques, troubles non spécifiés) est essentielle. Elle permet la prévention, le dépistage et le traitement du trouble à travers une prise en charge multidisciplinaire (volet médical, psychologique et nutritionnel).
- ▶ Les interventions réalisées par les nutritionnistes auprès des personnes atteintes de troubles mentaux ont démontré leur efficacité pour :
- Diminuer le poids, l'indice de masse corporelle, la circonférence de taille et le taux de glucose sanguin (Teasdale et coll. 2017);
  - Réduire les effets secondaires liés à la médication antipsychotique (Teasdale et coll. 2016);
  - Améliorer les habiletés cognitives, la gestion des comorbidités physiques et le fonctionnement professionnel et psychosocial (SSF 2013);
  - Optimiser la qualité de vie des personnes atteintes de troubles mentaux (SSF 2013).

Des associations robustes ont été établies entre la qualité de l'alimentation et la santé mentale. À titre d'exemple, une alimentation qui fournit des glucides complexes, des acides gras essentiels, des acides aminés, des vitamines, des minéraux et de l'eau en quantité et en proportion adéquates favorise le bien-être général et la stabilité de l'humeur (Parletta et coll. 2013). À l'inverse, les effets délétères d'une alimentation malsaine sur la santé mentale ont été prouvés, et ce, tant chez les jeunes que chez les adultes. Ainsi, une alimentation composée d'aliments riches en gras saturés et en sucres simples nuit, entre autres, à la santé mentale et aux fonctions cognitives (Parletta et coll. 2017).

D'ailleurs, une relation bidirectionnelle a été démontrée entre l'alimentation et la santé mentale (Cabout et coll. 2017). La qualité de l'alimentation influence les risques et l'évolution des troubles mentaux qui à leur tour agissent sur l'alimentation (Ramsey et Muskin 2013, Cabout et coll. 2017, International Society for Nutritional Psychiatry Research 2013, Sarris et coll. 2015, Lim et coll. 2016). Les troubles anxieux, par exemple, sont associés à une consommation accrue d'aliments à haute densité énergétique, riches en matières grasses, et à plus long terme à l'augmentation du risque d'obésité (Cabout et coll. 2017).

Le cerveau, comme tous les autres organes, est sensible à l'alimentation (Garnier 2015). De surcroît, plusieurs nutriments jouent un rôle critique dans la fonction cérébrale (Diététistes du Canada 2012, Sarris et coll. 2015). En plus de ses effets sur les substances chimiques et les enzymes clés, l'alimentation agit sur l'inflammation, le stress oxydatif, l'expression des gènes, la formation et le fonctionnement des membranes neuronales, les réactions chimiques, l'activité et la plasticité cérébrale et le microbiote intestinal (Diététistes du Canada 2012, Parletta et coll. 2013, Ramsey et Muskin 2013, SSF 2013, Rodriguez 2016, Jacka et coll. 2017). Ainsi, certaines vitamines antioxydantes contenues dans les fruits et les légumes préviennent l'apparition du stress oxydatif, facteur de risque pour une variété de troubles dont ceux de l'humeur (troubles dépressifs, anxieux, bipolaires, déficitaires de l'attention, et d'hyperactivité), la schizophrénie, l'autisme, la toxicomanie, le déclin cognitif, la démence et la maladie d'Alzheimer (Lakhan et Vieira 2008, SSF 2013). Par ailleurs, les carences nutritionnelles peuvent entraîner des problèmes de structure ou de fonctionnement en modifiant les interactions entre les neurones et les neurotransmetteurs (SSF 2013).

Une association entre la qualité de l'alimentation de la mère pendant la grossesse et les risques de désordres émotifs chez les enfants a été constatée (Sarris et coll. 2015). La malnutrition, le faible poids à la naissance et la prématurité augmentent les risques de désordres neurodéveloppementaux (Diététistes du Canada 2012). Les données récentes sur la neurogénèse et la plasticité cérébrale reconnaissent que la saine alimentation contribue au fonctionnement optimal du cerveau, et ce, tout au long de la vie (Parletta et coll. 2013).

## **Facteurs de risque nutritionnels des personnes atteintes de troubles mentaux**

### Déterminants de la santé

Le risque nutritionnel des personnes atteintes de troubles mentaux est influencé par un ensemble de déterminants de la santé, tant individuels que collectifs. Les déterminants individuels des choix et des habitudes alimentaires incluent des facteurs tels que l'état mental, les préférences et les connaissances alimentaires, la perception de la saine alimentation, les habitudes de vie et l'état psychologique (Teasdale et coll. 2016). Les déterminants collectifs comprennent les facteurs contextuels comme l'environnement familial (milieu de vie), physique (disponibilité et accessibilité des aliments), économique, social (revenus, éducation) et culturel (SSF 2013).

En effet, une diversité de facteurs inhérents à la maladie mentale, dont ses symptômes (anhédonie, délires, hallucinations, troubles de comportements alimentaires, etc.), les effets secondaires de son traitement pharmacologique (augmentation de l'appétit, diminution de la satiété, etc.), la coexistence de maladies physiques (obésité, diabète, dyslipidémie, etc.) ou encore de troubles concomitants (dépendances, abus de substances, etc.), influence les habitudes alimentaires et le statut nutritionnel des personnes qui en sont atteintes (Teasdale et coll. 2017, Dieticians Association of Australia 2012).

De plus, des facteurs psychosociaux tels que l'isolement social, la stigmatisation, les difficultés d'accès aux transports, la précarité du statut socio-économique, les conditions de vie précaires, la faible estime de soi, le manque d'habiletés culinaires, de connaissances ou de ressources pour l'achat de denrées, etc., conduisent souvent à l'insécurité alimentaire (Dietitians Association of Australia 2012). Une enquête nationale effectuée sur la santé de la population canadienne en 2007 a d'ailleurs démontré que les personnes atteintes de dépression ont des taux d'allergies alimentaires deux fois supérieurs à ceux de la population générale, qu'elles ont besoin de trois fois plus d'aide pour la préparation de leur repas et qu'elles vivent davantage (deux fois et demie plus) d'insécurité alimentaire (Diététistes du Canada 2008). Il en résulte une alimentation de moindre qualité qui contribue à la détérioration de leur santé mentale (SSF 2013).

De façon générale, les personnes atteintes de troubles mentaux ont une alimentation peu variée et riche en énergie. Leurs habitudes alimentaires sont souvent irrégulières; elles ont tendance à omettre les repas au profit de collations constituées d'aliments transformés, riches en sucre, sel et matières grasses saturées. Elles consomment peu de produits céréaliers à grains entiers, de fruits et de légumes, de produits laitiers et de légumineuses (Teasdale et coll. 2016, Teasdale et coll. 2017, Barre et coll. 2011).

Les auteurs d'une étude visant à identifier les habitudes de vie d'un groupe de personnes atteintes de troubles mentaux en fonction de leurs diagnostics ont mis en évidence quelques habitudes alimentaires communes aux personnes atteintes de schizophrénie, de maladie bipolaire, d'anxiété et de dépression. Ils ont démontré que seulement 35 % des participants, tous les diagnostics confondus, déjeunaient tous les jours, que 15 % avaient une alimentation variée de façon occasionnelle et que moins de 30 % consommaient régulièrement des légumes. Environ 40 % des personnes atteintes de schizophrénie consommaient occasionnellement trois repas par jour, alors que moins de 20 % des personnes atteintes de troubles dépressifs et anxieux prenaient régulièrement trois repas par jour (Teasdale et coll. 2017).

Les personnes atteintes de troubles mentaux sont également affectées par les changements globaux associés à l'urbanisation, l'approvisionnement et l'industrie alimentaire qui, à un niveau populationnel, ont entraîné de profondes modifications des habitudes alimentaires et des modes de vie (Orpie et coll. 2017, Sarris et coll. 2015). L'augmentation de la prévalence des troubles mentaux dans les pays industrialisés concorde d'ailleurs avec la détérioration du régime occidental qui comprend davantage d'aliments transformés et des aliments dont la valeur nutritive est en décroissance depuis les cinquante dernières années (Diététistes du Canada 2012, Sarris et coll. 2015).

### Carences nutritionnelles

Les carences nutritionnelles constituent un facteur de risque courant et modifiable qui nuit à l'atteinte de résultats optimaux chez les personnes atteintes de troubles mentaux (Ramsey et Muskin 2013). Elles peuvent être induites par une alimentation déséquilibrée, la consommation d'aliments ou la prise de médicaments diminuant l'absorption des nutriments, voire des variations génétiques altérant le métabolisme des vitamines et des nutriments essentiels (Diététistes du Canada 2012, Ramsey et Muskin 2013).

Les nutriments communément associés à la santé mentale incluent les acides gras polyinsaturés, plus particulièrement les oméga-3, les phospholipides, le cholestérol, les minéraux (dont le zinc, le magnésium, le sélénium, le potassium, le cuivre, le fer et l'iode), les vitamines B (B<sub>3</sub>, B<sub>9</sub>, B<sub>6</sub> et B<sub>12</sub>), les vitamines antioxydantes (A, C et E), la vitamine D et les autres substances bioactives (fibres, bactéries, etc.) (Diététistes du Canada 2012, Parletta et coll. 2013, Jacka et coll. 2017).

Aussi, la prise de suppléments nutritionnels, en tant que traitement adjuvant des troubles mentaux, s'avère une avenue prometteuse. Les données probantes soutiennent l'utilisation de certains suppléments en monothérapie ou en complément de la médication (World Psychiatry 2015). La prise d'un supplément oral de fer associé au traitement psychotrope, par exemple, a démontré, dans une étude réalisée auprès de sujets carencés qui éprouvent divers problèmes de santé mentale (troubles de l'humeur et du comportement, troubles anxieux, troubles du sommeil et délires de persécution), une régression, voire une rémission des symptômes psychiatriques. Les bienfaits se sont traduits par une réduction de l'hyperémotivité, de l'anxiété, de l'irritabilité, de l'agressivité, de la tristesse, de l'anhédonie, de l'apathie, de l'asthénie, des troubles du sommeil, des symptômes neurovégétatifs, des troubles de la conduite alimentaire, du syndrome des jambes sans repos, des performances cognitives et de la probabilité du recours à l'hospitalisation psychiatrique (Kassir 2016).

## Dysphagie

Le risque de carences nutritionnelles des personnes atteintes de troubles mentaux est également accru par d'autres problèmes tels que la dysphagie. Cette dernière affecte de 30 % à 60 % des personnes âgées vivant en institution (UETMIS 2015). La dysphagie met en péril la capacité d'une personne à s'alimenter et à s'hydrater adéquatement, ce qui constitue un facteur de risque important de malnutrition (UETMIS 2015). Elle est associée à une perte pondérale non souhaitable, à un déséquilibre du statut nutritionnel, à la déshydratation et à une diminution de l'autonomie aux repas (UETMIS 2015).

La dysphagie, tout comme les problèmes comportementaux relatifs à l'alimentation dont le syndrome du mangeur rapide, augmente l'incidence d'obstruction respiratoire qui est huit fois plus élevée chez les personnes atteintes de troubles mentaux comparativement à la population générale. Aussi, 10 % des décès accidentels sont liés à ces problèmes (UETMIS 2015). Le traitement pharmacologique (ex. : neuroleptique), la piètre condition dentaire, le port de prothèses dentaires, la consommation d'alcool, le fait de bouger, de parler ou de rire en mangeant, de manger très rapidement ou de façon vorace et la crainte de se faire enlever des aliments ou d'en voler sont d'autres exemples de facteurs qui peuvent induire ou augmenter le risque d'obstruction respiratoire (UETMIS 2015).

## Troubles de la conduite alimentaire

Les troubles de la conduite alimentaire, souvent sous-diagnostiqués et sous-traités chez les personnes atteintes de troubles mentaux, constituent un autre problème susceptible d'altérer le statut nutritionnel. Seule une minorité des personnes aux prises avec des problèmes de boulimie ou d'accès hyperphagique est soignée (43,2 % et 43,6 %) (Lavie et coll. 2015). Parmi celles qui sont référées pour des conseils nutritionnels, plusieurs ignorent que leurs habitudes alimentaires sont un problème ou nocives et très souvent la raison première de consultation est le désir de perdre du poids (Anderson 2015).

Or, la concomitance des troubles mentaux est également courante chez les personnes aux prises avec des troubles de la conduite alimentaire (Cas Cliniques Sides). À titre d'exemple, les personnes atteintes d'anorexie mentale sont plus susceptibles de présenter des troubles dépressifs menant dans une plus grande proportion au suicide, des troubles obsessionnels et compulsifs (rituels de rangement, de vérification et de lavage), de la phobie sociale, des troubles anxieux généralisés, des troubles de la personnalité limite (avec comportements d'automutilation et tentatives de suicide) et des troubles liés à l'abus de substances, plus particulièrement de psychostimulants (Lavie et coll. 2015).

Les personnes souffrant de boulimie ou d'accès hyperphagique, quant à elles, présentent davantage des troubles dépressifs, des troubles anxieux, des troubles de personnalité et des troubles liés à l'abus de substances. Le risque suicidaire est de 7 à 31 fois supérieur à celui de la population générale. Le suicide est d'ailleurs responsable de 23 % des décès (Lavie et coll. 2015). Les autres causes les plus fréquentes sont l'hypokaliémie, l'arythmie cardiaque et la rupture digestive (Lavie et coll. 2015).

L'accès hyperphagique est également associé à une fréquence accrue de comorbidités physiques, y compris les troubles cardiovasculaires et le diabète de type 2, et à une augmentation de la mortalité (du double) comparativement à la population générale (Lavie et coll. 2015).

Comme le montrent ces constats, les principaux motifs d'intervention des nutritionnistes en santé mentale visent (Providence Health Care, Dietitians Association of Australia 2012) :

- L'évaluation des besoins et l'élaboration d'un plan nutritionnel adapté à la condition de la personne;
- La gestion des effets secondaires de la médication psychotrope (variation de l'appétit, etc.);
- La gestion des facteurs de risque des maladies cardiovasculaires (gain pondéral, diabète, dyslipidémie, hypertension, etc.) et des comorbidités physiques (troubles rénaux, etc.);
- La personnalisation du plan nutritionnel par des repas et des collations adaptés;
- Le counseling individuel et l'enseignement de groupe auprès des personnes hospitalisées ou en externe;
- Le renforcement des compétences alimentaires de la personne par le soutien à la planification et la préparation des repas;
- La détermination de la voie d'alimentation selon la condition de la personne;
- La collaboration avec les partenaires du réseau et de la communauté.

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

Plusieurs études ont démontré l'effet protecteur de l'alimentation méditerranéenne (qui est caractérisée par une grande consommation de légumes, de fruits, de légumineuses, d'huile d'olive, de poissons, de céréales, de noix et de graines, et la consommation modérée de vin rouge) sur la santé mentale, ainsi que la diminution des comorbidités physiques (obésité, diabète, certains types de cancer, ostéoporose et maladies hépatiques), de la mortalité cardiovasculaire (amélioration de 20 %) et de la mortalité, toutes causes confondues (Teasdale et coll. 2017, Parletta et coll. 2013, Jacka et coll. 2017, Low Dog et Tucson 2010).

### 2.2.1 Sur le plan psychologique

#### Troubles de l'humeur

Une alimentation déséquilibrée, principalement constituée de charcuteries, d'aliments sucrés et frits, de produits céréaliers raffinés et de produits laitiers riches en matières grasses, est associée à une détérioration de la santé mentale et physique, un risque accru de dépression et de suicide (Sarris et coll. 2015), non seulement chez les adultes, mais également chez les enfants et les adolescents (Jacka 2017, Low Dog et Tucson 2010). À leur tour, les symptômes dépressifs peuvent influencer les apports et les comportements alimentaires qui augmentent les risques d'obésité (Cabout et coll. 2017).

Une étude contrôlée randomisée visant à évaluer l'impact d'une alimentation riche en nutriments sur la dépression majeure (the SMILES' trial) a démontré que les changements nutritionnels réalisés par les participants, en plus de leurs bienfaits sur les comorbidités physiques (bien que non significatifs sur les marqueurs cardiovasculaires traditionnels), ont contribué au traitement des troubles dépressifs. Ces effets sont attribuables aux voies biologiques impliquées entre l'alimentation et la santé mentale (Jacka et coll. 2017).

Les principaux nutriments qui ont démontré des effets protecteurs contre la dépression sont les acides gras oméga-3, le magnésium, le calcium, les fibres ainsi que les vitamines B<sub>1</sub>, B<sub>9</sub>, B<sub>12</sub>, D et E. Leurs bienfaits résulteraient de leurs effets anti-inflammatoires et de leur rôle fondamental dans le maintien des membranes des neurones (Cabout et coll. 2017).

Les acides gras oméga-3 sont reconnus pour affecter un éventail de processus neurobiologiques impliqués dans la dépression (Cabout et coll. 2017, Sarris et coll. 2016). La recherche en neuropharmacologie a démontré le rôle

anti-inflammatoire des oméga-3 et leur action protectrice face aux dommages neuronaux causés par le stress oxydatif associé à la dépression (Sarris et coll. 2016, Opie et coll. 2017).

La vitamine B<sub>9</sub>, le zinc et le magnésium sont inversement associés aux troubles dépressifs alors que les acides gras omega-3 sont inversement associés aux troubles anxieux (Rodriguez 2014).

La carence en vitamine D augmente les risques de dépression et est concomitante des troubles de l'humeur chez les personnes âgées (Cabout et coll. 2017, Motsinger et coll. 2014, Sarris et coll. 2016, Opie et coll. 2017).

Une étude prospective visant à expliquer les liens entre les comportements et les apports alimentaires, le statut nutritionnel, l'obésité et le développement de la dépression, en cours dans huit pays européens (The MoodFOOD project), a démontré que le gain pondéral était associé à la gestion des émotions chez des femmes atteintes de dépression. L'étude a également montré que les hommes qui avaient un faible taux sérique de vitamine D étaient deux fois plus susceptibles de souffrir de dépression (Cabout et coll. 2017).

Une alimentation saine qui comprend une consommation plus élevée de fruits, de légumes, de poissons et de grains entiers est associée à une diminution du risque de dépression (Jacka 2017, Opie et coll. 2017, Cabout et coll. 2017).

Les modèles d'alimentation traditionnels comme l'alimentation méditerranéenne, norvégienne ou japonaise partagent des caractéristiques uniques, notamment la prédominance d'aliments à base de plantes et de poissons et le partage de l'expérience des repas avec la famille et la communauté, y compris la transmission des traditions alimentaires de génération en génération. Les éléments nutritionnels qu'elles fournissent diminuent le risque de dépression et la sévérité des symptômes dépressifs (Opie et coll. 2017, Low Dog et Tucson 2010).

L'alimentation méditerranéenne est associée à une diminution de 30 % du risque de dépression, à une diminution de l'inflammation systémique de bas grade (qui passe inaperçue cliniquement), des troubles endothéliaux et des troubles métaboliques, conditions fréquemment retrouvées chez les personnes atteintes de dépression (Jacka et coll. 2017). À leur tour, les personnes atteintes de maladies cardiovasculaires, du syndrome métabolique ou de diabète de type 2 sont reconnues pour présenter un risque accru de dépression. Ainsi, l'alimentation méditerranéenne serait particulièrement efficace pour diminuer les risques de dépression chez les personnes atteintes de diabète de type 2 (Opie et coll. 2017).

Les antioxydants contenus dans les fruits et les légumes, qui se retrouvent en grande proportion dans l'alimentation méditerranéenne, offriraient une protection contre les effets négatifs du stress oxydatif et entraîneraient une diminution des marqueurs inflammatoires observés dans la dépression (Sarris et coll. 2016).

Les apports élevés en folates pourraient également expliquer les bienfaits de l'alimentation méditerranéenne, des déficiences en folates ayant été observées dans les populations où le taux de dépression est élevé. De faibles apports alimentaires et la diminution des concentrations sériques de folates sont associés à la sévérité et à la durée des épisodes dépressifs (Sarris et coll. 2016).

### **Troubles cognitifs**

L'alimentation influence l'humeur, le comportement et les fonctions cognitives (Diététistes du Canada 2012). Les troubles cognitifs et les déficiences nutritionnelles sont plus fréquents chez les personnes âgées que chez les adultes. Une hypothèse visant à expliquer les troubles cognitifs suggère un lien entre le fait de consommer une moins

grande quantité de nourriture, alors que des besoins nutritifs demeurent semblables ou sont même supérieurs pour certains micronutriments (Diététistes du Canada 2012).

### **Troubles psychotiques**

Les personnes atteintes de schizophrénie sont reconnues pour avoir de moins bonnes habitudes alimentaires, une plus grande détérioration de leur santé métabolique et de plus hauts taux de mortalité prématurée comparativement aux personnes atteintes d'autres désordres psychiatriques (Firth et coll. 2018). De façon générale, elles consomment davantage d'aliments à forte densité énergétique, riches en glucides et en lipides, et peu de fruits et de légumes, ce qui les prédispose à des carences en vitamine C, en vitamine B<sub>9</sub>, en carotène et en fibres alimentaires (Teasdale et coll. 2016).

Or, des carences en vitamines B<sub>9</sub> et B<sub>12</sub> ont été observées chez cette population et associées à la sévérité des symptômes. Qui plus est, la prise de suppléments de vitamine B a démontré une réduction significative des symptômes et la correction de certains déficits neurologiques associés à la schizophrénie (Firth et coll. 2018).

Des taux réduits de vitamines antioxydantes C et E ont également été démontrés chez les personnes atteintes de schizophrénie au long cours et pourraient contribuer à l'élévation du stress oxydatif observé chez ces dernières (Firth et coll. 2018).

La vitamine D serait également impliquée dans le développement de la schizophrénie. En effet, une déficience développementale, plus particulièrement en vitamine D<sub>3</sub>, augmente les risques de maladie. Une carence en vitamine D (et en folates) a d'ailleurs été documentée, tant chez des personnes atteintes d'un premier épisode de psychose que chez celles pour lesquelles la maladie était établie depuis plusieurs années. La carence en vitamine D a aussi été associée à la gravité des symptômes et pourrait être liée à la détérioration de la santé physique et mentale chez les personnes atteintes de schizophrénie (Firth et coll. 2018).

Des carences en zinc et en sélénium ont été observées chez des personnes atteintes de schizophrénie tout comme chez celles qui sont atteintes de dépression (Firth et coll. 2018).

La surconsommation de caféine, qui est courante chez les personnes atteintes de schizophrénie, contribue à l'augmentation de l'anxiété, des troubles du sommeil et de l'agitation psychomotrice et pourrait aggraver la psychose (Diététistes du Canada 2012).

### **Troubles concomitants**

Les troubles concomitants constituent souvent un obstacle à la saine alimentation. Ils entraînent des changements draconiens dans les habitudes alimentaires qui sont à l'origine de carences, de malnutrition et d'insécurité alimentaire (Teasdale et coll. 2016).

Les experts du centre de toxicomanie et de santé mentale de Toronto reconnaissent que la saine alimentation est essentielle à la bonne santé et constitue un facteur important du traitement de la toxicomanie et des troubles mentaux (Goggins 2009). Ils ajoutent que l'intervention nutritionnelle, combinée à la thérapie médicale, comportementale et pharmacologique, améliore l'efficacité du traitement et favorise le rétablissement (Diététiste du Canada 2008).

## 2.2.2 Sur le plan physique

Les programmes de gestion du poids, comprenant des interventions nutritionnelles, ont démontré leur efficacité pour aider les personnes atteintes de troubles mentaux graves à réduire leur consommation d'énergie et à être plus actives physiquement. Une perte de poids modeste ainsi qu'une légère augmentation du niveau d'activité physique entraînent une diminution du risque des principales maladies associées à l'obésité dont les maladies cardiovasculaires, les accidents vasculaires cérébraux, l'hypertension artérielle, l'arthrose, le diabète de type 2, ainsi que les cancers de l'endomètre, du sein, du rein et du côlon (Teasdale et coll. 2017).

L'efficacité des interventions nutritionnelles comme composantes d'un programme sur les habitudes de vie a été démontrée, tant pour l'amélioration des marqueurs métaboliques que pour la prévention du gain pondéral chez des personnes atteintes de premières psychoses. Elles ont également entraîné des pertes pondérales chez les personnes dont la maladie était déjà établie (Teasdale et coll. 2017).

Les bienfaits des changements alimentaires sur la santé physique des personnes atteintes de troubles mentaux seraient attribuables aux mêmes voies biologiques qui agissent sur la santé mentale (Dietitians of Australia 2012, Low Dog et Tucson 2011).

## 3. Modèles de pratique en nutrition

Les nutritionnistes sont les personnes les plus qualifiées pour identifier les besoins nutritionnels des personnes atteintes de troubles mentaux et planifier des interventions appropriées et adaptées visant l'amélioration de leur qualité de vie (OPDQ 2008).

Les interventions nutritionnelles devraient être intégrées à la routine dans les soins en santé mentale afin de prévenir et de traiter le gain pondéral induit par la médication psychotrope (Teasdale et coll. 2017).

Les personnes atteintes de troubles mentaux devraient être évaluées systématiquement par une nutritionniste dans le but (Diététistes du Canada 2012) :

- D'améliorer ou de stabiliser l'état nutritionnel (cerner, prévenir ou minimiser les effets secondaires de la médication sur le statut nutritionnel);
- D'identifier et de modifier les habitudes alimentaires altérées;
- D'optimiser l'efficacité des traitements pharmacologiques;
- De permettre à la personne de fonctionner à son plein potentiel et de mener une vie autonome.

Les nutritionnistes doivent travailler en étroite collaboration avec les équipes en santé mentale afin d'optimiser l'efficacité des interventions en renforçant la motivation et les objectifs de la personne (Teasdale et coll. 2017).

Comme les problèmes nutritionnels des personnes atteintes de troubles mentaux découlent d'un ensemble de facteurs biopsychosociaux et économiques, l'intervention de la nutritionniste en santé mentale varie selon la nature du problème (Providence Health Care).

Les interventions visant l'amélioration des habitudes alimentaires devraient inclure des conseils nutritionnels, un soutien individualisé, la participation de la famille ou des proches et des objectifs personnalisés aux besoins, à la culture, etc. (Teasdale et coll. 2017).

Les nutritionnistes doivent prendre en compte les dimensions psychologiques et relationnelles de l'acte alimentaire, le contexte de vie, de même que les déterminants biologiques innés ou acquis de la personne afin d'assurer l'efficacité des interventions nutritionnelles (Basdevant 2014).

L'inclusion de l'éducation nutritionnelle et des compétences culinaires dans les programmes de réadaptation à l'intention des personnes atteintes de troubles mentaux est essentielle à l'adoption de saines habitudes alimentaires. Au-delà de l'acquisition des connaissances de base sur la saine alimentation, il importe de considérer le style de vie, les habiletés culinaires, l'accès à l'équipement nécessaire, les ressources financières, le niveau de littératie, etc., afin de permettre aux personnes d'amorcer des changements alimentaires bénéfiques et de les maintenir dans le temps. Une alimentation équilibrée nécessite de faire de bons choix, ce qui peut s'avérer difficile pour certaines personnes et encore plus pour celles qui sont atteintes de troubles mentaux graves (Basdevant 2014).

Les nutritionnistes doivent considérer et adapter leurs interventions aux particularités des personnes atteintes de troubles mentaux telles que la faible observance des rendez-vous, les troubles cognitifs, les effets secondaires de la médication, le faible niveau de motivation, l'exclusion sociale, l'isolement et les contraintes financières. Elles doivent utiliser des stratégies appropriées de changement de comportement pour induire des changements durables (Teasdale et coll. 2017). Elles ont besoin d'un ensemble de ressources non strictement médicales afin que leurs recommandations puissent être mises en pratique. Elles doivent s'engager dans une démarche multidisciplinaire visant à développer des outils fonctionnels et individualisés (Basdevant 2014).

Des éléments clés pour la réalisation d'interventions nutritionnelles individuelles auprès des personnes atteintes de troubles mentaux ont été identifiés. Ainsi, les nutritionnistes devraient développer des interventions visant à contrer (Teasdale et coll. 2017) :

- ▶ L'impact du taux élevé d'absentéisme aux rendez-vous;
- ▶ La capacité réduite à traiter et retenir l'information (en raison des troubles cognitifs et des effets sédatifs de la médication);
- ▶ Le faible niveau de motivation;
- ▶ La sédentarité;
- ▶ L'exclusion sociale et l'isolement;
- ▶ Les limites financières.

Les nutritionnistes sont en mesure de personnaliser leurs interventions afin d'aider les personnes atteintes de troubles mentaux à adopter de petits changements durables. Ces changements ne sont pas négligeables puisque même une légère amélioration de la qualité de l'alimentation réduit les risques de mortalité, toutes causes confondues (Teasdale et coll. 2017).

Le modèle transthéorique de changement de comportement et l'entretien motivationnel sont des stratégies utilisées par les nutritionnistes qui ont démontré leur efficacité auprès de personnes atteintes de troubles mentaux (Teasdale et coll. 2017).

Une revue de littérature, portant sur les défis nutritionnels rencontrés par les personnes atteintes de troubles mentaux et les stratégies pour les surmonter, a démontré que les interventions fondées sur la pleine conscience peuvent réduire la prévalence des comportements alimentaires atypiques fréquemment retrouvés chez ces personnes (Teasdale et coll. 2017).

Des stratégies d'intervention nutritionnelle, développées pour outiller les nutritionnistes à répondre adéquatement aux besoins des personnes atteintes de troubles mentaux, recommandent qu'elles (OPQD) :

- ▶ Développent des habiletés adaptées à la complexité des besoins de la personne;
- ▶ Aient une compréhension des besoins et des traitements nutritionnels disponibles pour des personnes pouvant être prédisposées à des sautes d'humeur, à des troubles d'apprentissage et de développement, à l'utilisation et l'abus de substances ou à des habitudes alimentaires mettant leur santé en péril;
- ▶ Demeurent vigilantes quant aux facteurs de risque cardiométabolique des personnes atteintes de troubles mentaux qui sont exacerbés par les effets secondaires de la médication (gain de poids, diabète, dyslipidémie, etc.) et qui sont souvent moins bien dépistés;
- ▶ Suivent l'évolution du poids afin de s'assurer que l'apport énergétique soit adéquat, considérant le manque de données sur la dépense énergétique réelle des personnes (stress, anxiété, dyskinésie tardive, hyperactivité, etc.);
- ▶ Mettent de l'avant une intervention qui donne à la personne la possibilité de choisir, de participer activement aux décisions, d'actualiser son plein potentiel et d'exercer ses droits, tout en tenant compte de ses capacités physiques et intellectuelles. Il est tout aussi important de prendre en considération les facteurs biopsychosociaux tels que la facilité d'approvisionnement, le budget, les services offerts et leur accessibilité, ainsi que le niveau de scolarité de la personne;
- ▶ Fassent participer la personne aux rencontres de l'équipe interdisciplinaire afin de mieux connaître ses besoins, de lui faire connaître les objectifs nutritionnels et d'esquisser avec elle un plan d'action;
- ▶ Travaillent en étroite collaboration avec l'entourage de la personne (famille, proches, professionnels, etc.);
- ▶ Conduisent les interventions en tenant compte de l'intensité des symptômes associés (agressivité, capacité d'attention, agitation, etc.) et ainsi faire en sorte de limiter les objectifs de récupération nutritionnelle en phase aiguë de la maladie et de profiter des épisodes de stabilité pour améliorer l'état nutritionnel;
- ▶ Développent ou utilisent des outils adaptés à la capacité intellectuelle ou physique de la personne;
- ▶ Tiennent compte des dysfonctions cognitives, particulièrement sur le plan du traitement de l'information. Il peut être essentiel de confirmer les rendez-vous, de structurer les informations transmises et de recentrer la personne sur des objectifs réalistes;
- ▶ Développent et utilisent différents types d'interventions et d'approches de modification du comportement (thérapie cognitivo-comportementale, entretien motivationnel, etc.);
- ▶ Observent, lorsque indiqué, la personne pendant les repas afin de vérifier l'ingestion des aliments, les préférences, les problèmes de coordination, le degré d'autonomie et les troubles des comportements alimentaires (compulsion, dysphagie, pica, etc.);

- ▶ Favorisent une bonne collaboration et communication entre l'établissement et les professionnels du réseau;
- ▶ Aident la personne à trouver et à utiliser les ressources du milieu : cuisines collectives, popotes roulantes et banques alimentaires.

L'Ordre professionnel des diététistes de la Grande-Bretagne affirme que, par ses interventions, la nutritionniste vise à maintenir, améliorer et maximiser la santé physique et mentale des personnes atteintes de troubles mentaux, à traiter les comorbidités et à prévenir les problèmes nutritionnels. Son rôle consiste à habiliter les personnes à faire des choix alimentaires éclairés et les inciter à adopter de saines habitudes de vie. Elle fournit des informations et du soutien afin de les rendre autonomes, capables d'identifier leurs problèmes alimentaires et de trouver des solutions. L'Ordre affirme que cette approche est démontrée comme étant la plus efficace pour améliorer les habitudes alimentaires de façon continue. Le résultat optimal n'est pas nécessairement l'atteinte d'une alimentation parfaite, mais plutôt un juste équilibre entre une saine alimentation satisfaisante et le bien-être (Lea 2008).

### **Problèmes particuliers en santé mentale**

#### Dysphagie

L'intervention nutritionnelle préventive est essentielle à l'égard des personnes atteintes de troubles mentaux et de dysphagie. Un plan de traitement nutritionnel recommandant, entre autres, une alimentation optimale et sécuritaire permet de prévenir les carences nutritionnelles et la déshydratation ou de les pallier rapidement.

Le rôle de la nutritionniste dans le traitement de la dysphagie chez les personnes atteintes de troubles mentaux vise à (UETMIS 2015) :

- Évaluer l'état nutritionnel et s'assurer que la personne peut, de façon sécuritaire, s'alimenter en quantité et en qualité suffisante pour maintenir ou améliorer cet état;
- Évaluer les capacités résiduelles des fonctions de la déglutition, en collaboration avec les autres membres de l'équipe interdisciplinaire;
- Préciser la problématique du risque d'obstruction respiratoire afin de définir les propriétés physiques des aliments que la personne doit consommer;
- Recommander un plan d'action nutritionnel comprenant les propriétés physiques des aliments et des liquides à consommer, le type d'alimentation nécessaire pour répondre aux besoins nutritionnels de la personne (dont le besoin ou non de supplémentation), un menu type exposant les détails d'application lors des repas et des collations, les techniques d'alimentation à privilégier auprès de la personne;
- Surveiller l'état nutritionnel de la personne ayant un plan d'action nutritionnel.

L'évaluation clinique de la dysphagie devrait être réalisée par un professionnel de la santé formé en la matière, notamment les ergothérapeutes ou les nutritionnistes. L'évaluation clinique de la déglutition devrait être réalisée en interdisciplinarité, le partage des expertises de chacun permettant d'arriver à un portrait plus précis de la situation et à des conclusions plus complètes (UETMIS 2015).

## Troubles de la conduite alimentaire

Le dépistage et le suivi des troubles de la conduite alimentaire doivent être les plus précoces possibles. L'objectif est de prévenir le risque d'évolution vers une forme chronique et les complications médicales, psychiatriques ou psychosociales, en particulier chez les adolescents (CCS). Plus la durée d'évolution de la maladie est longue et plus les complications et le risque de séquelles sont importants (Lavie et coll. 2015).

Des services spécialisés et surspécialisés existent dans le traitement de l'anorexie et de la boulimie. Toutefois, en ce qui concerne l'accès hyperphagique, introduit officiellement dans le DSM-V en 2013, les traitements offerts sont très limités, voir pratiquement inexistantes.

De 80 à 94% des individus avec boulimie et accès hyperphagique n'auraient jamais recherché d'aide professionnelle pour le trouble (Pettersson et coll. 2017).

Il importe de poursuivre les recherches et le développement à cet effet, considérant que l'accès hyperphagique est les troubles des conduites alimentaires dont la prévalence est la plus élevée dans la population générale (jusqu'à 3,8% vs 1% pour l'anorexie et 2% pour la boulimie).

Le traitement, qu'il soit ambulatoire ou hospitalier, doit toujours être multidisciplinaire, continu et prolongé (un an après la rémission au minimum). L'évaluation doit être globale sur l'état clinique général, physique, nutritionnel et psychiatrique, et inclure aussi l'évaluation du fonctionnement familial et du cadre social. Elle doit rechercher les signes de gravité, en particulier ceux justifiant une hospitalisation (Lavie et coll. 2015).

La famille joue un rôle clé dans le succès de la démarche et doit être le plus possible associée aux décisions thérapeutiques. Une vigilance toute particulière doit lui être portée afin de l'aider à comprendre la maladie de son proche et à le soutenir. Le contrôle du poids, de l'état nutritif et de l'état clinique doit être régulier et prolongé. Le suivi vise à prévenir et à dépister la rechute, mais aussi à repérer l'apparition de symptômes dépressifs ou anxieux, souvent secondaires à la reprise pondérale (Lavie et coll. 2015).

L'intervention nutritionnelle en présence d'anorexie a pour objectif initial la renutrition, c'est-à-dire l'obtention et le maintien d'un poids et d'un statut nutritionnel adaptés. Elle doit être prudente et progressive afin d'éviter le syndrome de réalimentation (CCS).

L'approche nutritionnelle vise ensuite à assurer la rééducation nutritionnelle, c'est-à-dire l'obtention d'une alimentation qualitativement et quantitativement correcte et de comportements adaptés. Cette phase doit permettre de réintroduire une souplesse dans l'alimentation et de retrouver son caractère hédonique et sociable (CCS).

## Collaboration avec les psychiatres

Les lignes directrices australiennes pour le traitement des personnes atteintes de troubles de l'humeur (Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists 2015) précisent que les psychiatres devraient discuter des impacts de la nutrition sur la dépression avec leurs clientèles, en plus de les référer et de faciliter leur accès à des services appropriés en nutrition (Jacka et coll. 2017).

Les psychiatres devraient évaluer les habitudes alimentaires et le statut vitaminique des personnes, particulièrement chez les personnes plus âgées et celles qui ont un plus faible statut socioéconomique ou qui vivent de l'insécurité alimentaire, qui ont des antécédents de résistance au traitement, des habitudes alimentaires restrictives telles que

le végétarisme ou qui présentent de l'alcoolisme. Les taux sériques de folates, de vitamine D et B<sub>12</sub> devraient être vérifiés. Chez certaines personnes, le fait d'évaluer les taux de vitamine B<sub>2</sub> et B<sub>6</sub> peut fournir des indications étiologiques concernant l'apparition de symptômes psychiatriques ou l'absence de réponse thérapeutique (Ramsey et Muskin 2013).

### Pratiques émergentes

Les suppléments de vitamines et de minéraux représentent une avenue prometteuse à l'amélioration des fonctions cognitives et de la santé mentale. Des études randomisées et contrôlées ont démontré une amélioration des performances cognitives chez des étudiants recevant une multivitamine. Cette amélioration était encore plus marquée chez les enfants qui avaient des difficultés d'apprentissage ou qui provenaient de milieux socioéconomiques défavorisés. La prise de suppléments d'omega-3 et de micronutriments a entraîné une réduction considérable des comportements violents chez les jeunes aux prises avec des troubles mentaux, et une réduction de 26 % à 35 % des condamnations chez les jeunes contrevenants adultes (Parletta et coll. 2013).

La recherche devrait se concentrer sur le développement de lignes directrices alimentaires adaptées à chaque trouble mental et l'identification de stratégies visant à contrer les effets négatifs d'une alimentation riche en graisses saturées et en sucres simples sur la maladie mentale (Parletta et coll. 2013).

Au cours de la dernière décennie, le microbiote intestinal s'est avéré une avenue prometteuse en psychiatrie. Ce dernier agirait à la fois sur le comportement et la santé mentale par un axe microbiote-intestin-cerveau qui serait bonifié par la saine alimentation (Garnier 2015, Iroach et coll. 2016). Une alimentation de type méditerranéen induirait des changements microbiens positifs qui, à leur tour, se répercuteraient sur le fonctionnement du cerveau (Garnier 2015).

## 4. Domaines d'activités cliniques

La nutritionniste œuvrant au PSG évalue la globalité de la problématique, propose un plan de traitement nutritionnel et en assure le suivi. La nature de ses activités cliniques peut être d'ordre curatif, préventif, éducatif, de soutien, de réadaptation ou de promotion de la santé.

Les problèmes le plus souvent rencontrés chez la personne atteinte de troubles mentaux et ayant des répercussions sur l'état nutritionnel sont multiples, notons par exemple :

### Troubles du comportement

- ▶ Troubles de la conduite alimentaire;
- ▶ Refus de s'alimenter;
- ▶ Obsessions/compulsions, rituels, maniérisme;
- ▶ Croyances restrictives;
- ▶ Syndrome du mangeur rapide;
- ▶ Agitation psychomotrice;
- ▶ Abus de substances et dépendances, etc.

### Comorbidités physiques

- ▶ Maladies cardiovasculaires;
- ▶ Maigreur, obésité, surplus pondéral;
- ▶ Diabète;
- ▶ Syndrome métabolique;
- ▶ Constipation;
- ▶ Troubles gastro-intestinaux;
- ▶ Effets secondaires de la médication, etc.

### Malnutrition et les variations de l'appétit et du poids

- ▶ Diminution des apports alimentaires et hydriques;
- ▶ Augmentation des apports alimentaires;
- ▶ Insécurité alimentaire;

- ▶ Méconnaissance de la saine alimentation;
- ▶ Prévention;
- ▶ Dépistage, etc.

### **Troubles de la déglutition et risque d'obstruction respiratoire**

- ▶ Dysphagie;
- ▶ Syndrome du mangeur rapide.

En plus des problèmes physiques et mentaux, la personne référée est souvent prédisposée à l'abus de substances, au tabagisme, à des habitudes de vie déficientes et à l'insécurité financière et alimentaire.

## 5. Objectifs cliniques

Objectif général	Objectif spécifique
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Rétablir, améliorer et favoriser le maintien d'un état nutritionnel optimal au traitement des troubles mentaux et des comorbidités physiques.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Favoriser l'atteinte d'une alimentation saine, équilibrée et adaptée;</li> <li>▶ Viser une meilleure compréhension de l'impact des habitudes alimentaires sur la santé mentale et physique;</li> <li>▶ Viser à atténuer les symptômes de la maladie mentale ou physique de la personne par la mise en place d'un plan de traitement nutritionnel adapté;</li> <li>▶ Favoriser l'adhésion de la personne au plan de traitement nutritionnel par des approches adaptées à sa condition biopsychosociale;</li> <li>▶ Favoriser l'autonomie alimentaire de la personne.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Potentialiser l'efficacité et minimiser les effets secondaires du traitement pharmacologique.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Viser une meilleure compréhension de la corrélation entre l'alimentation et le traitement pharmacologique;</li> <li>▶ Prévenir, atténuer et traiter certains effets secondaires (reflux gastro-œsophagien, gain pondéral non souhaitable, intolérance au glucose, dyslipidémie, obésité, etc.) des psychotropes et autres classes de médicaments;</li> <li>▶ Corriger les carences nutritionnelles qui diminuent l'efficacité de la médication ou qui sont induites par celle-ci (déficit protéino-énergétique, interactions médicament/nutriments, etc.).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Conscientiser la personne à l'impact qu'ont ses habitudes alimentaires sur sa capacité à réaliser des activités de la vie quotidienne et occupationnelles (participation à des activités de loisirs, à des ateliers culinaires, pratique d'activités physiques, activités significantes, travail, etc.), son bien-être général,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Favoriser et renforcer les changements d'habitudes de vie favorables à la santé mentale et physique, notamment la saine alimentation, la pratique d'activités physiques et sportives, la cessation tabagique, et la réalisation d'activités de loisirs et d'activités significantes pour la personne.</li> </ul>

sa qualité de vie et son rétablissement.	
--	--

## 6. Offre de service

### 6.1 Clientèle en santé mentale-volet hospitalisation

- ▶ **Consultation individuelle et suivi en nutrition, à la demande des équipes traitantes des unités de soins.**
  - ▶ S'adresse à la clientèle hospitalisée en soins de courte et longue durée au site Institut universitaire en santé mentale de Québec dont la condition physique et mentale requiert un suivi en nutrition pour l'atteinte d'objectifs dans le cadre du processus de rétablissement (plan de traitement et d'intervention, et projet de vie);
  - ▶ L'offre de service propose les activités cliniques suivantes : évaluation, établissement d'un plan de traitement nutritionnel et suivi du plan établi;
  - ▶ L'intensité et la durée du suivi sont variables selon l'état de la personne, son stade et son évolution. La poursuite du suivi en externe est possible, au besoin.
- ▶ **Intervention de groupe, uni ou interdisciplinaire, sur des problématiques touchant les domaines d'expertises en nutrition.**
  - ▶ Capsules psychoéducatives.

### 6.2 Clientèle en santé mentale-volet externe

- ▶ **Consultation individuelle et suivi en nutrition, à la clinique externe du site Institut universitaire en santé mentale de Québec, à domicile ou dans la communauté.**
  - ▶ S'adresse à la clientèle du CIUSSS de la Capitale-Nationale dont la condition physique et mentale requiert un suivi en nutrition pour l'atteinte d'objectifs dans le cadre du processus de rétablissement (plan de traitement et d'intervention, et projet de vie);
  - ▶ L'offre de service propose les activités cliniques suivantes : l'évaluation, l'établissement d'un plan de traitement nutritionnel et le suivi du plan établi;
  - ▶ L'intensité et la durée du suivi en nutrition sont variables selon l'état de la personne, son stade et son évolution.
- ▶ **Intervention de groupe, uni ou interdisciplinaire, sur des problématiques touchant les domaines d'expertises en nutrition.**
  - ▶ Capsules psychoéducatives.

### 6.3 Services complémentaires

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

### 6.4 Activités de transfert de connaissances

- ▶ **Collaboration à des projets de recherche en nutrition avec une clientèle atteinte de troubles de santé mentale.**
- ▶ **Conseils pour les professionnels de la santé et les intervenants de la communauté.**
  - ▶ S'adresse aux professionnels et intervenants en santé mentale qui ont besoin d'un soutien dans l'atteinte d'objectifs liés au processus de rétablissement de la personne, plus particulièrement en ce qui concerne les problèmes suivants : troubles de la déglutition, chutes, impacts fonctionnels et comportementaux chez la personne vieillissante atteinte d'un trouble de santé mentale. L'apport des autres professionnels du PSG est souvent nécessaire;
  - ▶ L'offre de service propose des activités de transfert des connaissances : enseignement et *coaching* de proximité;
  - ▶ La durée du service et le lieu sont variables.
- ▶ **Enseignement et supervision de stages.**

### 6.5 Collaborations cliniques spécifiques

- ▶ **Évaluation clinique de la déglutition.**
  - ▶ S'adresse à la clientèle en santé mentale du CIUSSS de la Capitale-Nationale aux prises avec des difficultés de déglutition dont la condition, physique et mentale, requiert un suivi spécialisé de l'ergothérapeute et d'une nutritionniste du PSG;

- ▶ Cette évaluation est faite conjointement avec une nutritionniste du PSG et inclut les activités cliniques suivantes : évaluation, enseignement et recommandations;
- ▶ La durée du suivi est variable, de 4 mois au maximum ou dès l'atteinte d'un plateau de sécurité et d'une qualité de vie;
- ▶ Les services sont offerts au site Institut universitaire en santé mentale de Québec.
- ▶ **Troubles de la conduite alimentaire en collaboration avec PITCA-Faubourg Saint-Jean, CEPIA et L'Éclaircie.**

## 7. Ambitions pour les cinq prochaines années

### Accessibilité

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

### Collaboration

- ▶ Optimiser la collaboration interprofessionnelle avec les intervenants du PSG et les équipes/intervenants en santé mentale du territoire du CIUSSS de la Capitale-Nationale;
- ▶ Développer des partenariats dans la communauté;
- ▶ Poursuivre l'intégration des proches de la personne à nos processus de travail et de prestation de services;
- ▶ Entretenir et développer un réseau de collaborations avec les acteurs de la communauté et du réseau afin d'assurer la continuité et l'accessibilité à des soins et des services de proximité adaptés en nutrition pour la clientèle en santé mentale;
- ▶ Impliquer des pairs (personnes atteintes) dans le développement des ateliers de groupe : ateliers culinaires, hôpital de jour, etc.

### Perfectionnement

- ▶ Développer des ateliers de groupe pour des problèmes courants tels que :
  - Maladies chroniques : dyslipidémie, obésité, hypertension artérielle, diabète;
  - Impact de l'alimentation sur la santé physique et mentale (groupe clientèle et/ou proches aidants);
  - Conférence offerte par les nutritionnistes pour les proches des personnes ayant un trouble de santé mentale;

- Prévention et gestion des effets secondaires de la médication : gain de poids, variation de l'appétit, reflux gastro-œsophagien, constipation, interactions médicament-nutriments, etc.;
- Gestion de poids et image corporelle (poids d'équilibre);
- Troubles de la conduite alimentaire : accès hyperphagique, etc.;
- Ateliers culinaires et visites en épicerie.

### **Partage d'expertise**

- ▶ Contribuer à l'implantation d'une offre de groupe intégrée en soins de santé mentale et physique portant sur l'autogestion de la santé et du bien-être en douleur chronique;
- ▶ Poursuivre la supervision de stagiaires en nutrition;
- ▶ Collaborer à des projets de recherche.

## Annexe 1 : Indicateurs de mieux-être – nutrition

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

### Accessibilité

- Délai moyen d'accès : salle de pilotage de la direction adjointe;
- Délai de traitement de la demande de consultation réception PSG : salle de pilotage de la direction adjointe.

### État nutritionnel

- Nombre de personnes utilisatrices ayant observé une diminution des symptômes de la maladie mentale ou physique;
- Nombre de personnes utilisatrices ayant observé une amélioration de leur bien-être mental ou physique;
- Nombre de personnes utilisatrices rapportant une amélioration de leur autonomie alimentaire;
- Nombre de personnes utilisatrices ayant amélioré leurs habitudes alimentaires.

### Effets secondaires du traitement pharmacologique

- Nombre de personnes utilisatrices rapportant une meilleure compréhension de la corrélation entre l'alimentation et le traitement pharmacologique;
- Nombre de personnes utilisatrices rapportant une diminution des effets secondaires du traitement pharmacologique;
- Nombre de personnes utilisatrices dont les paramètres nutritionnels se sont normalisés;
- Nombre de personnes utilisatrices présentant une variation pondérale souhaitable.

### Impact de la saine alimentation

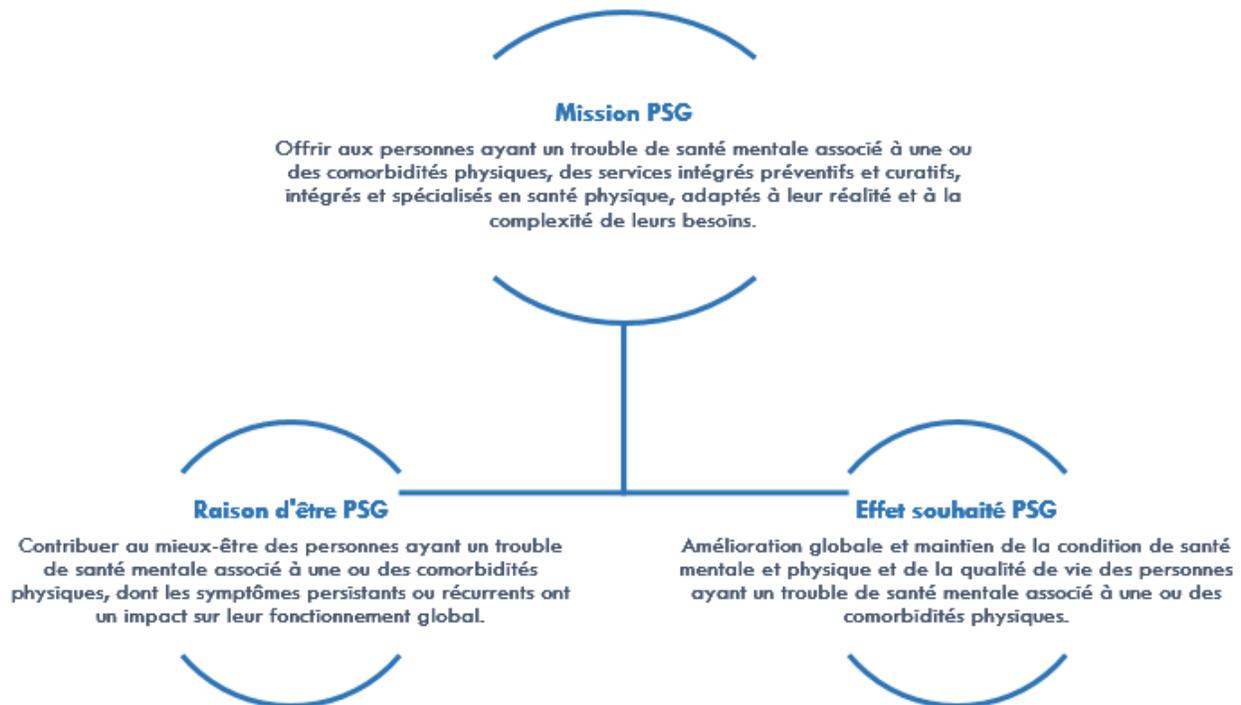
- Nombre de personnes utilisatrices ayant amélioré leurs connaissances de l'impact de leurs habitudes alimentaires sur leur capacité à réaliser des activités de la vie quotidienne et occupationnelles;
- Nombre de personnes utilisatrices ayant amélioré leur capacité à réaliser des activités de la vie quotidienne et occupationnelles;
- Nombre de personnes utilisatrices ayant été sensibilisées aux impacts des habitudes de vie favorables à la santé mentale et physique.

## Annexe 2 : Fondements du programme

---

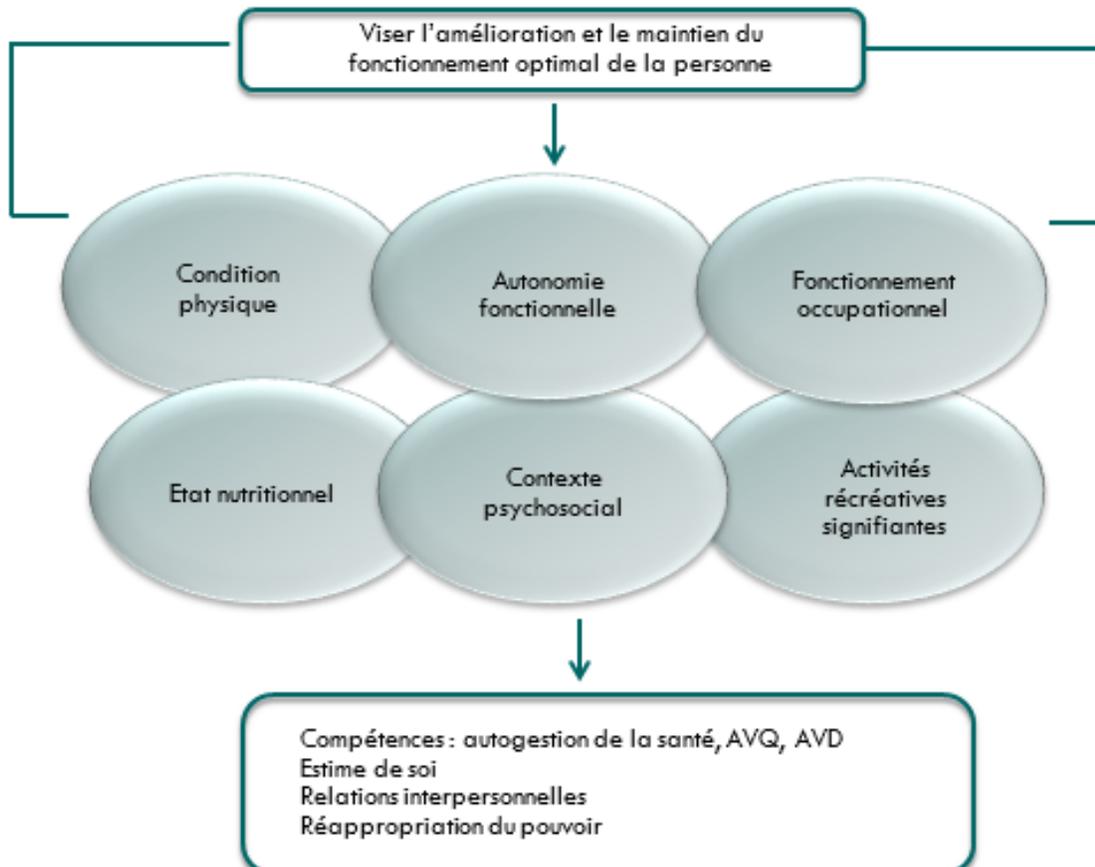
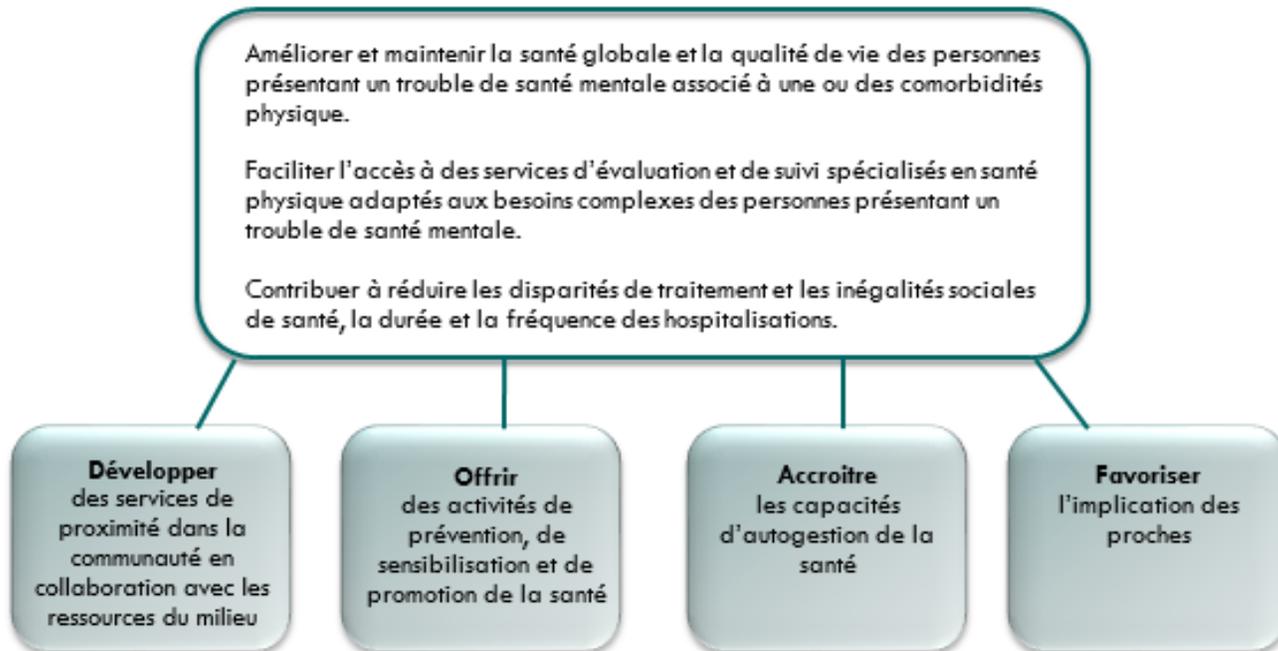
*Pour les personnes utilisatrices de services; le mieux-être et l'amélioration de la qualité de vie se traduisent par le désir de prendre soin de soi par l'adoption de saines habitudes de vie et par l'acquisition d'habiletés permettant de mieux gérer leur santé mentale et physique. Les interventions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

---



## Annexe 3 : Objectifs cliniques généraux et spécifiques

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



## Annexe 4 : Interfaces de collaborations interprofessionnelles au PSG

### La synergie des interventions

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



## Annexe 5 : Valeurs ajoutées

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

### Accès facilité

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

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

### Milieus normalisant

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

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

### Continuum de soins et services

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

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

### Services intégrés

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

## Annexe 6 : Critères d'admissibilité

### ADMISSIBILITÉ AU PROGRAMME SANTÉ GLOBALE

#### Clientèle admissible

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

#### Critères d'admissibilité

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

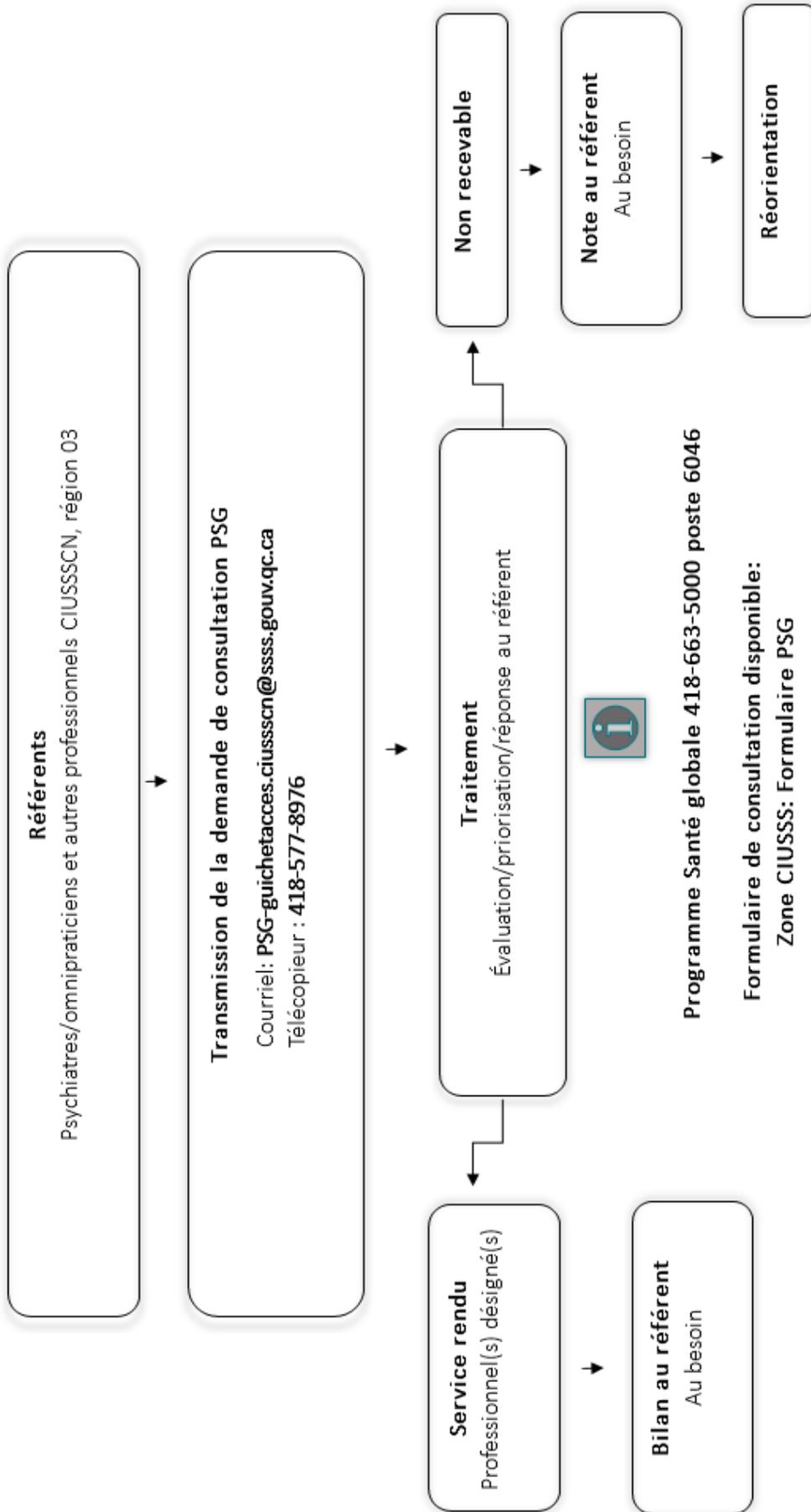
- Résider sur le territoire du CIUSSS de la Capitale-Nationale, région 03;
- Avoir 18 ans et plus;
- Présenter un trouble de santé mentale dont les symptômes, persistants ou récurrents, entravent la capacité de recevoir des services en soins physiques ailleurs dans le réseau;
- Être consentant à recevoir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

#### Conditions ayant une influence sur la priorisation des demandes\*\*

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

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

## Annexe 7 : Trajectoire de référence



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

## Annexe 8 : Maillage avec nos partenaires de la communauté

Partenaire	Objet du partenariat
PECH-SHERPA Centre communautaire L'Amitié	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Projet « Compétences alimentaires et santé mentale »</li> <li>▶ Services de proximité en continuité de notre offre de service</li> </ul>
Cuisines collectives Beauport	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Activité offerte dans le milieu pour le groupe RAAP (Responsabilité, Alimentation, Action, Plaisir) de la Clinique Notre-Dame des Victoires</li> <li>▶ Services de proximité en continuité de notre offre de service</li> </ul>
Organismes dans la communauté	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Dispensation des ateliers Tremplin dans la communauté</li> <li>▶ Référencement et collaboration à l'adhésion de la clientèle du PSG à la programmation d'activités de la zone géographique ciblée</li> </ul>
Le Verger	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Enseignement de groupe par des ateliers théoriques et d'activités interactives</li> </ul>
Université Laval	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Supervision de stagiaires</li> <li>▶ Participation à l'enseignement</li> </ul>

## Annexe 9 : Fil conducteur – nutrition

### Devise du PSG

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



### Raison d'être du PSG

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



### Valeurs du PSG

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

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

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

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

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



### Clientèle du PSG

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



### Domaines d'activités cliniques – secteur nutrition

Les troubles du comportement

Les comorbidités physiques

- ▶ Troubles de la conduite alimentaire;
  - ▶ Refus de s'alimenter;
  - ▶ Obsessions/compulsions, rituels, maniérisme;
  - ▶ Croyances restrictives;
  - ▶ Syndrome du mangeur rapide;
  - ▶ Agitation psychomotrice;
  - ▶ Abus de substances et dépendances, etc.
- ▶ Maladies cardiovasculaires;
  - ▶ Maigreur, obésité, surplus pondéral;
  - ▶ Diabète;
  - ▶ Syndrome métabolique;
  - ▶ Constipation;
  - ▶ Troubles gastro-intestinaux;
  - ▶ Effets secondaires de la médication, etc.

#### **La malnutrition et les variations de l'appétit et du poids**

- ▶ Diminution des apports alimentaires et hydriques;
- ▶ Augmentation des apports alimentaires;
- ▶ Insécurité alimentaire;
- ▶ Méconnaissance de la saine alimentation;
- ▶ Prévention – dépistage, etc.

#### **Les troubles de la déglutition**

- ▶ Dysphagie et risque d'obstruction respiratoire;
- ▶ Syndrome du mangeur rapide.

En plus des problèmes physiques et mentaux, la personne référée est souvent prédisposée à l'abus de substances, au tabagisme, à des habitudes de vie déficientes et à l'insécurité financière et alimentaire.

▼

## Offre de service – secteur nutrition

### Clientèle en santé mentale-volet hospitalisation (site Institut universitaire en santé mentale de Québec)

- ▶ Consultation individuelle et suivi en nutrition, à la demande des équipes traitantes des unités de soins;
- ▶ Intervention de groupe, uni ou interdisciplinaire, sur des problématiques touchant les domaines d'expertise en nutrition.

### Clientèle en santé mentale-volet externe

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

### Services complémentaires

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

### Activités de transfert de connaissances

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

### Collaborations cliniques spécifiques

- ▶ Évaluation clinique de la déglutition;
- ▶ Troubles de la conduite alimentaire en collaboration avec PITCA-Faubourg Saint-Jean, CEPIA et l'Éclaircie.



## Objectifs cliniques généraux – secteur nutrition

- Rétablir, améliorer et favoriser le maintien d'un état nutritionnel optimal au traitement des troubles mentaux et des comorbidités physiques;
- Potentialiser l'efficacité et minimiser les effets secondaires du traitement pharmacologique;
- Conscientiser la personne à l'impact de ses habitudes alimentaires sur sa capacité à réaliser des activités de la vie quotidienne et occupationnelles (participation à des activités de loisirs, à des

ateliers culinaires, pratique d'activités physiques, activités significatives, travail, etc.), son bien-être général, sa qualité de vie et son rétablissement.



### **Effet souhaité du PSG**

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



### **Indicateurs de mieux-être – secteur nutrition**

Accessibilité

État nutritionnel

Effets secondaires du traitement pharmacologique

Impact de la saine alimentation



### **Maillage avec nos partenaires de la communauté – secteur nutrition**

PECH-SHERPA, Centre communautaire L'Amitié, Cuisines collectives Beauport, Organismes de la communauté, Le Verger, Université Laval



### **Ambitions – secteur nutrition**

Accessibilité

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

Collaboration

- ▶ Optimiser la collaboration interprofessionnelle avec les intervenants du PSG et les équipes/intervenants en santé mentale du territoire du CIUSSS de la Capitale-Nationale;
- ▶ Développer des partenariats dans la communauté;
- ▶ Poursuivre l'intégration des proches de la personne à nos processus de travail et de prestation de services;
- ▶ Entretien et développer un réseau de collaborations avec les acteurs de la communauté et du réseau afin d'assurer la continuité et l'accessibilité à des soins et des services de proximité adaptés en nutrition pour la clientèle en santé mentale;
- ▶ Impliquer des pairs (personnes atteintes) dans le développement des ateliers de groupe : ateliers culinaires, hôpital de jour, etc.

#### Perfectionnement

- ▶ Développer des ateliers de groupe pour des problèmes courants tels que :
  - Maladies chroniques : dyslipidémie, obésité, hypertension artérielle, diabète;
  - Impact de l'alimentation sur la santé physique et mentale (groupe clientèle et/ou proches aidants);
  - Conférence offerte par les nutritionnistes pour les proches des personnes ayant un trouble de santé mentale;
  - Prévention et gestion des effets secondaires de la médication : gain de poids, variation de l'appétit, reflux gastro-œsophagien, constipation, interactions médicament-nutriments, etc.;
  - Gestion de poids et image corporelle (poids d'équilibre);
  - Troubles de la conduite alimentaire : accès hyperphagique, etc.;
  - Ateliers culinaires et visites en épicerie.

#### Partage d'expertise

- ▶ Contribuer à l'implantation d'une offre de groupe intégrée en soins de santé mentale et physique portant sur l'autogestion de la santé et du bien-être en douleur chronique;
- ▶ Poursuivre la supervision de stagiaires en nutrition;
- ▶ Collaborer à des projets de recherche.

## Bibliographie

- Basdevant Arnaud et coll. (2014). *Nutrition et parcours de soins*. Cahiers de nutrition et de diététique, 49, 16-21.
- Barnard, Neal D. et coll. (2014). *Dietary and lifestyle guidelines for the prevention of Alzheimer's disease*. Neurobiology of Aging, 35, S74-S78.
- About, M. et coll. (2017). *The MooDFOOD project: prevention of depression through nutritional strategies*. Nutrition Bulletin, 42, 94-103.
- Davenport, Liam (2015). *Dietary change to key to improving mental health, experts say*. Medscape, Sep 26, 1-3.
- Dietitians Association of Australia (2012). *Mental health role statement. Role statement for accredited practising dietitians practising in the area of mental health*.
- Firth, Joseph et coll. (2017). *Nutritional deficiencies and clinical correlates in first-episode psychosis: a systemic Review AND meta-analysis*. Schizophrenia Bulletin. Oxford University Press.
- Garnier, Emmanuèle. *Nutrition et psychiatrie. La santé mentale serait-elle en partie dans l'assiette*. Le Médecin du Québec, 1-7.
- Goggins, Kim (2009). *La nutrition joue un rôle de plus en plus important dans le traitement des problèmes de santé mentale*. Center for Addiction and Mental Health, 13, 1, 1-4.
- Jacka Felice, N. (2017). *Nutritional psychiatry: where to next?* EBioMedicine, 17, 24-29.
- Kassir, A. (2016). *Carence en fer : une perspective diagnostique et thérapeutique en psychiatrie*. L'Encéphale 43, 85-89.
- Lakhan Shaheen E. et Vieira Karen F. (2008). *Nutritional therapies for mental disorders*. Nutrition Journal, 7 (2),1-8.
- Lea, Anne (2008). *Nutrition and dietetic services strategy*. National Health Service, 1-16.
- Les diététistes du Canada (2012). *The role of nutrition in mental health promotion and prevention (1)*.
- Les diététistes du Canada (2008). *Le rôle des diététistes dans les programmes de santé mentale en soins de santé primaires axés sur la collaboration*.1-97.
- Low Dog, Tieraona, Tucson, Arizona (2010). *The role of nutrition in mental health. Alternative therapies in health and medicine*, 16 (2), 42-46.
- Motsinger Sarah et coll. (2012). *Vitamine dintake and mental health-related quality of life in older women: The Iowa Women's Health Study*. Maturitas, 71, 267-273.

- Opie, R.S. et coll. (2017). *Dietary recommendations for the prevention of depression*. *Nutritional Neuroscience*, 20, 3, 161-171.
- Ordre professionnel des diététistes du Québec (2018). Zoom. L'actualité de l'OPDQ, 24, 3.
- Ordre professionnel des diététistes du Québec (2017). *Guides des compétences professionnelles*.
- Ordre professionnel des diététistes du Québec. *Manuel de nutrition clinique : santé mentale*.
- Ordre professionnel des diététistes du Québec (2008). *Mémoire de l'Ordre professionnel des diététistes du Québec sur le projet de loi 50 modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines*.
- Oriach, Clara Seira et coll. (2016). *Food for thought: the role of nutrition in the microbiota-gut-brain axis*. *Clinical Nutrition Experimental* 6, 25-38.
- Parletta, Nathalie et coll. (2013). *Nutritional modulation of cognitive function and mental health*. *Journal of Nutritional Biochemistry*, 24, 725-743.
- Petterson, G. et coll. (2017). How do women with eating disorders experience a new treatment combining guided physical exercise and dietary therapy? An interview study of women participating in a randomised controlled trial at the Norwegian School of Sport Sciences. *BMJ Open*, 7.
- Providence Health Care. Mental Health Program. Dieticians.
- Ramsey Drew et Muskin Philip (2013). *Vitamin deficiencies and mental health: how are they linked?* *Current Psychiatry*, 12 (1), 37-43.
- Rodriguez, Tori (2016). *How nutritional interventions can help improve mental illness*. *The Clinical Advisor*; <http://www.clinicaladvisor.com>.
- Réseau d'expertise de la Société Santé en français (SSF) (2013). *Faits saillants du rapport Promoting mental health through healthy eating and nutritional care*. *Diététistes du Canada*, 1-9.
- Sarris, Jerome et coll. (2017). *Adjunctive nutraceuticals for depression: a systematic review and meta-analysis*. *American Journal of Psychiatry* 173 (6), 575-587.
- Sarris, Jerome et coll. (2015). *International Society for Nutritional Psychiatry Research consensus position statement: nutritional medicine in modern psychiatry*. *World Psychiatry*, 14, 3.
- Teasdale, S. B. et coll. (2017). *A review of the nutritional challenges experiences by people living with severe mental illness: a role for dietitians in addressing physical health gaps*. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*. The Official Journal of the British Dietetic Association.

Teasdale, S., Ward, P. et coll. (2017). *Solving a weighty problem: systematic review and meta-analysis of nutrition interventions in severe mental illness*. The British Journal of Psychiatry, 210 (2), 110-118.

Teasdale, Scott B., Ward Philip B., Rosenbaum Simon et coll. (2016). *A nutrition intervention is effective in improving dietary components linked to cardiometabolic risk in youth with first-episode psychosis*. British Journal of Nutrition, 115, 1987-1993.

UETMIS (Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé). *Pratiques optimales d'évaluation de la dysphagie pour la clientèle hospitalisée*. Rapport d'évaluation 07-15.

Walsh, William J. (2017). *Biochemical individuality and nutrition*. Walsh Research Institute.

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

Québec

