



Dietitians of Canada
Les diététistes du Canada

Le rôle des diététistes dans les programmes de santé mentale en soins de santé primaires axés sur la collaboration

DIÉTÉTISTES



Préface

L'Initiative canadienne de collaboration en santé mentale (ICCSM) a confié aux Diététistes du Canada la tâche de créer « Le rôle des diététistes dans les programmes de santé mentale en soins de santé primaires axés sur la collaboration ». Cette trousse d'outils a pour objectif d'aider les diététistes à soigner les patients qui souffrent d'une maladie mentale et, à ce titre, elle constitue une excellente introduction aux relations complexes entre la nutrition et les problèmes de santé mentale ainsi qu'au rôle que jouent les diététistes pour aider les patients à gérer ces relations. Par conséquent, cette trousse d'outils est également une ressource extraordinaire pour d'autres membres de l'équipe de soins afin de les aider à comprendre les habiletés et la valeur que les diététistes ajoutent à l'équipe.

Les diététistes du Canada ont joué un rôle clé dans le leadership de l'Initiative canadienne de collaboration en santé mentale et sont avantageusement représentés au sein du Comité directeur de l'Initiative par Marsha Sharp et Linda Dietrich. Tout au long de l'initiative, celles-ci se sont assurées que l'initiative portait attention aux déterminants plus larges de la santé et aux implications plus larges de la reconceptualisation des soins de santé primaires. L'ICCSM est un projet national de deux ans financé par le Fonds pour l'adaptation des soins primaires de Santé Canada. L'objectif de l'ICCSM est d'améliorer la santé mentale et le bien-être des Canadiens en renforçant les liens et la collaboration entre les prestataires de soins de santé, les usagers, les familles et les collectivités. L'accent a été mis sur le renforcement de la prestation des services de santé mentale dans le contexte des soins de santé primaires par l'entremise de la collaboration et du système centré sur l'utilisateur. Nous avons atteint notre objectif dans quatre domaines principaux :

- Renforcer le dossier des soins de santé mentale axés sur la collaboration
- Éclaircir les principaux obstacles aux soins de santé mentale axés sur la collaboration
- Élaborer des outils pour gérer ces obstacles
- Jeter les bases d'un renforcement continu de la collaboration - la Charte canadienne de collaboration en santé mentale

La trousse d'outils des Diététistes du Canada compte parmi les nombreuses trousse d'outils élaborées dans le cadre de l'ICCSM. Parmi les autres ressources de l'ICCSM susceptibles d'intéresser les

diététistes qui s'intéressent aux problèmes de santé mentale, mentionnons une bibliographie annotée qui décrit plus de 300 articles de revues pertinents, un document décrivant la preuve expérimentale des meilleures pratiques en matière de soins de santé mentale axés sur la collaboration et, parmi plusieurs autres documents de recherche, mentionnons « Soins de santé mentale axés sur la collaboration dans le contexte des soins de santé primaires : Un examen des initiatives canadiennes : Volume II ». Cette étude décrit 89 initiatives de soins de santé mentale axés sur la collaboration au Canada. Les diététistes ou les nutritionnistes jouent un rôle important dans 18 % des initiatives décrites dans l'étude et on peut constater leur contribution au sein d'équipes de collaboration à Vancouver, dans le nord de la Saskatchewan, à St-Boniface, à Niagara, dans le sud-est de l'Ontario, à Toronto, à Hamilton, dans le sud-ouest du Nouveau-Brunswick, à Whitehorse et à Yellowknife. Pour consulter toutes les trousse d'outils de l'ICCSM, les documents de recherche et d'autres ressources, consultez le www.iccsm.ca.

Un des principes que prévoit la Charte canadienne de collaboration en santé mentale, endossée par les Diététistes du Canada, est le suivant : « Tous les Canadiens ont droit à des services de santé qui favorisent un esprit et un corps sains. » Les diététistes du Canada ont joué un rôle de premier plan en nous gardant conscients de cette importante unité. Nous espérons que les diététistes à travers le Canada joueront un rôle important en gardant ce principe bien vivant.

Salutations sincères,



Scott Dudgeon
Directeur général
Initiative canadienne de
collaboration en santé
mentale (ICCSM)

D^r Nick Kates
Président, Initiative
canadienne de collaboration
en santé mentale (ICCSM)



Canadian
Collaborative
Mental Health
Initiative

Initiative
canadienne de
collaboration en
santé mentale

Sommaire

Ce document est conçu pour stimuler l'intérêt et la discussion à propos de l'intégration des services de diététique dans les programmes de santé mentale en soins de santé primaires. Il découle de l'Initiative canadienne de collaboration en santé mentale (ICCSM) qui aborde l'objectif important d'une meilleure intégration des services spécialisés, comme une expertise en nutrition et en santé mentale, dans les contextes de soins primaires. L'ICCSM comprend douze organismes nationaux, dont les Diététistes du Canada, afin d'aider à renforcer la capacité des prestataires de soins de santé primaires à collaborer pour offrir des services de santé mentale de qualité.

Ce document est une compilation du processus de consultation qui a permis d'étudier les services de diététique en santé mentale. Il commence par un examen des ébauches de trousse d'outils à l'intention de populations particulières et de la trousse d'outils générale élaborées par le Comité directeur de l'ICCSM. Cet examen a été effectué par un groupe de travail composé de professionnels de la nutrition en santé mentale afin d'assurer la représentation du rôle du diététiste dans les soins axés sur la collaboration. On a ensuite élaboré cette trousse d'outils soulignant l'important rôle que joue le diététiste professionnel dans les programmes de santé mentale en soins de santé primaires axés sur la collaboration. Les procédés utilisés lors de la préparation de ce document comprenaient un examen de la documentation apportant des preuves de l'efficacité des services de nutrition auprès de personnes souffrant de problèmes de santé mentale, ainsi que la participation dirigée de membres du groupe de travail, d'examineurs indépendants en diététique et en santé, ainsi que d'usagers et de leurs aidants naturels.

Les personnes ayant des problèmes de santé mentale ont été identifiées comme étant à risque nutritionnel en raison d'une variété de facteurs. Plusieurs conséquences sur l'aspect nutritionnel découlent de troubles de l'alimentation, de troubles de l'humeur, de syndromes schizophrènes, de troubles de la personnalité, de troubles de toxicomanie, de démence, de trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention,

d'autisme, de retards du développement et d'incapacités. Parmi les problèmes particuliers, mentionnons d'importantes variations de poids, de possibles carences nutritives, des problèmes d'alimentation et d'importants effets secondaires des traitements pharmacologiques relatifs à l'alimentation. De plus, des questions comme la pauvreté, l'isolement social, la marginalisation, des états médicaux de comorbidité, des troubles concomitants et le vieillissement font partie des problèmes nutritionnels auxquels cette population fait face.

Les diététistes sont spécifiquement qualifiés pour identifier les besoins nutritionnels de personnes souffrant de problèmes de santé mentale et pour planifier les interventions adéquates dans les contextes de soins primaires. Selon la formation en science et gestion de la nutrition, et en fonction des pratiques reposant sur la prise de décisions basées sur des données probantes et les normes nationales, le diététiste peut évaluer les indicateurs cliniques, biochimiques et anthropométriques, les problèmes et les habiletés d'alimentation en plus de comprendre les différents déterminants de la santé qui affectent les plans d'intervention.

Les diététistes qui travaillent dans le domaine de la santé mentale peuvent être des catalyseurs pour des soins améliorés des patients en santé mentale ainsi que des membres efficaces des équipes de soins de santé mentale axés sur la collaboration. Cependant, afin d'atteindre leur plein potentiel, plusieurs questions doivent être prises en compte, y compris l'allocation de ressources financières pour inclure les services de diététique dans les contextes de soins de santé primaires ainsi que le besoin d'augmenter le contenu en santé mentale et l'expérience pratique au niveau de la formation en diététique. De plus, il y a un besoin de stratégies pour améliorer l'accessibilité des services de diététique par l'entremise de consultations à domicile, de formation en nutrition d'auxiliaires et de travailleurs de soutien par les pairs et d'une utilisation accrue des services de télémédecine. Enfin, il faut favoriser une reconnaissance officielle de la nutrition et de la santé mentale par le biais d'une politique nationale, intégrer les problèmes de nutrition et les stratégies d'intervention dans les lignes directrices cliniques pour les soins psychiatriques en plus d'orienter la recherche dans ce

domaine. En réglant ces problèmes, la santé et la qualité de vie des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale pourront ainsi être améliorées et les ressources de soins de santé pourront être utilisées plus efficacement.



Résumé de la trousse d'outils

Contexte

Un des principaux résultats visés par l'Initiative canadienne de collaboration en santé mentale (ICCSM) est l'élaboration de trousse d'outils qui fournissent des conseils pratiques sur la mise en œuvre de soins de santé mentale axés sur la collaboration. Les trousse d'outils s'adressent aux usagers, aux familles, aux aidants naturels, aux éducateurs ainsi qu'aux cliniciens, et visent à capter les visions et objectifs des soins de santé primaires.

Afin d'élaborer le programme des soins de santé mentale axés sur la collaboration, l'ICCSM, avec le concours des Diététistes du Canada, a commandé ce document afin d'étudier le rôle des diététistes dans les programmes de santé mentale en soins de santé primaires axés sur la collaboration. Les problèmes de nutrition sont courants dans ces contextes et sont fréquemment traités dans les systèmes de soins de santé primaires et spécialisés qui bénéficieraient d'une meilleure intégration. Cela témoigne du besoin de programmes novateurs permettant de modifier la relation quotidienne entre la santé mentale, la nutrition et les services de soins primaires. De tels programmes peuvent éliminer certains obstacles aux soins bien coordonnés et continus.

La population

Pour les besoins de la trousse d'outils, on fait référence aux individus à qui on a diagnostiqué une maladie mentale selon le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux ou la Classification internationale des maladies (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders or the International Classification of Diseases). Ces états de santé se caractérisent par des changements de la pensée, de l'humeur ou du comportement (ou une combinaison de ceux-ci) qui sont associés à la souffrance et à la déficience, et créent une panoplie de problèmes humains dont l'incapacité, la douleur ou la mort. Les populations qui bénéficieraient des services de nutrition dans les programmes de santé mentale en soins primaires sont, entre autres, celles qui souffrent de :

- troubles anxieux et du trouble de stress post-traumatique

- trouble de la personnalité limite et de troubles psychotiques
- trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention et d'autisme
- maladie mentale primaire, y compris les individus souffrant de troubles de l'humeur (p. ex., dépression unipolaire ou bipolaire), de troubles de l'alimentation et de syndromes schizophrènes. Cela peut comprendre les patients de programmes médicolégaux.
- démence complexe, troubles neurologiques et médicaux avec une maladie psychiatrique associée ou comorbide. Cela comprendrait la démence/les troubles neurologiques avec des problèmes de comportement/de santé mentale et des problèmes de santé avec un trouble psychiatrique (p. ex., une personne souffrant de la maladie de Parkinson et de psychose)
- toxicomanes
- Les individus aux prises avec des troubles concomitants, des comorbidités, des retards du développement ou des déficiences

La portée selon laquelle les services de diététique seraient bénéfiques est importante; par conséquent, la consultation coopérative entre les praticiens de soins primaires sera nécessaire afin d'aider à définir la population qui sera servie par toute collaboration précise. Surtout, dans le contexte de la santé primaire, une clarification s'impose en ce qui concerne le type de diététiste professionnel qui dispense le service. Par exemple, le diététiste professionnel peut être un spécialiste de la santé mentale qui collabore spécifiquement avec un médecin de famille sur un dossier particulier. Également, le diététiste peut travailler en contexte de soins de santé primaires et conseiller des patients qui peuvent avoir des problèmes de santé mentale. Dans les deux cas, les besoins et les perspectives différeront.

L'importance du rôle du diététiste dans les programmes de santé mentale en soins de santé primaires

Des personnes ayant des problèmes de santé mentale ont été identifiées comme étant à risque nutritionnel en raison d'une

variété de facteurs. Plusieurs conséquences sur l'aspect nutritionnel découlent de troubles de l'alimentation, de troubles de l'humeur, de syndromes schizophrènes, de troubles de la personnalité, de troubles de toxicomanie, de démence, de trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention, d'autisme, de retards du développement et d'incapacités. Parmi les problèmes particuliers, mentionnons de possibles carences nutritives, des problèmes d'alimentation et d'importants effets secondaires des traitements pharmacologiques relatifs à l'alimentation. De plus, des questions comme la pauvreté, l'isolement social, la marginalisation, des états médicaux de comorbidité, des troubles concomitants et le vieillissement font partie des problèmes nutritionnels auxquels cette population fait face.

Les diététistes sont singulièrement qualifiés pour identifier les besoins nutritionnels de personnes souffrant de problèmes de santé mentale et pour planifier les interventions adéquates dans les contextes de soins primaires. Selon la formation en science et gestion de la nutrition, et en fonction des pratiques reposant sur la prise de décisions basées sur des données probantes et les normes nationales, le diététiste peut évaluer les indicateurs cliniques, biochimiques et anthropométriques, les problèmes et les habiletés d'alimentation en plus de comprendre les différents déterminants de la santé qui affectent les plans d'intervention.

Renseignements clés tirés du processus de consultation

Cette trousse d'outils découle d'un processus de consultation qui a permis d'étudier le rôle des services de diététique en santé mentale. Elle commence par un examen des ébauches de trousse d'outils à l'intention de populations particulières et de la trousse d'outils générale élaborées par le Comité directeur de l'ICCSM. Ces documents ont été examinés par un groupe de travail composé de professionnels de la nutrition en psychiatrie, en gériatrie, en soins à domicile et de programmes à l'intention des groupes marginaux. À cette étape du processus de consultation, les membres ont reçu un questionnaire pour les aider à rédiger leurs commentaires selon une perspective diététique. Le questionnaire, combiné à

la communication au sein du groupe de travail, visaient également à recueillir des renseignements sur les ressources et initiatives de soins axés sur la collaboration pertinentes. De plus, des entrevues semi-structurées ont été effectuées avec des usagers et leurs aidants naturels choisis dans des organismes qui offrent de l'aide aux personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale. Ces entrevues avaient pour but de recueillir des renseignements concernant leurs expériences avec des diététistes. Au total, dix entrevues ont été effectuées. Ces processus, ainsi qu'un examen de la documentation fournissant des preuves de l'efficacité des services de nutrition auprès de personnes souffrant de problèmes de santé mentale, ont donné lieu à l'élaboration de cette trousse d'outils.

Afin d'évaluer la trousse d'outils finale, on a sollicité la participation des membres du groupe de travail, d'examineurs indépendants parmi lesquels on comptait des professionnels de la nutrition et d'autres professionnels de la santé, ainsi que des usagers et de leurs aidants naturels. Les rétroactions ont été orientées à l'aide d'un questionnaire visant à susciter les opinions sur le caractère adéquat de la façon dont la trousse résume les soins axés sur la collaboration, la population définie, les problèmes de santé mentale et de nutrition, les visions et les objectifs des soins de santé primaires, les considérations importantes telles que les politiques et lois, les exemples de modèles de collaboration et la définition du rôle du diététiste.

Voici les principales conclusions du processus de consultation :

- Les coûts des soins de santé directs et indirects associés aux maladies mentales au Canada sont importants et représentent au moins 6,85 G\$. Ainsi, tout programme visant l'amélioration des symptômes et du fonctionnement des usagers, comme les services de diététique, a le potentiel de réduire les coûts importants de la maladie mentale au Canada.
- Les personnes souffrant de maladies mentales présentent un risque accru de problèmes de nutrition. En particulier, les gens qui souffrent de troubles de l'alimentation, de

troubles de l'humeur, de syndromes schizophrènes, de troubles de toxicomanie et de démence sont à risque pour des variations de poids significatives, des carences nutritives, de développer des comorbidités qui affectent le bien-être nutritionnel et de connaître différentes interactions entre les médicaments et les éléments nutritifs. Au sein de cette population, on note des sous-groupes spéciaux qui comprennent des individus marginalisés, des enfants et des adolescents, des individus souffrant de troubles concomitants, de retards du développement ou d'incapacités. Ce groupe fait face à d'importants problèmes de nutrition, dont la sécurité alimentaire, l'incapacité à se développer, des problèmes de déglutition et des problèmes dentaires. En tant que membre d'une équipe multidisciplinaire, le diététiste professionnel peut offrir à ces patients des plans de soins de nutrition qui tiennent compte des aspects médicaux, psychiatriques, psychologiques, sociaux, spirituels et pharmacologiques de leur traitement.

- Les individus souffrant de problèmes de santé mentale respectent le rôle du diététiste. De plus, la recherche suggère que si leurs services sont offerts d'une façon qui répond aux besoins des individus, ces derniers chercheront à obtenir des soins de nutrition en contexte de soins de santé primaires.
- Les diététistes du Canada ont déterminé que l'accessibilité, le manque de coordination des systèmes, le manque de financement, le manque de compréhension du rôle de chaque membre au sein d'une équipe interdisciplinaire, un besoin de mettre en œuvre le contenu et/ou l'expérience pratique qui répond aux besoins de nutrition de personnes souffrant de problèmes de santé mentale dans des programmes de formation, ainsi qu'un besoin de protocoles qui répondent aux besoins nutritionnels propres à cette population sont des obstacles actuels à la prestation de soins de nutrition pour cette population.
- Les diététistes professionnels privilégient une approche des soins de santé de la population qui est centrée sur le patient et sur la collaboration. Leur formation spécialisée

et leurs habiletés offrent une amélioration significative des soins des individus aux prises avec des problèmes de santé mentale.

Recommandations et conclusions

Les diététistes qui travaillent dans le domaine de la santé mentale peuvent être des catalyseurs pour des soins améliorés des patients. Cependant, afin d'atteindre leur plein potentiel, plusieurs questions doivent être prises en compte, y compris l'allocation de ressources financières pour inclure les services de diététique dans les contextes de soins de santé primaires ainsi que le besoin d'augmenter le contenu en santé mentale et l'expérience pratique au niveau de la formation en diététique. De plus, il y a un besoin de stratégies pour améliorer l'accessibilité des services de diététique par l'entremise de consultations à domicile, de formation en nutrition d'auxiliaires et de travailleurs de soutien par les pairs et d'une utilisation accrue des services de télémédecine. Enfin, il faut favoriser une reconnaissance officielle de la nutrition et de la santé mentale par le biais d'une politique nationale, intégrer les problèmes de nutrition et les stratégies d'intervention dans les lignes directrices cliniques pour les soins psychiatriques en plus d'orienter la recherche dans ce domaine. En réglant ces problèmes, la santé et la qualité de vie des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale pourront ainsi être améliorées et les ressources de soins de santé pourront être utilisées plus efficacement.

Table des matières

Préface	i
Résumé de la trousse d'outils.....	vii
Contexte	vii
La population.....	vii
L'importance du rôle du diététiste dans les programmes de santé mentale en soins de santé primaires	viii
Renseignements clés tirés du processus de consultation... ix	
Recommandations et conclusions.....	xii
Introduction.....	1
Processus de consultation	5
Définir les populations en soins de santé primaires et de santé mentale	7
Définition des soins de santé primaires.....	7
Bienfaits des soins de santé primaires	7
Définir la population.....	8
Problèmes relatifs à la santé mentale et à la nutrition	11
Leçons clés tirées de la documentation.....	11
<i>La maladie mentale comme un important problème de santé</i>	<i>11</i>
<i>Populations particulières composées de personnes souffrant de maladies mentales</i>	<i>13</i>
<i>Le rôle de la nutrition en santé mentale</i>	<i>17</i>
Leçons clés tirées du processus d'examen	23
Vision et objectifs des soins de santé primaires.....	27
Accessibilité	27
Structures de collaboration	30
Richesse de la collaboration.....	35
Système centré sur l'utilisateur et la famille.....	36

Considérations importantes lors de l'élaboration des initiatives	39
Cohérence des politiques, de la législation et des règlements	39
Perspectives actuelles en santé mentale	40
Fonds suffisants	41
Technologies appropriées	42
Recherche basée sur des données probantes	43
Besoins communautaires	44
Planification et mise en oeuvre	44
Évaluation	45
Exemples canadiens choisis	49
Le programme de nutrition en santé mentale de l'organisation de services de santé d'Hamilton	49
Le centre de santé communautaire Cool Aid, Victoria, C.-B.	52
Me définir : Acquérir une image corporelle et un style de vie sains, Mount Saint Vincent University, Halifax	54
Autres exemples	56
Sommaire	59
Rôle du diététiste professionnel dans les programmes de santé mentale en soins de santé primaires	59
Recommandations	65
Annexe A	69
Annexe B	71
Annexe C	75
Annexe D	77
Annexe E	81
Liste des références	87

Introduction

L'approche des soins de santé primaires est à la fois une philosophie des soins de santé et un modèle de prestation des services de soins de santé. La réforme des soins primaires partage plusieurs principes généraux (1-11) qui doivent être mis en œuvre simultanément, et inclure un système de santé accessible, auquel le public participe, qui est plus complet, qui inclut une coopération intersectorielle, qui porte sur la prévention de la maladie et sur la promotion de la santé et qui met l'accent sur la technologie et les habiletés appropriées. Pour y parvenir, il faut établir des réseaux de prestataires de soins primaires. Parmi les exemples de réseaux, mentionnons des groupes de médecins de famille existants (2), des groupes plus vastes de cabinets de soins primaires reliés avec d'autres prestataires de santé tels que des diététistes professionnels et des services communautaires (9), ou des liens de cabinets de soins primaires avec des organismes communautaires et des prestataires de services sociaux locaux au sein d'un seul organisme (4; 8).

« Il est temps que la nutrition devienne une tendance, un aspect automatique des soins de santé mentale et un facteur régulier de la promotion de la santé mentale... Les bénéfices potentiels en termes économiques et de soulagement de la souffrance humaine sont énormes. »

*Dr Andrew McCulloch,
Directeur général,
The Mental Health
Foundation,
2006, (12)*

Un des objectifs importants identifiés dans la documentation de planification provinciale est une meilleure intégration des services spécialisés dans les contextes de soins primaires. Pour plusieurs prestataires de santé, les tentatives pour y parvenir sont décrites comme des périples en territoire inconnu. Malgré cela, plusieurs exemples de programmes efficaces existent, notamment :

- Les centres locaux de services communautaires (CLSC) au Québec
- Les centres de santé communautaires dans plusieurs régions du Canada
- Le Programme des organisations de services de santé (OSS) de l'Ontario
- Les équipes de santé de la rue qui oeuvrent dans la plupart des grandes villes du Canada

Les problèmes de santé mentale et de nutrition sont courants dans ces contextes et sont fréquemment traités dans les systèmes de soins de santé primaires et spécialisés qui bénéficieraient d'une meilleure intégration. Cela témoigne du besoin de programmes novateurs permettant de modifier la

relation quotidienne entre la santé mentale, la nutrition et les services de soins primaires. De tels programmes peuvent éliminer certains obstacles aux soins bien coordonnés et continus.

L'Initiative canadienne de collaboration en santé mentale (ICCSM) est un partenariat de douze groupes professionnels nationaux, dont les Diététistes du Canada. Elle a pour but de renforcer la capacité des prestataires de soins de santé primaires à collaborer pour offrir des services de santé mentale de qualité. Le projet poursuit les objectifs suivants :

- Analyse de l'état actuel de la santé mentale axée sur la collaboration au niveau des soins de santé primaires;
- Rédaction d'une charte comprenant une vision partagée des soins axés sur la collaboration dans le domaine de la santé mentale qui a été approuvée par le conseil d'administration des Diététistes du Canada le 21 octobre 2005;
- Approches et stratégies des soins axés sur la collaboration; et
- Dissémination des conclusions préliminaires, de la documentation, des outils éducatifs et des lignes directrices pour soutenir la mise en oeuvre et l'évaluation des approches de soins de collaboration.

« Les diététistes professionnels peuvent augmenter et compléter les activités des médecins de famille en prévenant, en évaluant et en traitant les problèmes nutritionnels. Ce modèle de soins partagés peut s'appliquer à l'intégration d'autres services spécialisés à l'exercice des soins primaires. »

Crustolo AM, Kates N, Ackerman S, Schamehorn, 2005, (13)

L'ICCSM a élaboré plusieurs trousse d'outils qui se penchent sur les questions de santé mentale et qui visent des populations particulières. Dans le cadre de l'élaboration de ces trousse d'outils, un groupe de membres de DC qui oeuvrent dans différents secteurs de la santé mentale ont étudié et commenté ces documents d'un point de vue diététique. Ces trousse ainsi que de nombreuses autres sont disponibles sur le site Web de l'ICCSM (www.iccsm.ca). Pour donner suite à l'élaboration de ces ressources de l'ICCSM, les DC ont eu l'occasion d'élaborer une trousse d'outils sur le rôle du diététiste professionnel dans les programmes de santé mentale en soins de santé primaires.

Ce document est la trousse d'outils qui a pour but de décrire le rôle des diététistes professionnels dans les soins de santé mentale et les soins de santé primaires. Il se divise en sept sections, dont certaines s'adressent à des groupes particuliers. Ces sections sont :

« Tout comme son influence sur la santé mentale à court et à long terme, les preuves démontrent que l'alimentation joue un rôle de premier plan dans le développement, la gestion et la prévention de problèmes particuliers de santé mentale comme la dépression, la schizophrénie, le trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention et la maladie d'Alzheimer. »

Dr Deborah Cornah,
Conseillère,
Mental Health Foundation,
2006 (12)

- Description du processus de consultation.
- Définition des populations en soins de santé primaires et de santé mentale qui sont les mieux servies par les services de diététique.
- Examen des problèmes relatifs à la diététique et à la psychiatrie qui sont pertinents pour tous les professionnels qui travaillent en santé mentale.
- Résumé de la vision et des objectifs des soins de santé primaires et une discussion à leur sujet dans le contexte de la diététique et de la santé mentale. Cette section s'adresse également à tous les professionnels qui travaillent auprès des usagers.
- Considérations importantes lors de l'élaboration des initiatives de soins primaires comprenant des services de santé mentale et de diététique. Cette section identifie les questions clés telles que le financement et la recherche basée sur des données probantes qui intéresseront les planificateurs de programmes de soins de santé primaires.
- Exemples de programmes existants qui intègrent les services de santé mentale et de nutrition. Cela intéressera également les personnes qui participent à l'élaboration de programmes de soins de santé primaires.
- Résumé du rôle potentiel du diététiste dans les programmes de santé mentale en soins de santé primaires qui s'adresse à tous les professionnels de la santé, mais qui résume particulièrement les stratégies pour l'orientation future de la profession diététique en santé mentale.

Les diététistes interagissent chaque jour avec les Canadiens qui ont des problèmes de santé mentale et qui recherchent de l'aide pour améliorer leur santé. Par conséquent, ils rencontrent des problèmes reliés à l'accessibilité des services, ils identifient le besoin d'intégrer les services et travaillent avec le changement de forme de la recherche, de la connaissance et des nouvelles technologies émergentes. Ce document a été élaboré d'après la connaissance et l'expertise collectives des diététistes en santé mentale. On prévoit que cette trousse d'outils amènera le lecteur à une compréhension claire et approfondie du rôle que le diététiste professionnel peut jouer dans l'amélioration des programmes de santé mentale en soins de santé primaires.



« Les diététistes sont singulièrement qualifiés pour identifier les besoins nutritionnels et pour planifier une intervention appropriée à tout moment du continuum des soins (de santé mentale). »

Réseau de santé mentale des DC, 1998, (14)

Processus de consultation

Le groupe de travail en soins de santé primaires en santé mentale et en nutrition auquel on a recouru dans le cadre de ce projet était composé de diététistes professionnels des quatre coins du Canada qui oeuvrent en psychiatrie, dans les soins à domicile, en gériatrie et en toxicomanie ainsi qu'au sein de programmes visant les individus marginalisés. En plus du groupe de travail, on a eu recours à certains réviseurs qui étaient des diététistes en santé mentale, d'autres professionnels de la santé, ainsi qu'à des usagers et à leurs aidants naturels. Les membres du groupe de travail ainsi que les réviseurs sont identifiés à l'Annexe A.

Une stratégie a été mise sur pied pour assurer des perspectives multiples lors de l'élaboration de cette trousse d'outils. Cette stratégie consistait en ceci :

1. Identification de la documentation actuelle portant sur la mise sur pied, la mise en œuvre, l'évaluation et la viabilité d'initiatives de soins axés sur la collaboration en santé mentale et en nutrition.
2. Examen des ébauches de trousse d'outils à l'intention de populations particulières et de la trousse d'outils générale élaborées par le Comité directeur de l'ICCSM avec une perspective visant à s'assurer une représentation en diététique. Les membres du groupe consultatif et d'autres réviseurs ont été mandatés pour réviser les trousse propres à leur domaine d'exercice et ont reçu un questionnaire afin d'orienter leurs commentaires. Le questionnaire, qu'on peut retrouver à l'Annexe B, est adapté du questionnaire sur la santé mentale générique et spécifique en gériatrie de la trousse d'outils sur la gériatrie.
3. Entrevues semi-structurées avec des usagers qui étaient des membres choisis d'organismes de santé mentale (Annexe C).
4. Communication au sein du groupe de travail comprenant des conférences téléphoniques pour recueillir des renseignements sur la santé mentale et la nutrition et, en

« On m'a diagnostiqué maniaco-dépressif il y a 21 ans. Depuis lors, j'ai dû suivre plusieurs régimes en raison du cholestérol, du diabète... Je réalise maintenant l'importance de la nutrition. »

Usager, participant à la trousse d'outils

particulier, des renseignements sur les ressources pertinentes et les initiatives de soins axés sur la collaboration.

5. Rédaction, révision et approbation finale de cette trousse d'outils. Un questionnaire joint à ce document a été transmis à tous les membres du groupe de travail ainsi qu'aux réviseurs indépendants afin d'orienter leurs commentaires (Annexe D).

Cette trousse d'outils est une synthèse des cinq étapes susmentionnées, ce qui comprend :

- Une définition de la population et des soins de santé primaires.
- Une exploration de la documentation portant sur la santé mentale et la nutrition et de sa pertinence en regard des soins de santé primaires.
- Une discussion sur l'importance des services de diététique pour les personnes qui ont des besoins en santé mentale.
- Les défis actuels et les stratégies potentielles pour améliorer l'accessibilité, les structures de collaboration, la richesse de la collaboration et les soins centrés sur l'utilisateur.
- L'impact des structures fondamentales comme les politiques, les lois et les règlements, le financement, les technologies informatiques, la recherche basée sur des données probantes et les besoins communautaires.
- Les recommandations de positionnement stratégique du diététiste dans la planification, l'élaboration et l'évaluation d'initiatives de soins axés sur la collaboration en santé mentale.

En tant que fondement de cette trousse d'outils, les soins de santé primaires et les patients en santé mentale à qui elle s'adresse sont résumés dans la section qui suit.

« Les soins de santé primaires sont des soins de santé essentiels rendus universellement accessibles aux individus et aux familles de la collectivité par des moyens qui leur sont acceptables, par l'entremise de leur pleine participation et à un coût que la collectivité et le gouvernement peuvent assumer. Ils constituent une partie intégrante du système de soins de santé du pays, dont ils sont le noyau, et du développement social et économique général de la collectivité... Il s'agit du premier niveau de contact des individus, de la famille et de la collectivité avec le système national de soins de santé, rapprochant le plus possible les soins de santé de là où les gens vivent et travaillent, et constituent les premiers éléments d'un processus continu de soins de santé... Les soins de santé primaires résolvent les principaux problèmes de santé de la collectivité en offrant des services curatifs, de promotion, de prévention, de soutien et de réadaptation en conséquence. »

OMS, 1978

Définir les populations en soins de santé primaires et de santé mentale

Définition des soins de santé primaires

Il existe plusieurs définitions des soins de santé primaires. Pour les besoins de cette trousse d'outils, on utilisera la définition la plus répandue, telle qu'établie par l'Organisation mondiale de la santé dans la Déclaration de 1978 à Alma Ata.

En 1978, l'OMS a adopté l'approche des soins de santé primaires comme base d'une prestation efficace des services de santé. L'approche des soins de santé primaires est à la fois une philosophie des soins et un modèle de prestation des services de santé. L'objet de l'approche des soins de santé primaires est de prévenir les maladies et de promouvoir la santé. L'OMS a identifié cinq principes des soins de santé primaires : l'accessibilité, la participation de la population, la promotion de la santé, les habiletés et technologies appropriées et la coopération intersectorielle. Les cinq principes sont conçus pour fonctionner de pair et doivent être mis en oeuvre simultanément afin d'obtenir les bienfaits de l'approche des soins de santé primaires.

Bienfaits des soins de santé primaires

Les initiatives de soins de santé primaires offrent la fondation sur laquelle établir un cadre national pour notre système de santé (15). Elles cherchent des liens qui vont au-delà de la prestation traditionnelle des soins de santé comme les milieux scolaires et de travail. Elles visent l'éducation de la population par l'entremise de la promotion de la santé et la prévention de maladies. Elles encouragent également tous les Canadiens à jouer un rôle actif dans leur santé.

Plus loin dans ce document (Section 7), le lecteur trouvera quelques exemples de soins de santé primaires. Ces exemples illustrent différents agencements de professionnels et gammes de services plutôt que d'offrir une réponse toute faite et sans nuances. Il a été démontré que la mise en oeuvre de l'approche des soins de santé primaires améliore la qualité et l'accessibilité des soins en plus d'être efficace et d'engendrer des économies (15).

Les DC appuient les soins et principes de santé primaires réformés impliquant l'approche de santé de la population en plus d'aborder les déterminants de la santé et leurs interrelations. Les principaux déterminants sont (19):

- Revenu et statut social
- Réseaux de soutien social
- Éducation et littératie
- Conditions d'emploi et de travail
- Environnements sociaux
- Environnements physiques
- Pratiques personnelles de santé et habiletés d'adaptation
- Développement sain de l'enfant
- Biologie et richesse génétique
- Services de santé
- Sexe

Définir la population

La santé mentale est un état de rendement efficace de la fonction mentale qui rend possible des activités productives, des relations satisfaisantes avec autrui ainsi que la capacité de s'adapter au changement et de composer avec l'adversité (16). La santé mentale est indispensable au bien-être personnel, à la famille et aux relations interpersonnelles ainsi que pour offrir une contribution à la communauté ou à la société.

Toute personne a des besoins de santé mentale, qu'elle ait ou non un diagnostic de maladie mentale.

Même si la santé mentale est davantage qu'une absence de maladie mentale, on fait référence, pour les besoins de cette trousse d'outils, aux individus à qui on a diagnostiqué une maladie mentale selon le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux ou la Classification internationale des maladies (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders or the International Classification of Diseases). Ces états de santé se caractérisent par des changements de la pensée, de l'humeur ou du comportement (ou une combinaison de ceux-ci) qui sont associés à la souffrance et à la déficience, et créent une panoplie de problèmes humains dont l'incapacité, la douleur ou la mort. Les troubles mentaux comprennent trois grandes catégories : la schizophrénie, les troubles affectifs (dépression grave et trouble bipolaire) et les troubles anxieux (trouble panique, trouble obsessionnel-compulsif, trouble de stress post-traumatique et phobie).

Pour les besoins de cette trousse d'outils, les populations qui bénéficieraient le plus des services de nutrition en santé mentale en contexte de soins de santé primaires sont, entre autres, celles qui souffrent de :

- troubles anxieux et du trouble de stress post-traumatique
- trouble de la personnalité limite et de troubles psychotiques
- trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention et d'autisme
- maladie mentale primaire, y compris les individus souffrant de troubles de l'humeur (p. ex., dépression unipolaire ou bipolaire), de troubles de l'alimentation et

Le rôle du diététiste en santé mentale peut comprendre (20):

- Identifier les problèmes comme une apport nutritionnel inadéquat d'importantes variations de poids, l'interaction des médicaments et l'accessibilité de la nourriture
- Servir de ressource aux agences d'aide communautaires ainsi que de gestionnaire maison pour la planification des menus et les normes de services alimentaires
- Animer des groupes psycho-éducatifs en matière d'alimentation et de nutrition

de syndromes schizophrènes. Cela peut comprendre les patients de programmes médicolégaux.

- démence complexe, troubles neurologiques et médicaux avec une maladie psychiatrique associée ou comorbide. Cela comprendrait la démence/les troubles neurologiques avec des problèmes de comportement/de santé mentale et des problèmes de santé avec un trouble psychiatrique (p. ex., une personne souffrant de la maladie de Parkinson et de psychose)
- toxicomanes
- Les individus aux prises avec des troubles concomitants, des comorbidités, des retards du développement ou des déficiences

Étant donné la vaste portée des soins de santé primaires et la population définie ici qui profiterait des services d'un diététiste, il est évident que le rôle du professionnel de la nutrition renferme des possibilités potentiellement infinies en contexte de soins de santé mentale primaires. Les consultations en coopération entre les praticiens de soins primaires aideront à définir la population qui sera servie en collaboration, quelle qu'elle soit. Surtout, dans le contexte de la santé primaire, une clarification s'impose en ce qui concerne le type de diététiste professionnel qui dispense le service. Par exemple, le diététiste professionnel peut être un spécialiste de la santé mentale qui collabore spécifiquement avec un médecin de famille sur un dossier particulier. Également, le diététiste peut travailler en contexte de soins de santé primaires et conseiller des patients qui peuvent avoir des problèmes de santé mentale. Dans les deux cas, les besoins et les perspectives différeront.



« Les médecins de famille du Canada reçoivent relativement peu de formation sur les bases de la nutrition à la faculté de médecine, ils sont restreints par le temps et reçoivent une importante quantité de nouveaux renseignements chaque année; tous ces facteurs les empêchent d'offrir du counselling diététique efficace. Les diététistes professionnels possèdent des habiletés, des connaissances et une formation spécialisées dans le domaine de l'alimentation et de la nutrition, mais seulement 16,6 % des médecins de famille du Canada qui exercent surtout en cabinets privés, en cliniques privées, en cliniques communautaires ou dans des centres de santé communautaires indiquent que leur personnel comprend des diététistes ou des nutritionnistes. »

Crustolo AM, Kates N, Ackerman S, Schamehorn, 2005, (13)

Problèmes relatifs à la santé mentale et à la nutrition

Les individus à qui on a diagnostiqué une maladie mentale ont habituellement des pathologies qui en font des personnes à risque nutritionnel. Les diététistes fournissent l'expertise pour répondre à ces problèmes selon leur formation en science et gestion de la nutrition, et leur engagement envers les pratiques basées sur des données probantes qui adhèrent à des normes nationales et qui sont supervisées par des organismes provinciaux (20).

En ce qui a trait à la documentation de recherche et aux renseignements recueillis lors du processus de consultation, l'importance du rôle du diététiste en santé mentale y est résumée.

Leçons clés tirées de la documentation

Lorsqu'on fait référence à la recherche en contextes de santé mentale et de nutrition, il faut tenir compte de trois aspects particuliers. Premièrement, il faut considérer le vaste corpus de preuves suggérant l'impact significatif de la maladie mentale sur le système de soins de santé. Deuxièmement, il faut souligner les sous-populations particulières à risque élevé composées des personnes souffrant d'une maladie mentale. Enfin, et surtout, on précise l'accumulation de connaissances à propos du rôle de la nutrition en santé mentale.

La maladie mentale comme un important problème de santé

Les maladies mentales sont des pathologies associées à une incapacité durable et à une mortalité importante par l'entremise du suicide, de la maladie physique et du décès accidentel (21-23). Voici quelques éléments clés tirés de la documentation qui soulignent l'importance des problèmes de santé mentale :

- L'étude sur le fardeau global de la maladie de l'Organisation mondiale de la santé révèle que la dépression clinique est une maladie fort coûteuse et qu'elle se classera au deuxième rang des maladies les plus coûteuses d'ici l'an 2020 (24). À l'échelle mondiale, près

« Je me souviens de ma toute première discussion avec une diététiste. J'étais totalement maniaque et je ne mangeais pas. Elle a tenté de m'amener à me concentrer, mais il était évident que nous nous dirigeons tout droit vers l'échec. Plus tard, lorsque je suis sorti de mon épisode, lui parler m'a aidé. »

Usager, participant à la trousse d'outils

Taux de prévalence de l'année dernière de certains troubles mentaux au Canada (34)

Tout trouble	10,9 %
Dépression	4,8 %
Phobie sociale	3,0 %
Dépendance à l'alcool	2,6 %
Manie	1,0 %
Toxicomanie	0,8 %

de 3 % du fardeau de la maladie humaine est attribué à la schizophrénie.

- Les troubles mentaux sont parmi les maladies chroniques les plus invalidantes (25;26).
- Le taux d'hospitalisation pour des troubles bipolaires dans les hôpitaux généraux augmente chez les hommes et les femmes âgés de 15 à 24 ans.
- Les coûts directs et indirects des soins de santé associés à la schizophrénie sont estimés à 2,02 billions ou près de 0,3 % du produit intérieur brut canadien (27;28). Cela, combiné au taux de chômage élevé dû aux résultats de schizophrénie, entraîne une perte supplémentaire de productivité pour cause de morbidité et de mortalité estimée à 4,83 billions, pour un coût total estimé à 6,85 billions.
- Même s'il s'agit toujours d'une pathologie relativement peu commune, le diagnostic de l'autisme au Canada semble en augmentation (29).
- Au Canada, la morbidité et la mortalité reliées à la toxicomanie représentent 21 % des décès, 23 % des décès potentiels et 8 % des hospitalisations (30). Les troubles de toxicomanie sont associés à un groupe de problèmes de santé et de problèmes sociaux.
- On estime que les individus dont les traits de personnalité affectent leurs soins représentent de 20 à 30 % des patients des soins primaires. D'après des données américaines, de 6 à 9 % de la population présentent un trouble de la personnalité (31).
- Les troubles anxieux affectent 12 % de la population, ce qui cause une déficience de légère à grave (32).
- Environ 3 % des femmes seront affectées par un trouble de l'alimentation au cours de leur vie. Depuis 1987, les hospitalisations pour cause de troubles de l'alimentation dans les hôpitaux généraux ont augmenté de 34 % chez les jeunes femmes de moins de 15 ans et de 29 % chez les femmes âgées de 15 à 24 ans (31).
- Un rapport de l'Institut canadien d'information sur la santé révèle que les patients ayant un diagnostic principal de maladie mentale représentaient 6 % des 2,8 millions d'hospitalisations en 2002-2003. 9 % des hospitalisations touchent des patients dont le diagnostic premier n'est pas

psychiatrique, mais une maladie mentale associée. En tout, ces hospitalisations représentaient le tiers du nombre total de jours passés dans les hôpitaux canadiens par les patients. Ces hospitalisations étaient plus de deux fois plus longues, en moyenne, que celles qui n'impliquaient pas une maladie mentale.

- Les personnes souffrant de maladies mentales sont plus susceptibles de recourir aux soins d'urgence (33). S'il y a des tendances vers la désinstitutionnalisation des malades mentaux, cela représente plusieurs défis pour les collectivités, car ces personnes ont tendance à avoir d'importants problèmes de santé.

En conséquence de ces faits alarmants, les problèmes de santé mentale sont devenus une priorité absolue à l'agenda des soins de santé. Les programmes visant l'amélioration des symptômes de l'utilisateur et de son fonctionnement, comme des interventions en nutrition, ont le potentiel d'apporter une contribution importante en réduisant le coût de la maladie mentale au Canada. Les soins de santé primaires offrent un forum pertinent pour aborder les problèmes de santé mentale, car des preuves suggèrent que les personnes souffrant de maladies mentales désirent s'impliquer dans le système de santé (35). Cette information implique que si des occasions sont fournies de façon à répondre aux besoins en diététique de l'utilisateur, ce dernier demandera des soins de nutrition en contexte de soins de santé primaires.

Les populations particulières composées de personnes qui souffrent de maladies mentales qui peuvent présenter un risque nutritionnel.

- Individus marginalisés
- Enfants et adolescents
- Aînés
- Groupes en régions rurales ou isolées
- Individus souffrant de comorbidités
- Individus souffrant de troubles concomitants
- Individus souffrant de retards du développement ou d'incapacités

Populations particulières composées de personnes souffrant de maladies mentales

La réforme des soins de santé mentale primaires entraîne également de nombreuses possibilités pour le diététiste professionnel de participer aux approches de collaboration impliquant des populations particulières ayant des problèmes de santé mentale. On compte parmi ces populations des individus marginalisés, des enfants et des adolescents, des aînés, des personnes vivant en régions rurales et isolées, des individus souffrant de retards du développement ou d'incapacités ainsi que des individus souffrant de troubles mentaux, de troubles concomitants et de comorbidités. Voici un résumé de certains problèmes importants auxquels chacun de ces groupes fait face :

« L'apparition récente et répandue des gras trans dans l'alimentation soulève de grandes inquiétudes, surtout parce que ces gras occupent la même position que les acides gras essentiels dans le cerveau, ce qui signifie que des éléments nutritifs essentiels ne sont pas capables d'occuper leur position légitime afin que le cerveau fonctionne correctement. Les gras trans sont courants et puissants... »

Dr Deborah Cornah,
Conseillère,
Mental Health Foundation,
2006 (12)

Individus marginalisés : Ce groupe est ainsi défini : les sans-abri (absolus ou relatifs), les personnes qui ont une dépendance, les personnes handicapées, les jeunes de la rue, les parents seuls soutiens de famille, les peuples autochtones, les homosexuels, les lesbiennes, les bisexuels, les transgenres et les minorités raciales (y compris les immigrants et les réfugiés). Les troubles affectifs sont les plus fréquents dans cette sous-population, variant de 20 à 40 % (36). La Commission royale sur les peuples autochtones indique que ce groupe est plus susceptible de faire face à une nutrition déficiente (37) et que leur état de santé mentale global est nettement pire que celui des non-Autochtones sur à peu près tous les aspects mesurés (38).

La vie des personnes marginalisées peut être caractérisée par des conditions de vie instables dues à un manque de ressources financières, sociales, spirituelles et physiques et à un soutien inadéquat. La mauvaise santé aggrave aussi les risques qui se présentent aux femmes sans-abri qui tombent enceintes [dans une vaste étude transversale de jeunes sans-abri à Toronto, un quart des femmes qui y ont participé étaient enceintes (39)].

Enfants et adolescents : La documentation suggère que les problèmes de santé mentale communs chez les enfants et les jeunes âgés entre 0-18 ans sont : la dépression, l'anxiété, les troubles de comportement perturbateur, le THADA, les troubles de l'alimentation et du développement. Les taux de prévalence rapportés pour les problèmes de santé mentale chez les enfants et les jeunes varient entre 15 et 20 % (40-43); 5 % de ceux qui sont âgés de 4 à 17 ans souffrent d'une lourde déficience (44). Des preuves suggèrent que les problèmes de troubles de l'alimentation deviennent de plus en plus importants pour ce groupe. Les problèmes de santé mentale sont parmi les raisons les plus fréquentes pour lesquelles un enfant consulte un médecin de famille (42).

Aînés : On estime que 20 % des adultes de plus de 65 ans souffrent d'un trouble mental, y compris la démence, la dépression, la psychose, les troubles bipolaires, la schizophrénie et les troubles anxieux (45). Les personnes âgées ayant une maladie mentale font face à un risque plus élevé de maladies en raison des effets à long terme d'un style

de vie néfaste, de changements physiologiques et de maladies complexes qui augmentent la susceptibilité à des problèmes médicaux supplémentaires et aux effets secondaires des médicaments.

Groupes en régions rurales ou isolées : La santé d'une collectivité est inversement proportionnelle à son éloignement. Les indicateurs de santé révèlent constamment l'existence de disparités significatives dans les résultats de santé entre ceux qui vivent dans les régions du nord et ceux qui vivent dans les régions du sud du Canada, ainsi qu'entre ceux qui vivent dans la région de l'Atlantique et le reste du Canada (46). Dans la plupart des régions rurales, le coût du Panier à provisions nutritif dépasse la moyenne provinciale. Plusieurs agences communautaires rurales ne disposent pas des fonds pour embaucher un diététiste.

Individus souffrant de comorbidités : Il a été rapporté que les individus ayant des maladies mentales chroniques ont des taux plus élevés que prévu sur la durée de vie d'hypertension (34,1 % contre 28,7 % pour la population générale), de diabète (14,9 % contre 6,4 % pour la population générale) et de problèmes cardiaques (15,6 % contre 11,5 % pour la population générale) (47;48). On s'inquiète également du fait que ces éléments ne sont pas traités autant en termes de prévention que de traitement (49).

Plusieurs autres comorbidités survenant en cas de maladie mentale ont des implications nutritionnelles importantes. Le taux de tabagisme sur la durée de vie au sein de cette population est de 59 %, ce qui est bien plus élevé que les 25 % chez les hommes et les 21 % chez les femmes dans la population générale. Les fumeurs présentent un risque accru de développer une maladie pulmonaire obstructive chronique (50). Les individus souffrant d'une maladie mentale sont plus susceptibles de présenter une infection chronique, tels le VIH (près de 8 fois le taux de la population générale), l'hépatite B (près de 5 fois le taux de la population générale) et C (près de 11 fois le taux de la population générale) (51). Des études bien contrôlées à plus grande échelle indiquent que les troubles de l'alimentation DSM-IV chez les adolescentes ayant un DM de type 1 sont deux fois plus communs que ceux que l'on trouve dans les groupes de contrôle (52). Les co-occurrences du

« Étant donné que la définition des soins de santé primaires comprend les services de réhabilitation, le rôle des diététistes doit également être reconnu ici. Nous pouvons jouer un rôle important en médecine légale et en travaillant dans les foyers de groupes pour les patients en santé mentale. Cela peut améliorer la qualité de vie du patient dans les domaines comme le logement, la profession et les relations. »

RD, participant à la trousse d'outils

diabète et des troubles de l'alimentation posent plusieurs défis uniques aux professionnels de la santé. Des preuves suggèrent également que la dépression est un problème de santé important associé au diabète (53).

Individus souffrant de troubles concomitants : En travaillant avec des gens souffrant de maladies mentales, il convient de porter une attention particulière aux taux élevés de problèmes de santé mentale et de toxicomanie concomitants. La documentation canadienne rapporte des taux de troubles concomitants de 56 % chez les personnes atteintes d'un trouble bipolaire et chez 47 % des schizophrènes (54). Le risque de problèmes de toxicomanie représente trois fois celui de la population générale en matière d'alcool et cinq fois en ce qui concerne la consommation de drogues. Les personnes souffrant de troubles de la personnalité qui reçoivent des soins primaires présentent également un taux plus élevé de troubles concomitants (55). Les personnes ayant des troubles concomitants obtiennent des résultats inférieurs, y compris des difficultés avec les activités quotidiennes et un risque plus élevé de VIH/SIDA.

Personnes souffrant de retards du développement ou d'incapacités : Incapacités de développement est un terme générique qui réfère d'abord au retard mental et à certains troubles du développement intenses. Le retard mental (56) est caractérisé par un fonctionnement intellectuel fortement inférieur à la moyenne qui se manifeste avant l'âge de dix-huit ans et qui est accompagné par une déficience importante du fonctionnement d'adaptation. Les troubles intenses du développement (17) sont caractérisés par une déficience importante dans plusieurs domaines du développement, particulièrement au niveau de l'interaction sociale et de la communication, et sont accompagnés par un comportement, des intérêts ou des activités stéréotypés. Cinq troubles entrent dans la catégorie des troubles intenses du développement : 1. trouble de l'autisme, 2. trouble de Rett, 3. trouble de désintégration de l'enfance, 4. trouble d'Asperger, et 5. trouble intense du développement non spécifié autrement. Certains problèmes de santé des personnes à qui on a diagnostiqué ces pathologies comprennent un risque accru

« Les facteurs psychosociaux sont des déterminants de la santé qui peuvent affecter la réussite des efforts et des activités de prévention. Cesser de fumer, faire plus d'exercice et améliorer l'alimentation sont tous des changements de comportement qui sont touchés par des facteurs psychologiques et sociaux. L'humeur (dépression, anxiété) affecte fortement la façon dont une personne s'occupe de son bien-être et de sa maladie et peut affecter fortement l'évolution d'une maladie chronique. »

Directeur administratif
adjoint et registraire,
Comité de l'accréditation,
Société canadienne de
psychologie

d'obésité, de maladie cardiovasculaire ainsi que de problèmes de déglutition, dentaires et d'acuité visuelle (57).

Le rôle de la nutrition en santé mentale

Tel que mentionné précédemment, plusieurs personnes ayant des problèmes de santé mentale présentent un risque nutritionnel accru. Certaines sources documentaires soulignant ces problèmes sont détaillées ci-après :

Troubles de l'alimentation : Un imposant corpus de preuves souligne le rôle du diététiste dans la prévention et le traitement des troubles de l'alimentation. Une approche d'équipe multidisciplinaire envers le traitement est nécessaire pour aborder les aspects physique, affectif, mental et spirituel de l'individu. Les objectifs de la thérapie nutritionnelle consistent à servir de guide pour favoriser un style d'alimentation sain, promouvoir un fonctionnement physiologique normal et l'activité physique en plus de favoriser des comportements alimentaires qui créent une relation paisible et satisfaisante avec la nourriture et l'alimentation (58).

Troubles de l'humeur : Les manies et la dépression entraînent souvent des conséquences nutritionnelles dont l'anorexie et la perte de poids ainsi que l'inverse, c'est-à-dire une augmentation de l'appétit et du poids (58-62). Les enquêtes en psychodiététique ont également démontré que certains éléments nutritifs affectent l'humeur, que l'état de l'humeur affecte la consommation d'aliments, que plusieurs médicaments psychiatriques ont des effets secondaires reliés à la nutrition (p. ex., les effets secondaires des antidépresseurs imipraminiques comprennent l'augmentation de l'appétit, la nausée et les vomissements, la constipation et la diarrhée) et que les troubles de l'humeur de certains usagers peuvent résulter d'erreurs innées du métabolisme (62-65). Les études des suppléments alimentaires ont démontré une efficacité variable en matière d'amélioration des symptômes de l'humeur (66-69).

Les enquêtes de l'apport alimentaire chez les individus aux prises avec un trouble bipolaire ont généralement été négligées, mais selon des données d'un petit essai clinique à l'Université de Calgary, il semble que les individus aux prises

avec un trouble bipolaire ont un taux de prévalence plus élevé d'apports alimentaires inadéquats (c.-à-d., ≤ 75 % des RAR) pour plusieurs éléments nutritifs essentiels (70).

Certaines conclusions notables ont été obtenues à propos de la nutrition et de la dépression à l'aide de l'Enquête nationale sur la santé de la population du gouvernement du Canada (71;72). Cette enquête a permis de comparer des échantillons avec et sans dépression en fonction des résultats de la Forme abrégée pour la dépression majeure du Composite International Diagnostic Interview (72). Les comparaisons des échantillons déprimés et non déprimés indiquent que ceux qui étaient déprimés étaient 2,5 fois plus susceptibles d'éprouver des problèmes de sécurité alimentaire, qu'ils étaient presque trois fois plus susceptibles d'avoir besoin d'aide pour préparer les repas et près de deux fois plus susceptibles d'avoir des allergies alimentaires auto-déclarées. (70)

Syndromes schizophrènes : Les inquiétudes alimentaires pour ce groupe comprennent les mêmes que pour les troubles de l'humeur. De plus, d'autres problèmes se présentent si les symptômes de l'individu comprennent des délires et des hallucinations reliés à la nourriture. La recherche diététique dans le domaine des troubles de l'humeur et des syndromes schizophrènes a été fortement dominée par des études d'intervention à l'aide de différents minéraux, vitamines, précurseurs de neurotransmetteur alimentaire (p. ex., le tryptophane en tant que précurseur de la sérotonine) et d'autres facteurs nutritifs à titre de traitements. Parmi les micro-éléments nutritifs étudiés à ce jour, la preuve suggère que le folate, la vitamine B12, les acides gras essentiels et le supplément de tryptophane peuvent être efficaces dans le traitement des troubles de l'humeur et des syndromes schizophrènes (73-77).

Parmi les médicaments usuels utilisés pour traiter les syndromes schizophrènes, mentionnons les antipsychotiques, les agents antiparkinsoniens, les antidépresseurs et les psychorégulateurs. Plusieurs ont des effets secondaires liés à la nutrition, dont un risque accru d'obésité et de troubles reliés à l'obésité ainsi qu'une augmentation de la glycémie et des triglycérides (78).

« Afin d'intégrer des stratégies efficaces de changement de comportement, nous devons déterminer et comprendre ce qui favorise et restreint les changements de comportement. Certains facteurs sont de nature sociale et environnementale (p. ex., quels genres d'aliments sont vendus dans les écoles; est-ce que les écoles offrent des programmes d'éducation physique; quels aliments sont les plus abordables), tandis que certains facteurs sont également psychologiques (p. ex., pourquoi les gens mangent-ils outre mesure et de mauvais aliments; quel est l'impact du stress sur la diète et sur l'exercice et comment le stress peut-il être géré; quels sont les genres d'attentes et de croyances que les enfants ont concernant l'image corporelle et l'activité physique). »

Directeur administratif
adjoint et registraire,
Comité de l'accréditation,
Société canadienne de
psychologie

Troubles de toxicomanie : Les carences et excès vitaminiques et minéraux associés à la dépendance à l'alcool et/ou aux drogues comprennent les vitamines A, B1, B3, folate, B6, C, D, K ainsi que le zinc, le magnésium et le fer (79-81).

L'intervention nutritionnelle est utilisée conjointement avec un traitement médical, comportemental et pharmacologique pour améliorer l'efficacité du traitement et le rétablissement de la toxicomanie (79;82;83).

Troubles anxieux : Les facteurs reliés à un régime alimentaire devraient être considérés comme des facteurs déclencheurs de l'anxiété. Par exemple, la consommation de caféine de certains individus à risque peut précipiter ou exagérer l'anxiété (84).

Démence : Les types de démence qu'on observe habituellement sont la démence sénile de type Alzheimer (SDAT) et la démence vasculaire, comme la démence à la suite de nombreux infarctus. Il existe d'autres types de démence vasculaire, dont ceux qu'on associe à la maladie de Parkinson, à la maladie de Huntington, à la toxicomanie et à plusieurs autres pathologies (85). Il existe des problèmes de nutrition communs associés à la démence, y compris un apport alimentaire réduit, une perte de poids, l'anorexie et des besoins énergétiques accrus associés à des niveaux élevés d'activité physique, à des infections non reconnues, à la dysphagie ou à d'autres causes (85-87).

Trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention (THADA) : La relation entre un régime alimentaire et le THADA a été largement débattue. Actuellement, les conclusions de recherche comportent plusieurs incohérences qui peuvent être attribuées en grande partie à des lacunes méthodologiques dans la recherche. Si l'efficacité d'un traitement particulier n'est pas universellement acceptée, les essais humains contrôlés et non contrôlés suggèrent que la caféine et le sucre peuvent quelquefois jouer un rôle. Les études démontrent également que le méthylphénidate (Ritalin), un traitement pharmacologique du THADA, réduit l'appétit des enfants, ce qui ralentit la prise de poids et la croissance (57).

« Puisque la nutrition est un facteur important du style de vie dans la promotion et la prévention de la santé, de même que dans la gestion de certaines pathologies chroniques communes comme le diabète, les maladies cardiaques et l'obésité, il est logique que les services de nutrition soient offerts dans le contexte des soins de santé primaires. Dans ce contexte, l'identification initiale, l'accessibilité de l'intervention et des relations à long terme peuvent être établies entre le patient et le prestataire. »

The Primary Health Care Action Group, 2005 (91)

Autisme : À ce jour, on a effectué des études sur le rôle de l'acide folique, de la vitamine B6, du magnésium et de la vitamine B12. L'efficacité du traitement de l'autisme démontrée par les essais humains contrôlés a été prouvée pour la vitamine B6 (88-90). Les problèmes de nutrition de l'autisme comprennent un choix d'aliments restreint, une forte aversion envers la nourriture, le pica ainsi que des interactions entre les médicaments et les éléments nutritifs (57).

Retards du développement et déficiences : Les retards du développement se produisent lorsque les enfants n'atteignent pas des jalons particuliers au moment prévu. Les services d'intervention précoce comprenant des ressources et des programmes de nutrition qui offrent de l'aide aux familles peuvent améliorer le développement d'un enfant. La nutrition porte sur les pathologies secondaires chez les personnes souffrant de déficiences développementales de plusieurs façons importantes. On peut voir la nutrition comme un facteur de risque pour des pathologies secondaires (p. ex., un mauvais état nutritionnel empire la pathologie secondaire) ou comme un facteur de protection, et plusieurs pathologies secondaires peuvent modifier davantage la diète d'une personne et créer des problèmes nutritionnels ultérieurs.

Les personnes ayant des déficiences développementales et des besoins spéciaux en soins de santé ont fréquemment des problèmes de nutrition, y compris des défauts de croissance (p. ex., le défaut de développement, l'obésité et le retard de croissance), des troubles métaboliques, de mauvaises habitudes alimentaires, des interactions entre les médicaments et les éléments nutritifs et une dépendance partielle ou totale à la nutrition entérique ou parentérale. De mauvaises habitudes de santé, un accès restreint aux services et l'usage à long terme de multiples médicaments sont considérés comme des facteurs de risque pour d'autres problèmes de santé (57).

Certains faits importants supplémentaires démontrent l'importance des services de nutrition pour les personnes atteintes d'une maladie mentale :

Voici certains exemples où le diététiste peut travailler auprès des bénéficiaires de soins de santé mentale :

- Traiter plusieurs comorbidités physiques comme l'obésité, le diabète de type 2, la dyslipidémie, l'hypertension, la maladie pulmonaire obstructive chronique, le syndrome métabolique, la dégénérescence hépatique et rénale ainsi que les maladies infectieuses comme le VIH, le SIDA, la tuberculose et l'hépatite A/B/C
 - Aider l'utilisateur à obtenir des aliments nutritifs, sécuritaires, acceptables pour lui et adéquats selon sa culture
 - Aider à réduire les effets secondaires reliés à la nutrition de plusieurs médicaments psychiatriques
- Les pathologies de comorbidité physique influencent le bien-être nutritionnel des personnes ayant une maladie psychiatrique (59). Les maladies les plus communes sont l'obésité, le diabète de type 2, la dyslipidémie, la dégénérescence hépatique ou rénale, les maladies infectieuses comme le VIH, le SIDA, la tuberculose ainsi que l'hépatite A, B ou C (36;57). Étant donné ces risques de chevauchement et ces risques interdépendants, il est évident que les individus ayant des maladies mentales font face à des menaces importantes à leur bien-être nutritionnel.
 - La transition des soins psychiatriques en institutions aux soins dans la collectivité comporte plusieurs implications en matière de santé, y compris une augmentation prévue du risque nutritionnel réel de ces groupes vulnérables (14).
 - L'inaccessibilité de la nourriture est un aspect dominant. La sécurité alimentaire peut être définie par l'accès en tout temps à des aliments nutritifs, sécuritaires, acceptables pour la personne, appropriés sur le plan culturel et produits de façon environnementale et juste d'un point de vue social. Les sans-abri aux prises avec une maladie mentale sont particulièrement sensibles aux problèmes d'insécurité alimentaire. Par exemple, ils sont plus sujets aux maladies d'origine alimentaire, car certains obtiennent leur nourriture d'étrangers et de poubelles (92).
 - Interactions médicaments-éléments nutritifs. L'impact des agents antipsychotiques et des traitements TCA et pharmacologiques du THADA a déjà été mentionné. Les anomalies au niveau de la vitamine D et de l'état calcique et osseux, la constipation ainsi que l'hyperplasie de la gencive ont été associées à l'usage d'anticonvulsivants de diphénine et de phénobarbitaux (57). Plusieurs personnes âgées prennent des médicaments multiples sur des périodes prolongées et sont à risque de complications causées par les interactions entre les médicaments. De plus, les médicaments peuvent avoir une demi-vie plus longue en raison de la réduction de la masse corporelle excluant la graisse. La constipation est un effet secondaire

de l'usage à long terme de psychotropes, ce qui augmente la consommation de laxatifs et de laxatifs émoullissants. Les interventions en nutrition peuvent prévenir ou réduire l'intensité des effets secondaires des médicaments (p. ex., la consommation adéquate de fluides et de fibres peut prévenir la constipation).

- La connaissance de la nutrition et l'attitude des professionnels de la santé psychiatrique affectent les soins de l'utilisateur aux prises avec des problèmes de santé mentale. Une étude sur les interrelations entre la connaissance de la nutrition, les habitudes et les attitudes des prestataires de soins de santé psychiatriques a démontré qu'un programme complet d'éducation en nutrition est essentiel aux prestataires de soins de santé pour qu'ils puissent sensibiliser leurs patients à une saine alimentation (93).
- Des thérapies non conventionnelles et complémentaires jouent un rôle de plus en plus important dans le traitement de la maladie mentale. Il peut s'agir de remèdes à base de plantes médicinales, de préparations botaniques ou homéopathiques, de consommation de suppléments vitaminiques et minéraux, et de prétendus « médicaments orthomoléculaires ». Si certaines de ces thérapies peuvent être bénéfiques à certains usagers, une compréhension adéquate des déficiences et des excès est importante pour éviter de développer de graves problèmes de santé. Les usagers peuvent acheter des trousseaux de suppléments nutritifs composés d'herbes, de vitamines, de minéraux et d'acides aminés à partir de renseignements tirés d'Internet, sur recommandation de membres du groupe de soutien familial, sur les conseils d'employés de marchés d'alimentation et en fonction de documents imprimés. La promesse d'un meilleur contrôle des symptômes favorise ces achats. Malheureusement, la recherche portant sur la consommation de ces produits, y compris sur la sécurité et sur l'efficacité, est extrêmement restreinte.
- Actuellement, les lignes directrices de traitement de plusieurs de ces maladies mentales portent sur la psychothérapie et les médicaments psychiatriques (94;95),

(En contexte de soins de santé primaires) « de tels services intégrés comprendraient une gamme de services de promotion de la santé et de traitement. Les activités de promotion de la santé peuvent comprendre des interventions simples comme la promotion d'un style de vie sain auprès des services spécialisés visant la prévention du diabète, d'un poids insuffisant à la naissance ou de l'incapacité de se développer chez les enfants ou les aînés. Les services de traitement vont des conseils d'éviter des doses élevées d'un certain supplément vitaminique aux interventions complexes pour la gestion de pathologies chroniques... »

The Primary Health Care Action Group, 2005 (91)

mais les implications nutritionnelles possibles ne sont pas abordées adéquatement.

- Même si le champ de la nutrition psychiatrique n'a pas reçu l'attention nécessaire (93), ce domaine gagne de plus en plus en intérêt. Le besoin d'études multidisciplinaires en diététique basées sur la pratique et les résultats est clairement évident pour les désordres psychiatriques.

Comme il peut en être déduit de cette discussion, de multiples problèmes de nutrition sont associés à la maladie mentale, ce qui souligne le besoin pour des services spécialisés que le diététiste professionnel peut offrir.

Leçons clés tirées du processus d'examen

Le processus d'examen comprenait une consultation avec des diététistes professionnels travaillant sur différents aspects de la santé mentale. De plus, la participation et les opinions ont été recueillies auprès du gouvernement, des organismes professionnels, du milieu de l'enseignement, des usagers, des groupes d'usagers ou de défense et des professionnels de la santé de toute discipline.

Même s'il n'y a pas eu d'examen formel des services de diététique en soins psychiatriques, les gens croient généralement que les niveaux de dotation actuels sont inadéquats. Alors que les services de diététique sont disponibles dans les établissements psychiatriques, plusieurs des personnes ayant des problèmes de santé mentale sont traitées dans la collectivité, y compris en contextes de soins de santé primaires. Puisque l'accès aux services de diététique dans la collectivité est fort variable d'une région à l'autre du Canada, plusieurs personnes ayant des problèmes de santé mentale n'ont pas ou peu accès aux services de diététique.

À peu près 800 membres des DC (18 % de l'ensemble des membres) indiquent qu'ils participent à un certain aspect des soins psychiatriques. Actuellement, le Réseau de santé mentale des DC effectue un sondage pour établir le profil des diététistes et de leur travail en soins psychiatriques. Dans un cas, on rapporte que le rapport employé/usager est de 1 ETP de services de diététique en soins psychiatriques pour 325 patients hospitalisés et près de 1 000 patients externes. Les

« Notre centre de santé mentale est un établissement de contrat » et, par conséquent, il est sujet à des problèmes d'ordre juridique. Par exemple, lorsque je ne peux accepter des références de patients externes par leur psychiatre, je dois leur transmettre une lettre indiquant que je n'accepte que les références de médecins de famille. Le centre de santé mentale ne dispose pas dans son personnel d'un diététiste; de temps à autre, il fait appel aux services d'un diététiste en cabinet privé. »

RD, participant à la trousse d'outils

diététistes qui travaillent en établissements psychiatriques communautaires indiquent qu'ils ne travaillent que 8 heures par mois pour 25 patients hospitalisés. Selon un modèle de médecine familiale moyenne (à besoins non élevés) de soins de santé primaires en Ontario, on a estimé qu'un rapport de [0]médecin/diététiste d'au moins 10:1 permettrait au diététiste d'offrir principalement des services cliniques avec un suivi de l'état des patients, d'effectuer certaines activités de promotion de la santé et de conserver les listes d'attente à une taille gérable (p. ex., < 1 mois) (91).

Un des défis présentés aux professionnels de la diététique est celui de l'expansion de l'accès de la population à la technologie et aux renseignements de santé sur Internet. Les renseignements de nutrition peuvent être questionnables et possiblement inexacts (96), mais être acceptés par la personne souffrant d'une maladie mentale qui est à la recherche de réponses. Les professionnels de la diététique reconnus à l'échelle nationale sont les mieux préparés pour donner des renseignements de nutrition adéquats et ils doivent rechercher des façons de présenter des renseignements diététiques à cette population à l'aide de la technologie afin de favoriser la communication.

L'objectif de l'inclusion totale des enfants et des adultes ayant des problèmes de santé mentale permet d'en faire des parties intégrantes d'une culture et d'une société en constant changement. La diversité raciale et ethnique du Canada continue à augmenter. Avec l'augmentation du nombre d'individus qui ne parlent pas anglais, il est devenu de plus en plus nécessaire de fournir des documents d'éducation en nutrition dans les langues appropriées et d'intégrer des aliments multiculturels. De plus, la documentation sur la nutrition portant sur la préparation, le choix et l'achat des aliments est nécessaire pour les personnes ayant un faible niveau de littératie.

Les établissements de santé mentale où la nourriture est servie et où les personnes atteintes d'une maladie mentale passent du temps peuvent contribuer fortement via une programmation qui aide à promouvoir des styles de vie sains. Par exemple, les fruits et les légumes doivent être suffisamment disponibles au menu, l'eau et les boissons

hypocaloriques devraient être proposées et la « méthode de l'assiette idéale » utilisée pour l'éducation au diabète est un moyen facile permettant d'enseigner aux gens comment choisir les repas et les portions favorisant une alimentation plus saine (97). Les diététistes peuvent fournir l'enseignement et le renforcement des principes de nutrition adaptés selon les besoins de ces individus.

Certaines familles peuvent éprouver de la difficulté à accepter qu'un membre de leur famille souffre d'une maladie mentale et avoir besoin d'aide supplémentaire pour intégrer les interventions nutritionnelles à leur style de vie. La pauvreté peut avoir un impact négatif sur la santé de l'individu et sur son développement en raison d'insécurité alimentaire. À tout le moins, la sécurité alimentaire comprend la disponibilité d'aliments sécuritaires, adéquats sur le plan nutritif et en quantité suffisante, et l'assurance qu'une personne peut se procurer des aliments adéquats sans dépendre des programmes d'alimentation d'urgence ou sans avoir à recourir au dépeçage des ordures, au vol ou à d'autres mesures désespérées pour se procurer de la nourriture. Si plusieurs adultes atteints de problèmes de santé mentale sont capables d'occuper un travail à temps partiel ou à temps plein, les possibilités demeurent toutefois limitées.

D'après un sondage national mené par les DC, voici certains problèmes décelés dans la mise en œuvre des principes de la Charte de l'ICCSM :

- Le manque de financement
- Le manque de coordination entre les systèmes social, d'éducation et de santé
- Le manque de compréhension du rôle de chacun au sein d'une équipe multidisciplinaire

Les problèmes de santé des individus atteints de maladies mentales sont semblables à ceux du grand public. Il s'agit entre autres de l'activité physique, de l'accès aux soins de santé, des services de prévention cliniques, des soins buccaux et de la prestation de soins familiaux. À mesure que la recherche dans le domaine de la génétique humaine progresse, l'incidence des maladies mentales relatives à la génétique peut, tôt ou tard, diminuer. À mesure que les techniques de génétique s'améliorent pour identifier la tendance d'un individu relativement aux maladies chroniques, comme les maladies cardiaques ou le diabète, de nouvelles stratégies d'éducation doivent être élaborées pour travailler auprès des individus aux prises avec des problèmes de santé mentale dans des programmes de bien-être afin de prévenir de tels troubles (98).

Enfin, un besoin important identifié lors du processus de consultation visait à encourager l'éducation en santé mentale

des diététistes en formation. Le développement et la mise en œuvre du contenu et/ou de l'expérience pratique qui aborde les besoins nutritionnels de personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale dans les programmes universitaires de nutrition, ainsi que des stages en diététique, sont nécessaires. Notamment, on rapporte que les habiletés en techniques de counselling, y compris en modification du comportement, doivent être développées. De plus, des occasions de formation continue portant sur la diététique et la psychiatrie devraient être créées. Cela pourrait comprendre des cours en ligne par l'entremise des DC ainsi que des séances lors du congrès annuel des DC. À ce sujet, le diététiste professionnel a également l'occasion d'augmenter le niveau de connaissances en nutrition parmi les prestataires de soins de santé et de services sociaux.

« À titre de diététistes, nous sommes reconnus pour notre rôle spécialisé. Dans le cadre de celui-ci, un problème consiste à être physiquement là où le service est requis. Dans notre cas, les patients doivent souvent se déplacer en autobus sur des trajets qui ne leur sont pas aisés. Cela fait en sorte que certains usagers ne sont pas capables d'avoir accès au service. J'aime l'idée d'offrir le service moins fréquemment dans leur région au lieu de leur faire faire de si longs déplacements. »

RD, participant à la trousse d'outils

Vision et objectifs des soins de santé primaires

Les plans provinciaux pour la réforme des soins primaires partagent plusieurs visions générales pour un système accessible, mieux coordonné, centré sur l'utilisateur, complet et axé sur la collectivité. Ces visions générales se reflètent dans l'exercice de la diététique :

Accessibilité

L'accessibilité signifie que les services de nutrition sont accessibles à tous les Canadiens, peu importe leur lieu géographique. La répartition des professionnels de la nutrition dans les collectivités rurales, éloignées et urbaines est essentielle au principe de l'accessibilité. L'accès implique la disponibilité d'une source régulière de soins nutritionnels et, dans certains cas, la capacité de l'individu ou d'un tiers à payer pour ceux-ci. Une stratégie visant l'amélioration de l'accessibilité aux services de diététique est la récente campagne médiatique que le Réseau de diététistes consultants des DC a mené pour encourager les lieux de travail du Canada à intégrer les services d'un diététiste à leur régime d'assurance des employés.

En général, plusieurs collectivités rurales et isolées ont de la difficulté à recruter des professionnels de la nutrition qualifiés. Les problèmes de nutrition propres aux populations rurales comprennent l'augmentation des coûts de la nourriture. Plusieurs agences communautaires rurales ne disposent pas des fonds suffisants pour embaucher un diététiste pour le nombre d'heures nécessaires. On éprouve également de la difficulté à conserver le niveau d'expertise pour les usagers ayant des besoins nutritionnels très particuliers (p. ex., gavage, dysphagie). Les efforts pour recruter des diététistes dans ces domaines par des programmes de stage peuvent aider à réduire ces problèmes, tout comme le ferait l'usage de cours en ligne et de la vidéoconférence.

Le manque de diététistes professionnels en régions rurales est souvent aggravé par l'absence de sources de soutien moins formelles. Il manque souvent, par exemple, de protection de

« Les personnes vivant en régions rurales éprouvent souvent des facteurs de stress particuliers en raison de la nature agricole du moyen de subsistance de plusieurs personnes; la Farm and Rural Stress Line est un exemple de service qui pourrait être mieux popularisé et utilisé. Les diététistes (et tous les auxiliaires) doivent utiliser certains outils de dépistage disponibles et être en mesure d'orienter les patients vers les services adéquats. Par exemple, pour les patients accusant un surplus de poids, il est essentiel à la bonne pratique d'étudier les niveaux de stress et les réactions de consommation alimentaire.

De plus, particulièrement dans les régions rurales, les usagers doivent avoir une pleine et entière confiance envers le facteur de « confidentialité »; nous devons être perçus comme des personnes de confiance et professionnelles. »

RD, participant à la trousse d'outils

l'usager et de la famille en matière de santé mentale. Les efforts coordonnés comme ceux des équipes de Traitement communautaire dynamique se fiant sur le nombre de patients et sur plusieurs ressources locales pour réussir sont également absents de plusieurs établissements ruraux (99). Les programmes de nutrition qui visent les soignants, les aidants naturels, les pairs aidants et les paraprofessionnels informels peuvent être particulièrement importants pour l'amélioration de l'accès aux services de diététique appropriés en matière de santé mentale dans plusieurs régions rurales. De plus, des stratégies comme la télémédecine et d'autres options de formation doivent être envisagées.

Le soutien au transport peut régler les obstacles de l'isolement, de la pauvreté, de la distance séparant des ressources professionnelles et de l'utilisation réduite des services en régions rurales. Le transport a longtemps constitué un problème pour accéder aux services de santé mentale, particulièrement pour les personnes vivant en milieu rural et pour les pauvres (100). Le fait de simplement fournir un laissez-passer pour le transport en commun par l'intermédiaire des services sociaux ne règlera pas nécessairement le problème pour les personnes handicapées physiquement ou mentalement. Cela suggère un besoin d'avoir des services à domicile par le diététiste professionnel ou d'impliquer la famille ou des chauffeurs rémunérés/bénévoles pour conduire les usagers à leurs rendez-vous. Actuellement, les diététistes sont mandatés pour rencontrer les personnes confinées à leur domicile, qui sont habituellement des personnes handicapées. La définition des personnes confinées à leur domicile peut également nécessiter d'inclure des facteurs de santé mentale.

Au Canada, on a découvert que l'aspect financier constitue un obstacle important aux services de diététique, car il y a peu de programmes subventionnés par l'État. Il se peut également que les usagers ne disposent pas des papiers d'identité nécessaires pour démontrer leur protection, la preuve ayant été égarée ou volée. Il peut également être difficile d'obtenir une carte d'identité de remplacement en raison de la dépense, de l'absence d'une preuve de résidence ou de la bureaucratie. Les diététistes de tous les niveaux doivent militer en faveur

« Il faut apporter des modifications pour renforcer le rôle que nous pouvons jouer dans cette nouvelle approche de collaboration.

D'avantage de diététistes doivent être formés et être sensibilisés aux besoins particuliers des patients de santé mentale et nous devons être plus accessibles aux patients et aux autres membres de l'équipe de professionnels. »

RD, participant à la trousse d'outils

de services adéquats pour les usagers des services de santé mentale, et étudier les moyens par lesquels un usager nécessitant des soins en nutrition et qui ne dispose pas des documents d'identification nécessaires pourrait tout de même profiter de ces services.

Tout dépendant du lieu de résidence, la capacité de suivre les régimes prescrits, comme le repos adéquat, l'exercice et les exigences nutritionnelles peut être impossible à vérifier. Puisque les soupes populaires et les refuges ont peu de ressources, une vaste clientèle et qu'ils dépendent souvent des dons, ils offrent généralement des menus limités qui ne fournissent pas toujours l'apport nutritionnel suffisant ou l'alimentation appropriée aux usagers suivant des diètes restrictives ou modifiées pour des états de santé. Cela témoigne du besoin pour que les diététistes soient disponibles pour de tels programmes communautaires afin d'aider au développement des menus et des recettes, de favoriser une alimentation appropriée et d'élaborer des programmes axés sur le développement des aptitudes.

Beaucoup d'usagers marginalisés éprouvent énormément de difficulté à fonctionner dans un environnement qui s'adresse habituellement aux usagers d'une classe socio-économique considérablement plus élevée que la leur. Le problème à l'effet que les préjugés professionnels peuvent également affecter le diagnostic, le traitement et l'évaluation des besoins est similaire (101). L'aliénation, le stigmata, l'institutionnalisation et un manque de confiance envers les symboles d'autorité comme les prestataires de soins de santé sont apparus au fil du temps chez plusieurs usagers marginalisés. Cela peut comprendre, par exemple, les peuples des Premières Nations, les anciens résidents des services correctionnels, les minorités sexuelles et les populations d'immigrants ou de réfugiés. Cela témoigne du besoin d'investir dans le développement d'une solide collaboration en matière de soins, de respecter le patient en santé mentale et d'établir une relation de confiance basée sur une communication réciproque.

Le cheminement de vie propre à chaque usager doit être considéré lors de l'élaboration de l'approche de collaboration aux soins. Par exemple, les heures d'exploitation se sont

« Je pense que nous devons utiliser (la trousse des diététistes) dans les soins à domicile pour promouvoir davantage de renvois de patients en santé mentale de CASC; je crois que les gestionnaires de cas évitent cela parce qu'ils sont habituellement longs et impliquent les patients, et parce qu'ils ne sont pas certains qu'ils désirent financer cela! »

RD, participant à la trousse d'outils

avérées jouer un rôle dans l'utilisation que les usagers font des services. Ces usagers ont plusieurs priorités concurrentes, notamment de trouver un abri, des sous et des vêtements pendant un jour ouvrable normal. Par conséquent, les problèmes de nutrition peuvent passer de nécessité à accessoire. Cette population compte plusieurs personnes de passage qui ne sont pas retraçables. Pour faciliter le respect des conseils et des consignes de nutrition et d'éducation, les prestataires de soins de nutrition doivent travailler avec les usagers pour identifier tous les facteurs qui affectent leur capacité à atteindre ou à préserver leur santé.

Pour certains usagers, leur capacité à être des partenaires efficaces dans leurs soins de nutrition peut être affectée par leur degré d'alphabétisation ou par un handicap physique ou mental. Une évaluation convenable des compétences et du niveau de fonctionnement devrait être effectuée pour négocier un niveau confortable d'engagement de la part de l'utilisateur dans la gestion de ses soins de nutrition. Cependant, l'objectif devrait toujours être d'établir une relation qui aide l'utilisateur à devenir de plus en plus autonome face à sa propre santé.

Les obstacles aux soins peuvent se trouver à tous les niveaux, allant des problèmes politiques et législatifs au niveau des systèmes aux problèmes individuels qui empêchent l'accès aux soins de santé adéquats. Une initiative de soins de santé mentale axés sur la collaboration qui comprend les services d'un diététiste professionnel devrait étudier différentes approches à la prestation de services, au soutien et à l'autonomisation pour permettre aux usagers de surmonter les difficultés individuelles qui sont propres à leur contexte de vie.

Structures de collaboration

La collaboration signifie que les professionnels de la santé de différentes disciplines fonctionnent de façon interdépendante pour répondre aux besoins des usagers. Elle reconnaît également que la santé et le bien-être sont reliés à la politique économique et sociale. La collaboration ou la coopération intersectorielle signifie en outre que les experts du secteur de la santé mentale travaillent avec des experts en éducation, en

« Les facteurs relatifs à l'accessibilité et à la collaboration de notre programme sont :

- 1. Tous les membres de l'équipe ont une connaissance sommaire de chacun; l'équipe connaît donc le rôle de chacun.*
- 2. Regrouper les membres de l'équipe en un seul endroit afin d'éviter que les usagers aient à se déplacer.*
- 3. Chaque usager souffrant d'une maladie mentale est jumelé à un « agent de cas » qui aide à coordonner et à assurer une meilleure conformité. »*

RD, participant à la trousse d'outils

finance, en logement, en emploi, en immigration, etc. La vision partagée est la base de toute initiative réussie de soins de santé mentale axés sur la collaboration. Cela implique de rassembler tous les intervenants clés, y compris les usagers, à la table.

La pratique axée sur la collaboration implique des soins centrés sur les patients avec au moins deux aidants naturels de différentes disciplines qui collaborent avec le bénéficiaire des soins pour répondre aux besoins de soins de santé évalués (102). Il peut s'agir de groupes de collaboration spéciaux qui sont conçus pour régler des problèmes immédiats pour ensuite se dissoudre une fois que le problème grave est résolu. Il peut aussi s'agir de modèles de services de courtage par lesquels le prestataire de soins primaires développe des relations informelles avec d'autres prestataires et, grâce aux orientations d'usagers ou aux ententes de services interagences, ce prestataire permet aux usagers d'accéder aux services externes sans qu'il y ait une réelle collaboration réciproque. Les initiatives pourraient aussi offrir de nombreux services sous un même toit avec une intégration complète des activités. Avec un tel effort de collaboration, les services sont rationalisés et une permanence d'intégration de services se produit. Ce modèle de collaboration a tendance à impliquer une forte collaboration à l'extérieur du groupe de services principal avec d'importants services tels que les refuges, les centres d'accueil et d'autres groupes de défense des droits ou prestataires de services. Ce type de disposition connaît davantage de succès quand les services qui sont complètement intégrés ont la flexibilité de traiter une grande variété de maladies, des plus inoffensives aux plus graves.

En tenant compte des différents types de stratégies disponibles, il est important de noter qu'il n'est pas nécessaire que tous les services de nutrition soient offerts par le même diététiste dans le même contexte d'exercice à la manière des autres prestataires de soins primaires. Un réseau /système d'orientation efficace qui relie des diététistes ou d'autres prestataires de soins travaillant dans une variété de contextes communautaires améliorerait de manière significative la continuité des soins pour le bénéficiaire de soins de santé mentale. Selon les besoins de l'utilisateur, une collaboration

« Les soins de santé primaires sont prodigués dans différents contextes comme au travail, à la maison, dans les écoles, dans les établissements de soins de santé, dans les bureaux de prestataires de soins de santé, dans les foyers de personnes âgées, dans des maisons de repos, dans des centres de jour et dans des cliniques communautaires. Ils sont également offerts par téléphone, par l'intermédiaire de services d'information de santé et par Internet. »

Consultations nationales sur la Charte canadienne de collaboration en santé mentale : rapport de synthèse, 2006 (103)

appropriée avec des diététistes de différents mandats peut être établie. Le Tableau 1 résume de quelle façon les diététistes d'une variété de contextes peuvent fournir des services complémentaires pour les éléments clés des soins de santé primaires. Cependant, il est important de noter qu'une équipe suffisante dans chaque contexte est essentielle pour assurer les soins nécessaires aux bénéficiaires des soins de santé mentale.

Des obstacles liés aux mentalités ont été identifiés comme un problème en contexte de soins de santé mentale axés sur la collaboration (103). Dans le cadre d'un processus de consultation nationale, des commentaires de prestataires provenant de différentes disciplines de la santé indiquaient qu'un manque de respect mutuel, l'esprit de territorialité, des « mentalités de silo », des « guerres internes » et le « protectionnisme professionnel » empêchaient la collaboration. De plus, les obstacles liés aux mentalités ont été perçus comme un grave problème devant être résolu afin de fournir des services de soins de santé mentale efficaces.

Des éléments importants dans l'élaboration d'un service de collaboration sont la participation équitable de tous les partenaires, l'établissement de liens forts avec les programmes hospitaliers, l'élaboration d'accords clairs, la clarification des rôles et responsabilités de tous les membres de l'équipe et l'élaboration de protocoles clairs pour le partage de l'information. Les diététistes peuvent contribuer fortement à ces éléments étant donné leurs habiletés en matière de développement communautaire. Particulièrement, les services résumés dans le Tableau 1 proposent des contributions importantes à l'utilisateur en santé mentale en matière de promotion de la santé et de prévention de la maladie.

Tableau 1 : Un réseau de services de diététique relatifs aux éléments clés des soins de santé primaires*					
		Éléments clés des soins de santé primaires (SSP)			
Contextes d'exercice de la diététique	% de diététistes en contexte d'exercice**	Gamme de services de nutrition complets en SSP offerts	Exploite les stratégies de santé de la population	Utilise les méthodes de collaboration	Abordable et rentable***
Modèle de centre de santé communautaire avec des diététistes professionnels comme membres salariés d'une équipe interdisciplinaire	6 %	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Santé publique et diététistes communautaires	26 %	Le mandat est habituellement d'assurer la promotion de la santé et les services de prévention des maladies pour la population	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Soins à domicile	20 %	Le mandat est habituellement d'assurer les services des usagers « confinés au domicile » à risque ou ayant une pathologie existante	Le mandat est habituellement d'assurer les services des usagers « confinés au domicile » à risque ou ayant une pathologie existante	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Adapté du Tableau 2 : Exercice de la diététique – Un réseau complémentaire de services relatifs aux éléments clés des soins de santé primaires (20)

** % de diététistes dans chaque contexte d'exercice selon une estimation dérivée du Skills and Practice Registry des DC relativement au nombre de membres des DC qui travaillaient en contexte de soins de santé primaires (N=1390) en 2001

*** Le potentiel d'économies relatives à la diminution du nombre d'hospitalisations et d'invalidités à long terme à la suite d'une intervention en nutrition a été abondamment documenté (104)

Tableau 1 : Un réseau de services de diététique relatifs aux éléments clés des soins de santé primaires* suite...					
		Éléments clés des soins de santé primaires (SSP)			
Contextes d'exercice de la diététique	% de diététistes en contexte d'exercice**	Gamme de services de nutrition complets en SSP offerts	Exploite les stratégies de santé de la population	Utilise les méthodes de collaboration	Abordable et rentable***
Soins ambulatoires ou primaires	15 %	Le mandat est habituellement d'assurer les services des usagers à risque ou ayant une pathologie existante	Le mandat est habituellement d'assurer les services des usagers à risque ou ayant une pathologie existante	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Cabinet de consultation ou privé	33 %	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> L'accent est mis sur les individus et sur les groupes. On offre également des services aux établissements psychiatriques communautaires, aux organismes sans but lucratif, etc.	<input checked="" type="checkbox"/> Les diététistes tiennent un dossier de l'utilisateur et effectuent le lien avec d'autres prestataires de soins, le cas échéant	<input checked="" type="checkbox"/> La rémunération à l'acte représente un obstacle pour certains patients. La protection d'assurance-maladie est offerte dans certains cas

Adapté du Tableau 2 : Exercice de la diététique – Un réseau complémentaire de services relatifs aux éléments clés des soins de santé primaires (20)

** % de diététistes dans chaque contexte d'exercice selon une estimation dérivée du Skills and Practice Registry des DC relativement au nombre de membres des DC qui travaillaient en contexte de soins de santé primaires (N=1390) en 2001

*** Le potentiel d'économies relatives à la diminution du nombre d'hospitalisations et d'invalidités à long terme à la suite d'une intervention en nutrition a été abondamment documenté (104)

« Cette trousse d'outils (Personnes atteintes d'une maladie mentale grave) a abordé certains de ces problèmes, particulièrement celui des états comorbides comme le diabète, la maladie cardiaque et la toxicomanie. Grâce à la véritable collaboration, ces problèmes médicaux pourraient être abordés au sein du système médical. Cependant, plusieurs de nos patients ne conviennent pas aux cliniques du diabète ou des maladies cardiovasculaires, car leurs besoins particuliers ne sont pas comblés. Les professionnels de tous les niveaux doivent être sensibilisés aux exigences particulières de cette population. »

RD, participant à la trousse d'outils

Richesse de la collaboration

L'utilisateur en santé mentale dispose d'ensembles de déterminants et de besoins de santé variés et interreliés, ce qui suggère ainsi la nécessité d'impliquer un certain nombre de coéquipiers pour soutenir l'individu. L'équipe devrait être composée du diététiste professionnel et d'autres professionnels ayant une expertise en santé mentale, comme ceux qui sont mentionnés ci-dessous :

- Infirmière ou infirmier praticien
- Travailleur des services d'approche communautaire
- Récréothérapeutes
- Travailleur social
- Traducteur
- Conseiller
- Travailleur en logement
- Gestionnaire de cas
- Thérapeute familial
- Travailleurs en santé mentale
- Ergothérapeute
- Physiothérapeute
- Pharmacien
- Psychologue
- Bénévoles (y compris les chauffeurs)
- Dentiste
- Médecin de famille
- Psychiatre

D'autres agences ou ressources communautaires peuvent aider à soutenir les usagers lorsque des besoins spéciaux se présentent. Parmi les partenaires communautaires potentiels, mentionnons :

- Programmes d'accession au logement
- Banques alimentaires
- Services aux immigrants et aux réfugiés
- Services policiers et correctionnels
- Planificateurs de sorties des hôpitaux
- Santé publique
- Anciens Combattants
- Abris et haltes-accueil
- Services de soins à domicile
- Services d'emploi/professionnels
- Tuteur et curateur public
- Programmes pour la toxicomanie
- Services sociaux
- Établissements psychiatriques communautaires
- Aide juridique
- Agences de santé mentale pour enfants
- Transport
- Programmes de réadaptation (p. ex., respiratoire)

« Nous devons parler davantage de la maladie mentale, ce qui nous aidera à vaincre les stigmates qui y sont rattachés. »

RD, participant à la trousse d'outils

- Organisations de bénévoles et groupes de défense
- Écoles
- Groupes religieux
- Établissements de soins de longue durée
- Popote roulante
- Cuisines et jardins communautaires
- Groupes d'achats et coopératives d'alimentation
- Groupes de soutien
- Loisirs
- Garderies
- Hôpital, programmes pour le diabète et la dyslipidémie

Les ententes de services ou les orientations par l'entremise de services de courtage peuvent faire partie de ces ressources communautaires. Dans certains cas, le diététiste professionnel peut apporter une importante contribution à l'élaboration et au maintien de certains des programmes susmentionnés (p. ex., cuisines communautaires, groupes d'achats et programmes alimentaires à l'école).

Système centré sur l'utilisateur et la famille

La participation de l'utilisateur signifie qu'il est encouragé à participer à la prise de décisions sur sa propre santé, à identifier les besoins de santé de sa collectivité et à étudier les mérites des approches non conventionnelles pour répondre à ces besoins. Afin de réussir, il leur est essentiel de faire participer les usagers des services de santé mentale à la conception, à la mise en œuvre et à l'évaluation des services. Cependant, leur participation peut être limitée par certaines difficultés particulières. Par exemple, en raison de facteurs stigmatisants, les usagers en santé mentale ne sont habituellement pas considérés comme des personnes socialement autonomes. De plus, les membres de populations particulières peuvent considérer que la participation à de telles activités est particulièrement exigeante et intimidante. Cependant, les usagers peuvent apporter beaucoup en participant. Parmi les stratégies pour améliorer le système centré sur l'utilisateur, mentionnons :

- Des rencontres inclusives entre les usagers et les prestataires
- La participation de l'utilisateur aux processus de planification du programme

« Si les familles sont présentes lors de la séance de counselling en nutrition ou si elles ont accès à un diététiste, cela améliore le potentiel de meilleurs résultats en nutrition et dans d'autres domaines dont le respect des posologies. »

RD, participant à la trousse d'outils

« Il faut une perspective familiale dès que des membres de la famille sont disponibles. Certains usagers éprouvent d'importantes difficultés à fournir un historique alimentaire et à mettre en œuvre des conseils pour les achats et la planification des repas, la cuisine et la préparation des portions. Lorsque les usagers sont isolés des soutiens familiaux et sociaux, je pense que le diététiste doit se concentrer sur ce que devrait être le résultat le plus important et adapter les conseils d'intervention à la capacité de l'individu à traiter l'information et à effectuer le suivi. »

RD, participant à la trousse d'outils

- La participation de l'utilisateur aux programmes (p. ex., entraide)
- Des responsables des plaintes/de la défense des usagers pour répondre aux besoins des usagers
- La capacité de l'utilisateur à s'orienter de son propre chef
- Le transport des usagers qui ne peuvent pas facilement avoir accès aux services

Il existe notamment une préférence pour les soins à domicile, car l'utilisateur est susceptible de communiquer plus efficacement dans un environnement qui lui est familier. De plus, son environnement peut fournir des renseignements importants pour l'évaluation.

La plupart des usagers qui utilisent des services de soins primaires sont accompagnés d'au moins un membre de leur famille à leurs rendez-vous, ce qui offre la possibilité pour des soins axés sur la famille. Des données probantes démontrent que le soutien familial, conjointement avec le traitement, mène à de meilleurs résultats pour l'utilisateur et la famille, réduit l'usage des services aigus, augmente la conscience des membres de la famille, améliore les habiletés d'adaptation de l'utilisateur et de la famille, réduit le fardeau des aidants naturels et améliore la capacité des proches à soutenir la personne malade (105). Les aidants naturels de la famille ont besoin d'un soutien financier, émotif et pratique pour les aider à gérer les différentes phases d'une maladie débilitante qui affecte un proche.

Les diététistes sont spécifiquement formés dans le domaine de la prestation de soins axés sur la famille. Leur formation et leur expérience leur permettent d'examiner les choix alimentaires avec les familles afin de répondre à des besoins et demandes particuliers, et pour élaborer des plans de soins de nutrition adaptés aux besoins d'un individu.

« Ma femme me soutient lorsque je suis déprimé. Elle prépare les repas et s'assure que je m'alimente bien. Il me semble naturel de discuter avec un diététiste des problèmes que j'éprouve avec l'alimentation lorsque je suis malade et que ma femme soit présente auprès de moi. »

*Usager,
participant à la trousse d'outils*

« En général, je pense que les usagers ayant des problèmes de santé mentale dans la collectivité ont accès à très peu de counselling en nutrition. »

RD, participant à la trousse d'outils

« Notre profession et les usagers avec lesquels nous travaillons bénéficieraient de normes reconnues à l'échelle nationale en matière de santé mentale et de nutrition. »

RD, participant à la trousse d'outils

Considérations importantes lors de l'élaboration des initiatives

L'élaboration d'initiatives de soins de santé mentale primaires comprenant des services de nutrition doit non seulement tenir compte de la perspective des soins de santé primaires, mais devrait également comprendre des facteurs comme la familiarité avec les politiques, les lois et les règlements, les perspectives actuelles sur la santé mentale, les sources de financement, la recherche basée sur des données probantes, la technologie appropriée et les besoins de la collectivité servie. De plus, il est essentiel de considérer la planification et l'évaluation comme des composantes clés du processus d'élaboration de ces initiatives.

Cohérence des politiques, de la législation et des règlements

Les lois, les règlements professionnels et les normes d'exercice varient habituellement d'une province à l'autre. Les diététistes professionnels sont bien avertis de tenir compte des lois en vigueur dans leur province. Parmi celles-ci, mentionnons :

- Loi sur l'âge de la majorité (capacité de donner un consentement)
- Loi sur la protection de l'enfance (touchant la responsabilité de dénoncer les cas de négligence ou d'abus)
- Loi sur le respect de la confidentialité (fédérale et provinciale; p. ex., Loi sur la protection des renseignements personnels sur la santé)
- Règlements professionnels
- Protection de l'environnement (p. ex., sécurité alimentaire)
- Loi canadienne sur la santé
- Loi sur l'invalidité
- Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents
- Convention de 1951 des Nations Unies relative au statut des réfugiés
- Loi sur le multiculturalisme canadien
- Loi sur l'immigration

« Je pense qu'un des éléments importants que tout professionnel de la santé devrait réaliser est qu'il n'est pas nécessairement mauvais d'avoir une maladie mentale. Il peut être difficile, parfois, de vivre avec la dépression, d'entendre des voix, d'avoir des hallucinations ou des pensées étranges, mais cela donne une dimension qui nous permet d'apprécier la vie lorsque nous sommes en santé et offre des idées uniques sur ce qui se passe ici-bas. »

Usager, participant à la trousse d'outils

- Conditions et modalités de délivrance des permis des établissements psychiatriques communautaires
- Lois sur les hôpitaux ou Lois médicales
- Lois sur le curateur public
- Lois sur la santé mentale
- Lignes directrices des écoles et des garderies en matière de services alimentaires
- Loi canadienne sur les droits de la personne
- Réglementation canadienne sur les produits de santé naturels

Le développement de relations interdisciplinaires respectueuses est essentiel à la réussite des initiatives de collaboration et il est donc nécessaire que les diététistes professionnels concluent des ententes avant d'offrir leurs services. Ces ententes porteront sur plusieurs processus de base, dont :

- la confidentialité, la vie privée et le partage de renseignements
- la documentation des interventions en nutrition et la tenue des dossiers

Le respect de la diversité des professions participantes est la clé de la réussite de ces initiatives.

Perspectives actuelles en santé mentale

Un mouvement actif et croissant d'usagers et de survivants, y compris des groupes d'entraide et des campagnes médiatiques (comme les annonces télévisées de la Société canadienne de schizophrénie), joue un rôle important dans la préparation d'une nouvelle ligne d'action pour les soins de santé mentale. Il y a un débat actuellement sur la portée selon laquelle les professionnels de la santé ou autres sont équipés pour prendre part à des cadres conceptuels alternatifs afin de comprendre, de traiter et de gérer les problèmes de santé mentale, que de telles alternatives découlent de croyances profanes ou spirituelles en matière de santé mentale (106). Les principaux problèmes ont trait aux libertés civiles, à la participation de l'utilisateur et du professionnel aux services, à la discrimination, aux thérapies complémentaires et non conventionnelles et à l'exploration des dimensions positives de la vie avec un problème de santé mentale. En travaillant

avec des groupes de différentes perspectives et antécédents, il convient mieux au diététiste et aux autres professionnels de la santé de se concentrer sur les stratégies de résolution de problèmes plutôt que de tenter d'obtenir un consensus sur les définitions et les étiquettes.

Fonds suffisants

Afin d'aider les réseaux de soins de santé primaires, il est nécessaire de trouver des modes optionnels de financement. Le financement variera d'une province à l'autre en fonction du principal ministère responsable de la santé mentale. Afin de faire la promotion de la santé nutritionnelle de la population et de réduire le fardeau grandissant de la maladie en raison de la maladie chronique, les DC recommandent que les décideurs en matière de politiques élaborent et appliquent des mécanismes de financement populaires appropriés pour soutenir les services de nutrition en soins de santé primaires dans leur secteur de compétence (20).

En l'absence de mécanismes de financement solides, différents organismes au mandat distinct ont élaboré des services sur une base ad hoc. Les diététistes en exercice privé ont offert des services pour soutenir les changements de régime alimentaire en assurant les ressources financières pour défrayer les services à même leurs propres fonds ou avec l'aide d'une assurance-maladie supplémentaire. Une étude du financement des services de diététique comprend différents modèles de rémunération (p. ex., salaire, à l'acte). Les lignes directrices d'honoraires des diététistes en exercice privé peuvent être obtenues du Consulting Dieticians Network (107). Les compagnies pharmaceutiques peuvent également être sollicitées pour acheter des articles afin d'améliorer les services de diététique (p. ex., des pèse-personnes, des modèles alimentaires) ou pour financer les services.

Le manque de financement axé sur les besoins de la population cause un accès inéquitable aux services de nutrition nécessaires. Cependant, le travail de promotion pourrait favoriser le rôle du diététiste dans le cadre de futures initiatives, notamment par l'entremise de la participation au groupe d'action des SSP en Ontario, de la participation à des initiatives nationales, de documents portant sur les rôles, de

« Mon inquiétude est que les diététistes sont une denrée rare. Cela fait en sorte que nos habiletés et notre expertise ne sont pas connues et, par conséquent, le financement n'est pas demandé. »

RD, participant à la trousse d'outils

Éléments devant faire partie d'un plan d'affaires et opérationnel pour offrir les services de diététiste (91):

1. Plan de dotation détaillé qui comprend une liste des prestataires interdisciplinaires proposés (exprimé en honoraires) et une description des postes (rôles et compétences)
2. Justification de la façon dont les prestataires proposés soutiendront la prestation de services et répondront aux besoins de la collectivité
3. Principales étapes et échéancier de la mise en œuvre des plans de dotation et de recrutement (pour ceux qui sont déjà engagés, joindre une lettre d'engagement)
4. Identifier la méthode de rémunération des prestataires (p. ex., salaires)
5. Décrire l'aide financière ou non financière comme des contributions de commanditaires et de partenaires communautaires
6. Estimation du financement total demandé

l'élaboration des ressources du site Web des DC sur les soins de santé primaires, etc. Les personnes désirant approfondir leurs connaissances sur ces initiatives sont invitées à communiquer avec le directeur administratif régional des DC. Les possibilités de financement, comme le fait de seconder les diététistes à partir des services hospitaliers, peuvent également être envisagées.

Si la recherche doit être mise en œuvre conjointement avec un programme, certains organismes subventionnaires devraient être envisagés à l'échelle nationale (Fondation canadienne de la recherche en diététique, Instituts de recherche en santé du Canada, Fonds pour l'adaptation des soins primaires), à l'échelle provinciale (Alberta Heritage Foundation for Medical Research; Centre d'excellence en santé mentale des enfants et des ados en Ontario; BC Health and Research Foundation) et à l'échelle locale (quelques municipalités ont prévu un petit fonds de recherche ou des fonds de lancement). De plus, les diététistes de certaines régions peuvent s'impliquer dans des projets de démonstration pour démontrer la valeur des services de nutrition. Pour de plus amples renseignements, communiquez avec les mentors et les directeurs administratifs régionaux des DC de l'ensemble du pays.

Technologies appropriées

Le concept de technologies appropriées réfère à l'importance de s'adapter aux « réalités nouvelles et en évolution » (15). Il reconnaît l'importance du développement et de la validation de modèles novateurs et de la publication des résultats de recherche portant sur les soins de nutrition. Il reconnaît également la nécessité de bâtir constamment la capacité et du développement professionnel de la diététique lorsque l'infrastructure savante et technologique est en développement et en changement constants. Les technologies de l'information (p. ex., dossiers électroniques) peuvent aider à assurer la continuité des soins entre les prestataires de santé et à mieux exploiter les services.

Recherche basée sur des données probantes

Il n'existe pas encore de base de données complète de recherche sur la pratique basée sur des données probantes portant sur la nutrition et sur la santé mentale. Plusieurs des enquêtes relatives à ce domaine portaient sur l'efficacité de différents suppléments pour améliorer les symptômes de maladies.

Les prochaines orientations de recherche en nutrition et en santé mentale offrent plusieurs possibilités. L'utilisation des bases de données nationales comme l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes est encouragée, car elles permettent de poser des questions de recherche pertinentes portant sur la santé mentale et la nutrition. Finalement, on suggère que, dans la mesure du possible, la documentation de recherche existante portant sur l'efficacité de différents suppléments en matière d'amélioration des symptômes de maladies mentales fasse l'objet d'un examen systématique. Par exemple, le folate a été ciblé comme étant un élément nutritif important dans la fonction mentale et plusieurs études ont démontré que la déficience était fréquente chez les patients ayant une maladie mentale. Cependant, avec la mise en œuvre de programmes de renforcement du folate, il serait important d'indiquer si des améliorations de la prévalence des déficiences de folate chez cette population ont été constatées.

« Il serait bien de disposer d'un cheminement en santé mentale en PNROF (Pratique en nutrition reposant sur des observations factuelles) avec un lien vers le syndrome métabolique. »

RD, participant à la trousse d'outils

On suggère également de se référer à la base de données Pratique en nutrition reposant sur des observations factuelles (PNROF) des DC. S'il n'existe pas à ce jour de chemin vers la santé mentale, cette base de données propose une série de chemins vers la connaissance qui peuvent être utiles (p. ex., santé et cycle de vie de la population, alimentation/nutriments, exercice professionnel), chacun se penchant sur un aspect des différentes méthodes d'exercice de la diététique. Chaque chemin est tiré de questions pratiques importantes et de réponses basées sur des données probantes, et comporte des liens vers des outils et ressources conformes à la preuve. L'élaboration d'un chemin pour la santé mentale et la nutrition est mentionnée comme un besoin futur de la base de données PNROF.

Le diététiste dispose également de différents outils d'évaluation de la recherche. L'Annexe E en dresse la liste. Parmi les éléments importants pour critiquer la recherche menée dans ce domaine, mentionnons : la validité des mesures, la vérification du diagnostic de maladie mentale (p. ex., certaines études étudient la dépression ou les troubles de l'alimentation, mais le diagnostic clinique n'est pas confirmé), les critères utilisés pour le diagnostic (p. ex., critère CIM contre critère GPS) et les versions utilisées (p. ex., les critères de diagnostic ont changé au fil du temps) ainsi que l'utilité de l'étude en ce qui a trait à l'exercice quotidien. En ce qui concerne les exigences de recherche basée sur des données probantes, il faut élaborer des stratégies multiples pour assurer le caractère adéquat des services du diététiste professionnel en contexte de soins de santé primaires généraux ainsi qu'une enquête propre à la santé mentale.

Besoins communautaires

Actuellement, les secteurs communautaires ont une capacité restreinte pour répondre aux besoins de soins de santé particuliers des personnes ayant des besoins en santé mentale. Les initiatives de soins axés sur la collaboration doivent comprendre des activités visant à sensibiliser la population aux besoins de nutrition uniques de ce groupe, y compris sur les facteurs de risque, les ressources et les aides disponibles. Pour bâtir la capacité collective relativement aux besoins de santé mentale, il faut établir une collaboration et des partenariats entre plusieurs secteurs. Ces secteurs ont été mentionnés à la section 5.3 de la présente trousse d'outils.

Les diététistes qui sont formés en développement communautaire peuvent travailler avec ces groupes pour aider à permettre aux personnes de vivre le plus indépendamment possible dans leur domicile ou dans des contextes similaires au sein de la collectivité.

Planification et mise en oeuvre

Pour la planification et la mise en œuvre des initiatives de soins primaires, il est essentiel d'établir des liens et/ou des partenariats avec les organismes et les services communautaires, et ceux-ci peuvent comprendre ceux qui ont

« Nous devons intervenir directement auprès d'agences et de prestataires de soins, communiquer avec les gestionnaires de cas, etc. – insister sur l'importance de l'accès au counselling en nutrition pour les usagers ayant des problèmes psychiatriques. »

RD, participant à la trousse d'outils

été mentionnés à la section précédente. Parmi les stratégies de collaboration avec la collectivité, mentionnons :

- Identifier les leaders communautaires (p. ex., les prestataires de soins de santé, les organismes locaux, les écoles)
- Étudier les ressources communautaires, y compris l'évaluation des besoins
- Identifier les chevauchements et les lacunes des services
- Améliorer les liens avec d'autres programmes
- Faire participer les usagers ou les membres de la famille aux comités consultatifs ou directeurs lors de l'élaboration du programme
- Rendre les programmes faciles d'accès, souples, appropriés à l'âge et à la culture

Les diététistes professionnels, surtout ceux qui travaillent en santé publique, participent à la planification et à la mise en oeuvre des programmes.

Évaluation

L'utilisation de cadres d'amélioration continue de la qualité par l'entremise d'évaluation périodique représente une importante composante d'un service adéquat. Cette composante devrait être incorporée à titre d'objectif annuel pour le rapport de fin d'exercice. Une évaluation efficace peut permettre d'augmenter les occasions de financement et de ralliement communautaire.

Afin d'évaluer l'impact des initiatives de soins de santé mentale primaires et de nutrition, il faut adopter une approche de méthodes mixtes (méthodologie de recherche qualitative et quantitative) avec triangulation. L'avis d'un évaluateur de programme peut être fort important pour s'assurer que l'évaluation est fiable et valide et qu'elle répond aux besoins d'information. Les questions qualitatives peuvent porter sur des aspects tels que la satisfaction de la clientèle face au processus des soins ou la compréhension des prestataires en regard du processus de collaboration, y compris la perception des augmentations de la fréquence et de la richesse des liens avec les partenaires de soins. Parmi les questions quantitatives possibles, mentionnons les coûts directs et indirects, le nombre et les types de consultations

« L'efficacité peut être mieux atteinte en ayant le résultat en tête dès le départ, c'est-à-dire en commençant avec une compréhension claire de l'objectif. »

*Stephen Covey, 1990
(108)*

directes et indirectes, le nombre de séances de sensibilisation formelles et d'évaluations de l'efficacité, ainsi que le nombre de liens avec les services communautaires et leur efficacité.

L'efficacité du programme peut être démontrée par différents indicateurs qui sont des mesures pour s'assurer que les objectifs sont atteints. Parmi ces indicateurs, mentionnons :

- Mesures d'intrant des ressources et des actions (p. ex., cerner les objectifs, les fonds et la recherche pour appuyer le programme).
- Le processus évalue la mise en œuvre définie dans le plan du projet (p. ex., planification multidisciplinaire, consultation efficace et nombre de séances/événements tenus).
- Mesures du résultat de l'impact immédiat du programme (p. ex., nombre de participants aux événements, nombre de personnes bénéficiant des ressources).
- Mesures du résultat de la portée selon laquelle les objectifs initiaux ont été atteints (p. ex., réduction du poids).

« La nutrition n'est pas vue comme une des disciplines les plus enchanteresses en soins de santé. En fait, plusieurs administrateurs, cadres, etc. considèrent les services alimentaires et la nutrition comme une fonction accessoire... Il s'agit d'une erreur grave et coûteuse. »

Dr Paule Bernier, Hôpital général juif de Montréal - Sir Mortimer B. Davis, 1998, (122)

On peut utiliser des mesures de la qualité de vie, des registres de contacts quotidiens qui permettent de suivre les communications avec le service à la clientèle, l'amélioration de la prise alimentaire (élément nutritif), l'amélioration des indicateurs biochimiques des éléments nutritifs ou de l'état de la maladie, la satisfaction du patient et de la source d'orientation, les changements dans l'utilisation moyenne du service pour une année donnée, et des listes de vérification des symptômes. Il existe une gamme d'outils d'évaluation pour évaluer la santé mentale des usagers et l'efficacité du programme, notamment:

Cognition

- Folstein Mini Mental Status (109)

Dépression

- Patient Health Questionnaire (PHQ-9) (110)
- Geriatric Depression Scale (GDS) (111)
- Hamilton Rating Scale for Depression (Ham-D) (112)
- Beck Depression Inventory (113)
- Center for Epidemiological Studies-Depression Scale (CES-D) (114)

Comportement

- Neuropsychiatric Inventory Caregiver Distress Scale (NPI) (115)
- Young Mania Rating Scale (YMRS) (116)
- Autism Behaviour Checklist (117)

Qualité de vie

- Short Form 36 (SF-36) (118)
- European Quality of Life Scale (EuroQol) (119)

Satisfaction du client

- Questionnaire de satisfaction des clients (120)
- Visit Satisfaction Questionnaire (121)

Il est important de noter que plusieurs échelles d'évaluation individuelle exigent des psychiatres cliniciens, suggérant ainsi le besoin que la collaboration ne se limite pas à la planification et à la mise en œuvre du programme, mais qu'elle s'étende également à l'évaluation.

Rentabilité

Les interventions en nutrition peuvent comporter des bénéfices pour la santé et d'importants avantages économiques. L'Annexe E contient des exemples d'études de rentabilité et des ressources d'autres domaines de la nutrition qui peuvent être utiles pour concevoir une étude des coûts ou de la rentabilité.



Exemples canadiens choisis

La section 5.2 traite de certains cadres conceptuels de soins de santé primaires. Parmi les facteurs à considérer pour un soutien nutritionnel efficace des individus souffrant de problèmes de santé mentale, mentionnons :

- Soins centrés sur l'utilisateur avec un plan de soins élaboré avec la participation de ce dernier
- Soins holistiques intégrés
- Souplesse du service en termes de composantes et d'intensité
- Engagement et continuité des soins par l'approche communautaire
- Relation thérapeutique bâtie sur la confiance
- Défense du bien-être de l'utilisateur dans la collectivité
- Réceptivité aux nouveaux rôles et formation polyvalente dans d'autres disciplines
- Rapport employé/utilisateur bas
- Réhabilitation continue dans tous les domaines d'instabilité (p. ex., logement, finances, liens sociaux, emploi et formation, loisirs, croissance spirituelle, santé physique et mentale)

Au Canada, il existe des exemples de mise en œuvre réussie des principes des soins de santé primaires en santé mentale et en nutrition. Ce qui suit résume certains programmes particuliers qui sont des exemples de collaboration en santé mentale et en nutrition en contexte de soins primaires.

Le programme de nutrition en santé mentale de l'organisation de services de santé d'Hamilton

Le programme de nutrition en santé mentale de l'organisation de services de santé d'Hamilton a été élaboré pour :

- Améliorer l'accessibilité aux soins spécialisés pour les patients de soins primaires
- Renforcer les liens entre les soins primaires et les services secondaires et tertiaires de santé mentale et de nutrition
- Augmenter les habiletés et la facilité des médecins de famille à gérer les problèmes de santé mentale et de nutrition de leurs patients

Principes des soins de santé primaires en action

- ✓ Besoin identifié dans la collectivité
- ✓ Soins interdisciplinaires
- ✓ Accessibilité
- ✓ Continuité et coordination des services
- ✓ Développement des capacités personnelles

« Intégrer les diététistes professionnels aux cabinets de médecins de famille améliore l'accès aux services de nutrition et réduit les délais d'attente. Cela améliore notamment l'accès des populations mal desservies comme les membres de collectivités ethnoculturelles qui peuvent hésiter à consulter les services traditionnels, des patients qui ne peuvent assumer le coût de ces services personnellement et des patients qui, autrement, seraient traités par leur médecin de famille sans être orientés vers un service spécialisé. Les patients sont examinés dans un environnement familier, de confiance et pratique. »

AM Crustolo, N Kates, S Ackerman, S Schamehorn, 2005, (13)

- Augmenter la capacité des médecins de soins primaires à gérer une gamme plus importante de problèmes de santé mentale et de nutrition

Contexte du programme

À Hamilton, où étaient situés la moitié des OSS de l'Ontario en 1994, 13 OSS ont demandé un financement pour des services de santé mentale. Ces cabinets étaient intégrés à un seul programme, soit le Programme de santé mentale de l'OSS d'Hamilton. En 1996, les 23 autres OSS de la région d'Hamilton-Wentworth ont demandé et obtenu un financement et ont été intégrés au Programme de santé mentale de l'OSS.

De même, les cabinets qui ont demandé des services de nutrition ont été intégrés à un même programme coordonné par le département de nutrition de l'hôpital Henderson. En février 2000, la responsabilité administrative de ce programme a été confiée au Programme de santé mentale, qui est devenu le programme de nutrition en santé mentale de l'organisation de services de santé d'Hamilton. Le programme sert une population de plus de 180 000 âmes (près de 40 % de la population d'Hamilton).

Description du programme de nutrition en santé mentale de l'organisation de services de santé d'Hamilton

Le programme comporte trois volets :

- *Volet de santé mentale.* Chaque cabinet dispose d'un conseiller permanent. Un psychiatre est présent au cabinet à raison d'une demi-journée par 1 à 4 semaines, selon la taille et les besoins du cabinet. Les conseillers et les psychiatres reçoivent les patients référés par un médecin de famille et gèrent un ensemble de problèmes de santé mentale chez les enfants et les adultes. Ils sont également une ressource pour les médecins.
- *Volet de nutrition.* Chaque cabinet accueille également un diététiste professionnel de trois heures à trois jours par semaine, selon la taille du cabinet. Un diététiste peut travailler dans plus d'un cabinet (jusqu'à huit) pendant une semaine, même si on tente d'assigner des cabinets d'une même région géographique aux diététistes afin de réduire le temps de déplacement.

Les diététistes du programme effectuent plus de 4650 consultations chaque année. Les diététistes évaluent les patients qui leur sont référés par un médecin de famille et entreprennent des traitements ou des programmes d'éducation, selon les besoins. Les motifs de consultation les plus fréquents sont la dyslipidémie (46 %), le diabète de type 2 (26 %) et la réduction du poids en raison de problèmes de santé (17 %) (123).

Les groupes de gestion du poids se réunissent de trois à quatre fois par année. Les cours de base sur les lipides sont offerts dans la plupart des cabinets pour réduire les délais. Actuellement, les activités de promotion de la santé se concentrent sur la pédiatrie, la gériatrie et les femmes enceintes. Les diététistes sont aussi des ressources d'éducation pour l'équipe multidisciplinaire par l'entremise de discussions de cas, de dîners-causeries et d'exposés présentés lors de séances scientifiques.

- *Équipe centrale de gestion.* Les activités des cabinets individuels sont coordonnées par une équipe centrale de gestion. Elle est entre autres responsable de (re)distribuer les ressources aux cabinets, de fixer les normes du programme, de distribuer le matériel didactique, de relier les cabinets avec les systèmes locaux de santé mentale et de nutrition et de défendre le programme.

L'équipe est également responsable d'évaluer le programme, de formuler des commentaires aux cabinets et de fournir des rapports à l'organisme de financement.

Évaluation du programme

Les réponses au General Health Questionnaire (124-126), au CES-D (114) et au SF-36 (118) ont démontré une amélioration sensible chez les patients qui ont recours aux services de counselling et de psychiatrie. L'accès aux services de santé mentale s'est grandement amélioré; le nombre d'orientations pour une évaluation en santé mentale faites par chaque médecin de famille du programme a décuplé depuis le lancement du programme (127). Les orientations aux services hospitaliers sont en baisse de 10 %, et la durée moyenne des hospitalisations est d'une journée de moins pour les patients des médecins de famille qui participent au programme

comparativement à leurs collègues qui n’y prennent pas part (127).

Les résultats de l’évaluation de la satisfaction des patients quant au programme (selon le Questionnaire de satisfaction des clients (120) et le Visit Satisfaction Questionnaire (121)) sont constamment supérieurs à 90 %. Les médecins de famille, les conseillers et les psychiatres évaluent également leur satisfaction du programme à plus de 90 % depuis son lancement (128).

Parmi les bénéfices particuliers du programme, mentionnons :

- Meilleur accès à des services opportuns et rentables;
- Distribution de renseignements à jour sur les services de santé mentale et de nutrition locaux par la poste, un bulletin trimestriel, des rencontres régulières de participants au programme, et distribution de références ou d'articles importants;
- Élaboration de lignes directrices, de protocoles et de normes pour les activités cliniques;
- Aider les cabinets à résoudre les problèmes comme la recherche de locaux adéquats, la réduction des conflits d’horaires, et obtenir l’accès aux programmes et aux services locaux;
- Élaboration et organisation de l’évaluation du programme; et
- Représentation et promotion du programme auprès d’autres prestataires de services de santé et de la source de financement du programme (129).

Pour de plus amples renseignements sur ce programme, communiquez avec Tracy Hussey, Coordinatrice en nutrition, Programme de nutrition de l’OSS d’Hamilton, Hamilton, Ont., Courriel : tracy.hussey@gmail.com.

Le centre de santé communautaire Cool Aid, Victoria, C.-B.

Contexte du programme

Le centre de santé communautaire Cool Aid (CSC) a été mis sur pied en tant que clinique en 1970 et offre des soins médicaux et dentaires aux personnes qui n’ont pas de

protection des soins de santé ou qui vivent au centre-ville. Parmi ces personnes, plusieurs souffrent de maladies psychiatriques et/ou d'autres problèmes de santé chroniques. En 2001, le CSC a reçu du financement du gouvernement provincial afin de transformer la clinique en centre de santé communautaire complet.

Description du programme

Le centre vise la création d'un environnement de confiance et de respect mutuel entre le personnel et les bénéficiaires qu'il sert. À l'aide d'une approche en équipe novatrice, le centre de santé communautaire offre des soins de santé primaires, aigus et de longue durée. Les services du CSC visent à réduire les obstacles importants auxquels fait face la population du centre-ville quant à l'accès aux services de santé. Son emplacement au centre-ville et ses heures d'ouverture prolongées la fin de semaine caractérisent le CSC.

Composition de l'équipe de soins partagés

Ce qui distingue la prestation de services du CSC est la coordination de plusieurs points d'entrée. Par exemple, les infirmiers praticiens, les médecins, les conseillers en santé mentale et en toxicomanie, le diététiste, l'acupuncteur, le pharmacien et le technicien en pharmacie, la clinique dentaire offrant toute la gamme des soins et les spécialistes-consultants comme les psychiatres sont tous des points d'entrée possibles pour accéder à des soins de santé complets.

Intégré à la fonction de soins de santé primaires, le centre offre de la formation aux étudiants en soins infirmiers et en médecine, ainsi qu'aux résidents en médecine familiale et aux médecins intéressés à la médecine des quartiers défavorisés. Le CSC constitue également un site satellite du Réseau canadien pour les essais VIH et participe à plusieurs projets de recherche sur le VIH et l'hépatite C.

Le centre dispose également d'un volet d'approche communautaire qui intègre efficacement une approche holistique; le CSC dispense ses services là où les gens sont, que ce soit dans la rue, les haltes-accueil, les banques alimentaires, les abris ou à domicile. Les services d'approche communautaire assurent également une gamme complète de services d'évaluation, de counselling et d'orientation pour les

Principes des soins de santé primaires en action

- ✓ Besoin identifié dans la collectivité
- ✓ Soins interdisciplinaires
- ✓ Accessibilité
- ✓ Continuité et coordination des services
- ✓ Développement des capacités personnelles

sans-abri atteints d'une maladie mentale et pharmacodépendants ainsi que pour ceux qui risquent de devenir des sans-abri dans la collectivité du centre-ville de Victoria. Ce contact à l'extérieur du CSC bâtit la confiance nécessaire pour les usagers afin qu'ils utilisent le centre et les services offerts.

Un diététiste professionnel est disponible 2,5 jours par semaine pour offrir des services de nutrition et de counselling à différents usagers, y compris ceux qui souffrent d'une maladie mentale ou qui sont aux prises avec des problèmes de toxicomanie.

Pour de plus amples renseignements, communiquez avec Jan Klizs, RD, Centre de santé communautaire Cool Aid, Victoria, C.-B., Téléphone : (250) 385-1466, Courriel : jkлизs@coolaid.org.

Me définir : Acquérir une image corporelle et un style de vie sains, Mount Saint Vincent University, Halifax

Contexte du programme

« Me définir » a été élaboré par un conseiller universitaire et un diététiste professionnel dans le but d'aider les femmes qui sont insatisfaites de leur corps à apprendre des façons d'acquérir une image corporelle plus saine en améliorant leur concept de soi et en adoptant des comportements de soins personnels. Le programme est conçu pour de petits groupes (5-10 participants) afin d'étudier et de discuter de l'image corporelle dans un environnement sécuritaire et encourageant. Les responsables, soit un diététiste et un conseiller, agissent comme des animateurs et des personnes-ressources pour le groupe.

Population cible

Le programme cible les femmes universitaires de tout âge et est gratuit pour toutes. Chaque participante potentielle est triée par un des responsables du programme avant son acceptation au programme. Pour déterminer leur admissibilité, les participantes doivent répondre à un ensemble de questions prédéterminées. Chaque participante qui répond aux critères d'admissibilité du programme est acceptée. Les personnes acceptées au programme doivent

éprouver un certain degré d'insatisfaction corporelle et ne pas avoir obtenu un diagnostic de trouble de l'alimentation et/ou subi un traitement lié à ce trouble. Celles qui ont subi avec succès un traitement lié aux troubles de l'alimentation sont acceptées.

Format et contenu du programme

Le programme s'étale sur six semaines et consiste en séances de deux heures. Chaque séance comprend une inscription, le partage de renseignements, l'établissement d'objectifs et des activités de groupe. Le programme comprend l'instruction en groupe et des discussions sur les liens entre le concept de soi, l'estime de soi et l'image corporelle; les effets physiologiques et psychologiques de la diète; l'alimentation saine; les origines de l'insatisfaction face à l'image corporelle; les stratégies cognitives et comportementales pour améliorer cette image; et l'importance des soins auto-administrés.

Principes des soins de santé primaires en action

- ✓ Besoin identifié dans la collectivité
- ✓ Soins interdisciplinaires
- ✓ Accessibilité
- ✓ Continuité et coordination des services
- ✓ Développement des capacités personnelles

Objectifs du programme

Le diététiste se concentre sur la création de régimes alimentaires et sur l'alimentation « normalisée », les effets physiologiques de la diète, l'échelle de poids santé et la théorie de valeurs de consigne, ainsi que sur la façon de faire des choix alimentaires sains, d'élaborer des menus sains, d'adopter une alimentation saine, d'identifier les signaux de faim et de satiété du corps, de faire le lien entre l'alimentation et les sentiments et d'intégrer l'activité physique au plan de soins auto-administrés. Le conseiller se concentre sur l'expression des sentiments, des pensées et des comportements portant sur l'image corporelle; les effets psychologiques de la diète et de l'insatisfaction quant à l'image corporelle; les pensées négatives; l'étude des influences sur l'image corporelle (origines et facteurs déclencheurs); l'étude du rôle des émotions dans les problèmes alimentaires; l'introduction de la gestion du stress et des stratégies de soins auto-administrés; et l'expansion du concept de soi. Si le diététiste et le conseiller se concentrent chacun sur différents aspects du programme, ils partagent des objectifs communs, y compris ceux de favoriser une image corporelle et un concept de soi sains, de promouvoir l'autonomie, d'encourager l'acceptation de soi, de créer un

« Les prestataires de soins primaires devraient avoir un accès facile à l'information portant sur le lien entre l'alimentation et la santé mentale ainsi qu'une connaissance pratique de l'information et de l'expertise disponibles pour aider la population via la modification de leur alimentation. »

*Dr Deborah Cornah,
Conseillère, Mental Health
Foundation, 2006 (12)*

environnement de soutien sécuritaire en plus d'encourager les soins auto-administrés et le souci de soi.

Mise en œuvre et évaluation du programme

Ce programme a été offert une fois dans son format original en février/mars 2002 à cinq étudiantes de l'Université Mount Saint Vincent. À la conclusion du programme, chaque participante a rempli un sondage d'évaluation. Toutes les participantes indiquaient être globalement satisfaites du programme. Certaines participantes ont cependant suggéré que le programme dure plus longtemps et d'autres ont indiqué qu'il devrait contenir plus de renseignements de nutrition. En tenant compte de ces commentaires, on planifie d'offrir une version légèrement modifiée du programme.

Pour de plus amples renseignements, communiquez avec Karyn Dougherty, Diététiste consultante, Halifax, N.-É., Courriel : kdougherty@ns.sympatico.ca.

Autres exemples

D'autres exemples soulignent la diversité des services qui peuvent être offerts en contexte de soins de santé primaires. Les équipes de santé itinérantes qui sont présentes dans la plupart des villes du Canada en sont un premier exemple. Ces équipes sont composées d'infirmiers, de médecins, de nutritionnistes, de travailleurs sociaux, d'avocats et d'autres professionnels ainsi que des secteurs de l'hébergement et de la justice pénale. Leur clientèle est composée de populations « marginales » comme les sans-abri. La santé de ces groupes est affectée par une mauvaise alimentation, l'absence de logement et une mauvaise hygiène. Plusieurs souffrent de maladies comme la tuberculose, le VIH/SIDA et l'hépatite C. Cependant, ils ne peuvent pas bénéficier du système de santé. Les équipes de santé itinérantes apportent leur expertise variée dans la rue. Certaines d'entre elles se concentrent sur les soins aux malades, tandis que d'autres travaillent à résoudre les problèmes qu'affrontent ces populations, soit les problèmes qui déterminent leur état de santé. Dans certaines villes comme à Ottawa, l'équipe a obtenu du financement et bâti un centre de soins palliatifs pour les sans-abri.

Parmi d'autres exemples, mentionnons les systèmes d'information en nutrition par téléphone qui soutiennent le principe de l'utilisation appropriée des ressources de soins de santé. À ce titre, Dial-A-Dietician en C.-B. favorise la participation de la population à leur santé nutritionnelle, favorise la promotion de la nutrition ainsi que l'accès aux conseils et aux services.

Ce ne sont que quelques programmes choisis à titre d'exemples de soins de santé primaires en action. Comme on peut le constater, il existe plusieurs possibilités de services de nutrition dans les programmes de santé mentale en soins de santé primaires.



« Tous les centres de santé mentale devraient compter dans leur personnel un diététiste qui aborde sur place des problèmes comme les services alimentaires, la sensibilisation communautaire à la nutrition et la formation au moment de l'initiation aux médicaments psychotropes qui favorisent la prise de poids. »

RD, participant à la trousse d'outils

Sommaire

Rôle du diététiste professionnel dans les programmes de santé mentale en soins de santé primaires

À titre de membre efficace de l'équipe de soins de santé primaires, le rôle du diététiste professionnel est d'évaluer les indicateurs cliniques, biochimiques et anthropométriques, les problèmes et les habiletés d'alimentation en plus de comprendre les facteurs environnementaux, sociaux, économiques et éducatifs qui affectent le plan d'intervention pour l'utilisateur en santé mentale. En tant que coéquipier, cela comprend la formation d'autres professionnels, des familles et des aidants naturels en matière de choix et de préparation des aliments. Puisque les programmes communautaires comportent des contraintes financières, l'éducation des prestataires et du personnel peut également influencer le processus de choix des aliments.

Les diététistes offrent une variété d'habiletés uniques à l'équipe de soins de santé primaires. Ils sont des professionnels des soins de santé qui utilisent leurs ensembles de connaissances uniques afin de soutenir la population dans la compréhension et l'application des principes d'une alimentation saine tout au long de leur vie. Ils détiennent une formation en science et en gestion de la nutrition et de la diététique et ils intègrent un processus de prise de décisions basées sur des données probantes dans leur pratique en plus d'adhérer à des normes de pratique nationales surveillées par des organismes de réglementation provinciaux (20).

Les services offerts par les professionnels de la diététique sont essentiels à l'utilisateur des soins de santé mentale. Puisque plusieurs usagers ont des pathologies qui affectent leur santé physique, l'évaluation nutritionnelle devrait cibler certaines (p. ex., personnes souffrant de dysphagie ou de problèmes d'alimentation). Les évaluations cognitives permettent de comprendre la capacité fonctionnelle de l'utilisateur pour élaborer un plan de traitement adéquat. Des programmes pour des personnes moins éduquées peuvent aussi s'avérer appropriés pour cette population (130).

L'évaluation des habiletés d'alimentation peut être un autre élément important de l'évaluation et du programme de traitement. L'objectif du programme d'alimentation peut être d'acquiescer l'indépendance sans exposer le patient à des risques nutritionnels. Souvent, c'est le diététiste, avec l'aide d'ergothérapeutes et d'orthophonistes, qui renforce le plan et qui détermine les aliments qui conviennent au patient. On reconnaît que pour les usagers en santé mentale, le dépistage peut être fait par un autre membre de l'équipe de soins de santé qui oriente le patient au diététiste pour fins d'évaluation et de suivi. Le dépistage, l'évaluation et le traitement en nutrition sont des facteurs importants pour aider à conserver la santé, l'indépendance et la qualité de vie des usagers en santé mentale afin de réduire les coûts de l'institutionnalisation.

Les diététistes utilisent la promotion de la santé, la prévention de la maladie et des stratégies de traitement qui soutiennent les collectivités et les individus pour faire des choix sains. Parmi certaines des habiletés et perspectives supplémentaires en matière de soins de santé primaires que le diététiste offre, mentionnons (131) :

- Renforcer l'action communautaire et le développement en établissant des partenariats et en appliquant de solides habiletés de communication, de négociation et de résolution de problèmes pour aborder les problèmes de nutrition et de santé
- Appliquer la connaissance des déterminants de la santé, travailler avec les collectivités, les groupes et les individus pour planifier la meilleure approche afin de surmonter les obstacles à la santé
- Promouvoir les changements de comportement portant sur les choix d'aliments, les comportements alimentaires et les méthodes de préparation afin d'optimiser la santé
- Promouvoir l'indépendance et l'autonomie de l'utilisateur dans la prise de décisions et bâtir sa capacité à demeurer en santé
- Étudier et élaborer la base de connaissances nécessaires pour définir les indicateurs de santé de la collectivité et mesurer l'impact des interventions en soins de santé primaires

« En ce qui concerne la prévention des troubles de l'alimentation, les diététistes jouent un rôle en s'assurant que les meilleures pratiques de counselling en nutrition sont appliquées. Par exemple, avec la population en pédiatrie, nous savons que plusieurs troubles de l'alimentation commencent par un « régime alimentaire » et nous jouons un rôle très important de par la façon dont nous abordons les patients qui peuvent être à risque (en gardant à l'esprit qu'il y a une augmentation à l'enfance et de l'obésité générale). En général, nous jouons un rôle en transmettant le message aux parents et aux écoles afin d'élever des enfants avec une image corporelle saine et une estime de soi qui ne sont pas soumises aux messages des médias et de la culture qui aident à créer un environnement dans lequel nous constatons une augmentation des troubles de l'alimentation. »

RD, participant à la trousse d'outils

Le Tableau 2 résume des exemples précis de la façon dont la diététique, en contexte de soins de santé primaires, peut contribuer à améliorer et/ou à préserver la qualité de vie des membres de la collectivité souffrant de problèmes de santé mentale et à améliorer les résultats de santé. De plus, le diététiste est invité à rechercher des possibilités uniques de prestation de services. Par exemple, administrer des soins là où se rassemblent les sans-abri (p. ex., les haltes-accueil, les sites d'approche communautaire, les soupes populaires, les abris) et fournir des incitatifs pour favoriser l'engagement (p. ex., coupons-repas). Ces stratégies ainsi que celles résumées dans le Tableau 2 sont nécessaires pour réduire l'incidence des maladies chroniques et les coûts des soins de santé (104;132).

En fonction du besoin identifié pour des services de diététique en santé mentale, de la rentabilité des services de nutrition et des nombreuses possibilités que l'intégration de diététistes en santé mentale peut assurer pour améliorer la qualité de vie, le besoin de financement pour soutenir les services de nutrition en soins primaires et en santé mentale est impératif.

Tableau 2 : Exemples où la diététique contribue à l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes d'une maladie mentale*

Stratégies**	Exemples de mesures (actuelles et potentielles)
Bâtir une politique publique saine	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Travailler avec les comités consultatifs communautaires pour établir des politiques communautaires saines touchant différents secteurs qui affectent l'accès aux aliments sains (p. ex., les centres récréatifs municipaux, les écoles, les lieux de travail, les centres préscolaires et les centres de jour) ▪ Travailler avec les conseils en matière de politiques alimentaires pour aider à améliorer la sécurité alimentaire dans les collectivités ▪ Consulter le gouvernement pour fixer les taux d'assistance alimentaire pour s'assurer que les assistés sociaux disposent de moyens suffisants pour se procurer des aliments sains ▪ Consulter le gouvernement pour s'assurer que les fabricants d'aliments fournissent l'étiquetage nutritionnel pour aider les consommateurs à faire des choix alimentaires sains ▪ Consulter le gouvernement pour reconnaître officiellement le rôle de la santé mentale et de la nutrition dans les documents de politique et pour ajouter des volets de santé mentale aux campagnes nationales ▪ Suggérer la santé mentale et la nutrition comme thèmes pour la campagne du mois de la nutrition
Créer des environnements favorables	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aider les collectivités à établir des cuisines collectives, des groupes d'achats et des jardins communautaires afin de promouvoir une alimentation saine à moindre coût, ainsi que des programmes de sécurité alimentaire et de soutien par les pairs ▪ Consulter les programmes communautaires regroupés de soupe populaire dans les centres pour aînés, les programmes de centres de jour pour adultes et les programmes de santé mentale communautaires pour garantir l'accès à différents choix sains ▪ Travailler avec le personnel des établissements psychiatriques communautaires dans un organisme de réglementation pour s'assurer de respecter les normes de nutrition et de services alimentaires ▪ Travailler avec les épiciers pour développer des installations « favorables aux personnes âgées » qui aident à préserver l'indépendance des aînés pour faire leurs propres emplettes ▪ Élaborer des ressources nutritionnelles en ligne pour les usagers
Renforcer l'action communautaire	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Travailler en partenariat avec les centres de ressources familiales pour aider à bâtir la capacité des familles et des collectivités à gérer les problèmes de sécurité alimentaire et à soutenir la santé nutritionnelle des enfants ▪ Améliorer le bien-être nutritionnel et la sécurité alimentaire en contexte intégré école-collectivité, notamment avec des programmes comme Cooking Fun for Families ▪ Gérer et former les travailleurs d'entraide dans les programmes qui visent les populations vulnérables comme les femmes enceintes à risque élevé, les Autochtones et les personnes âgées ▪ Promouvoir une alimentation saine et la prévention des maladies chroniques par l'entremise de programmes de saine alimentation dans les restaurants et au travail ▪ Améliorer l'accès aux marchés ▪ Promouvoir l'utilisation d'aliments traditionnels des Autochtones et des groupes ethniques

* Adapté du Tableau 1, The practice of registered dietitians in primary health care (20)

** Ottawa Charter, 1986

Tableau 2 : Exemples où la diététique contribue à l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes d'une maladie mentale* suite....

Stratégies**	Exemples de mesures (actuelles et potentielles)
Développer des habiletés personnelles	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Effectuer des visites du supermarché sur la façon de lire les étiquettes afin de montrer aux clients comment faire des choix équilibrés sur place ▪ Diriger des ateliers sur la façon d'établir un budget alimentaire et sur le développement d'habiletés culinaires ▪ Fournir une formation axée sur les compétences pour mener une vie indépendante dans les foyers pour les personnes vivant un trouble du développement et des problèmes de santé mentale ▪ Établir des liens avec différents médias locaux pour s'assurer qu'ils ont accès à une source de renseignements de nutrition fiables et d'intérêt pour la population ▪ Travailler avec les agences multiculturelles pour adapter le Guide alimentaire canadien pour manger sainement à des aliments culturellement acceptables et dans une langue appropriée
Réorienter les services de santé	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Favoriser les réseaux et les orientations entre les diététistes et d'autres prestataires de santé pour s'assurer que les collectivités et les usagers ont un accès direct à la gamme de services de santé (p. ex., les diététistes en pratique privée, les nutritionnistes de la santé publique, les diététistes qui travaillent en soins à domicile, les diététistes en externe) ainsi qu'aux services de santé non traditionnels et non conventionnels ▪ Fournir les services de diététique hors des heures ouvrables et dans des contextes uniques comme les abris, les centres de jour et les soupes populaires ▪ Faciliter l'élaboration et la mise en oeuvre d'outils de dépistage des risques de nutrition que les professionnels de la santé peuvent utiliser pour leurs patients en santé mentale ▪ Former d'autres prestataires (p. ex., des médecins, des infirmiers, des ergothérapeutes, etc.) et des professionnels d'autres secteurs (p. ex., les services sociaux, les enseignants) pour étendre, non pas pour remplacer, l'expertise du diététiste
Réorienter les services de santé suite...	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diriger des projets de démonstration pour démontrer l'efficacité des services de diététique comme une composante des soins de santé interdisciplinaires ▪ Encourager l'expansion des mandats de soins à domicile pour inclure les personnes confinées à domicile pour des motifs de santé mentale ▪ Encourager le renvoi automatique d'usagers en santé mentale aux diététistes une fois qu'ils se font prescrire des médicaments psychiatriques reconnus pour engendrer une prise de poids ▪ Aider à élaborer des programmes de dépistage en nutrition pour les usagers et les aînés en santé mentale ▪ Incorporer le contenu de prévention des troubles de l'alimentation aux programmes de sensibilisation au diabète ▪ Offrir des programmes de prévention des troubles de l'alimentation au secondaire, au collégial et à l'université ▪ Agir comme ressource ou comme conseiller auprès des exploitants d'établissements psychiatriques communautaires pour la planification de menus et les normes de services alimentaires

* Adapté du Tableau 1, The practice of registered dieticians in primary health care (20)

** Ottawa Charter, 1986

Tableau 2 : Exemples où la diététique contribue à l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes d'une maladie mentale* suite....

Stratégies**	Exemples de mesures (actuelles et potentielles)
Réorienter les services de santé suite...	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diriger des projets de démonstration pour démontrer l'efficacité des services de diététique comme une composante des soins de santé interdisciplinaires ▪ Encourager l'expansion des mandats de soins à domicile pour inclure les personnes confinées à domicile pour des motifs de santé mentale ▪ Encourager le renvoi automatique d'usagers en santé mentale aux diététistes une fois qu'ils se font prescrire des médicaments psychiatriques reconnus pour engendrer une prise de poids ▪ Aider à élaborer des programmes de dépistage en nutrition pour les usagers et les aînés en santé mentale ▪ Incorporer le contenu de prévention des troubles de l'alimentation aux programmes de sensibilisation au diabète ▪ Offrir des programmes de prévention des troubles de l'alimentation au secondaire, au collégial et à l'université ▪ Agir comme ressource ou comme conseiller auprès des exploitants d'établissements psychiatriques communautaires pour la planification de menus et les normes de services alimentaires
Stratégies de prévention de la maladie	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Former des travailleurs de soins à domicile, des gestionnaires de cas ainsi que le personnel de petits établissements psychiatriques communautaires dans l'identification des risques nutritionnels afin d'identifier et d'orienter les usagers présentant une vulnérabilité alimentaire ▪ Fournir une évaluation nutritionnelle des femmes enceintes à risque élevé, y compris celles qui présentent des problèmes de santé mentale ▪ Élaborer des ressources adéquates en matière de sensibilisation au diabète, de prévention de l'obésité et de dyslipidémie ▪ Travailler avec des groupes de professionnels pour établir des normes de prévention et de traitement d'individus souffrant, ou risquant de souffrir, de diabète, y compris par exemple ceux qui consomment des antipsychotiques atypiques ▪ Travailler avec les pharmaciens pour élaborer des outils sur les effets des médicaments psychiatriques et des stratégies alimentaires pour les atténuer ▪ Élaborer une liste de ressources communautaires de sources alimentaires, comme la Popote roulante, les services de restauration effectuant la livraison à domicile, etc. ▪ Travailler avec les écoles pour promouvoir des choix alimentaires sains ▪ Élaborer des outils pour discuter de la sécurité des thérapies complémentaires et non conventionnelles
Stratégies de traitement	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conseiller les individus et leur famille sur les troubles de l'alimentation ▪ Assurer le counselling en gestion du poids pour tous les âges afin de réduire le risque de diabète, d'hypertension et de maladies cardiaques ▪ Fournir une expertise en gestion de cas en coordination des traitements et des services de plusieurs prestataires de soins afin d'assurer la continuité des soins pour les usagers ▪ Travailler avec les professionnels de la psychiatrie pour établir des interventions en nutrition dans le cadre des lignes directrices cliniques pour le traitement des maladies mentales
Stratégies de réhabilitation/de soutien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Soutien nutritionnel pour les troubles d'immunodéficience, la dysphagie, les personnes présentant un trouble du développement, celles qui sont incarcérées et celles qui souffrent de maladies mentales en établissements psychiatriques communautaires

*Adapté du Tableau 1, The practice of registered dietitians in primary health care (20)

**Ottawa Charter, 1986

« Lorsque je fais ma séance de sensibilisation avec le groupe de stagiaires en diététique, je leur fournis plusieurs renseignements sur les différents neuroleptiques antipsychotiques et les effets secondaires métaboliques... J'insiste auprès des étudiants sur le fait qu'ils verront ces médicaments très souvent, non pas seulement en santé mentale. »

RD, participant à la trousse d'outils

Recommandations

L'intention de cette trousse d'outils est de fournir une compréhension approfondie des soins de santé mentale primaires et de la diététique en plus de souligner les possibilités d'augmentation du rôle de diététiste en santé mentale. En fonction du processus d'examen et de consultation, nous formulons les suggestions suivantes :

- *Éducation en diététique.* L'élaboration et la mise en œuvre du contenu et/ou de l'expérience pratique qui traite des besoins de nutrition de personnes souffrant de problèmes de santé mentale dans les programmes de nutrition au premier cycle et aux cycles supérieurs ainsi que des stages en diététique sont nécessaires. En particulier, la formation en counselling, les habiletés de base, les approches thérapeutiques (p. ex., la thérapie cognitivo-comportementale, l'entrevue de motivation, etc.) et la sensibilisation sur les nombreux effets secondaires des médicaments psychiatriques relatifs à la nutrition devraient être intégrées à la formation en diététique. Les programmes de formation en avancées technologiques qui peuvent être reliés aux soins de nutrition (p. ex., le développement d'un site Web) peuvent également profiter au diététiste pour l'aider à concevoir des outils pratiques et des ressources pour ses patients.

Il y a également un besoin d'éducation interdisciplinaire sur les troubles mentaux et, particulièrement, sur l'interrelation entre la maladie mentale et la maladie chronique (p. ex., la dépression et le diabète). Enfin, il y a un besoin de formation spécialisée en nutrition interdisciplinaire pour les diététistes praticiens afin de répondre aux besoins de soins de santé de ces personnes.

- *Défense.* Les diététistes jouent un rôle de premier plan dans la défense des usagers en santé mentale. Il peut s'agir de stratégies pour améliorer la sécurité alimentaire et l'acquisition d'habiletés alimentaires pratiques, comme la cuisine et la culture d'aliments. De plus, l'étiquetage nutritionnel des aliments pour indiquer clairement la qualité nutritive des ingrédients de chaque produit est nécessaire.

- *Politique et pratique en matière d'alimentation et de santé mentale.* Le gouvernement dans son ensemble ainsi que toutes les agences concernées devraient reconnaître officiellement les liens qui existent entre le régime alimentaire et la santé mentale. Les groupes particuliers qui présentent un risque accru de problèmes de santé mentale devraient recevoir des renseignements sur les aliments qui favorisent leur bien-être mental, émotif et physique. Par exemple, des campagnes générales de saine alimentation devraient comprendre des volets de santé mentale. Les ministères devraient examiner et améliorer les normes d'alimentation et de nutrition pour le secteur de la santé mentale, et les organismes qui mandatent les services de santé mentale devraient insérer ces normes à même leurs critères pour tout service qui distribue des aliments.

Enfin, l'organisme qui élabore la politique agricole devrait être informé de son impact sur l'alimentation et de son effet ultérieur sur la santé mentale.

Pour promouvoir la santé alimentaire de cette population, on recommande que les décideurs en matière de politiques élaborent et appliquent des mécanismes de financement adéquats basés sur la population afin de soutenir les services d'alimentation en soins de santé primaires dans leur secteur de compétence. De plus, ils doivent assurer une surveillance efficace et une évaluation continue des services d'alimentation en soins de santé primaires en santé mentale pour en assurer l'efficacité.

- *Élaboration et surveillance des normes d'alimentation et de nutrition.* Il y a un besoin dans le secteur de la santé et des services sociaux, qui devrait être inséré dans les mécanismes actuels d'évaluation du rendement. De plus, il faut disposer de normes en matière d'intervention nutritionnelles intégrées aux lignes directrices de traitement psychiatrique.
- *Sensibilisation des collaborateurs à la nutrition.* Il faut rechercher les occasions d'augmenter le niveau de connaissance en nutrition portant sur les enfants et les adultes aux prises avec des problèmes de santé mentale

D'après un sondage national des DC :

- Plus de 77 % des 180 diététistes ont indiqué que le fait de travailler au sein d'une équipe interdisciplinaire constituait une influence « d'importante à très positive » sur leur satisfaction générale au travail
- 96 % des 169 répondants mentionnent que les diététistes favorisent une approche des soins qui est centrée sur le patient
- 82 % des 143 répondants indiquent que les diététistes favorisent une approche de santé de la population au service

auprès de tous les prestataires de soins de santé et de services sociaux.

- *Planification du programme.* Les diététistes doivent soutenir les programmes qui font la promotion de la santé et du bien-être comme un élément essentiel des programmes de soins de santé. Nous devons favoriser l'inclusion de diététistes professionnels à l'échelle nationale qui sont chevronnés en matière de besoins nutritionnels des personnes ayant des problèmes de santé mentale dans les agences qui établissent les politiques en matière d'éducation, d'activité professionnelle et de services de santé aux niveaux fédéral et provincial. De plus, la participation de diététistes aux équipes de soins primaires et spécialisés et aux programmes de vocation, d'éducation et de résidence qui servent cette population tout au long du cycle de vie doit être encouragée. Enfin, tous les services de réhabilitation (p. ex., les prisons, les foyers de groupe) devraient incorporer des politiques et pratiques alimentaires afin que tous les résidents et le personnel soient incités à choisir des repas, des goûters et des boissons de cultures variées et appropriés qui favorisent leur bien-être mental, émotif et physique.
- *Collaboration.* Il y a un besoin de collaboration avec les prestataires de soins de santé pour s'assurer qu'il y ait des politiques en place permettant de promouvoir les services centrés sur la famille, interdisciplinaires, coordonnés, communautaires et culturels. Pour y parvenir, on suggère davantage de stages de formation en diététique en contextes de pratique axée sur la collaboration (103). On a également identifié un besoin de collaborer au sein même de notre profession. Les Mental Health and Eating Disorders Networks constituent un des mécanismes qui favorisent cette collaboration.
- *Accessibilité.* Les services de nutrition doivent faire partie des soins de santé complets des personnes ayant des besoins de santé mentale. Pour améliorer l'accessibilité, il faut envisager des stratégies comme les visites à domicile, la formation d'auxiliaires et de travailleurs de soutien par les pairs, la pratique en contexte atypique comme dans les centres de jour et les abris, le travail hors des heures

« Il est urgent que les responsables des politiques, les médecins, l'industrie, les utilisateurs de services et les usagers accordent l'importance adéquate au rôle que joue la nutrition dans la santé mentale. »

D^r Deborah Cornah,
Conseillère,
Mental Health Foundation,
2006, (12)

normales de même que le recours à la télémédecine. À ce sujet, le personnel du service de santé mentale secondaire devrait avoir un accès opportun aux diététistes professionnels pour fins de liaison et de consultation.

- *Recherche à l'appui.* Selon la recherche basée sur des données probantes, il faut élaborer et mettre en œuvre des protocoles qui répondent aux besoins nutritionnels particuliers de cette population tout au long du cycle de vie. Nous devons également obtenir des données adéquates qui caractérisent les diététistes en santé mentale afin de prendre les mesures qui s'imposent. Il faut mener des études de rentabilité ainsi que des études utilisant de vastes bases de données nationales qui peuvent répondre à de nouvelles questions de recherche. De plus, nous devons soutenir et promouvoir la recherche en nutrition dans les domaines de l'obésité, du diabète sucré, de l'hypertension, de la cardiologie et d'autres maladies, ainsi qu'en sécurité et efficacité des thérapies alternatives et ce, dans un effort pour améliorer continuellement la qualité de vie de ceux qui souffrent de problèmes de santé mentale. Enfin, les organismes de financement de la recherche devraient augmenter les bourses disponibles pour étudier la relation entre la diète et la santé mentale.
- *Financement.* Le manque de financement est un des nombreux défis identifiés dans la mise en œuvre des principes des soins de santé primaires (103). On suggère d'agir au niveau de la promotion des modèles de financement qui améliorent l'accès aux services de nutrition et de santé mentale.

Les diététistes en santé mentale peuvent être des catalyseurs pour des soins améliorés des patients en santé mentale ainsi que des membres efficaces des équipes de soins de santé mentale axés sur la collaboration. De plus, ils continueront d'être reconnus comme des experts en nutrition en plus d'enrichir la vie des personnes avec lesquelles ils travaillent (12).

Annexe A

Les soins de santé primaires : membres des groupes de travail en santé mentale et en nutrition, examinateurs et collaborateurs

Bev Bacon, Coprésidente du réseau de soins à domicile des Diététistes du Canada et de Clinical Dietician Kaymar Rehabilitation, Kingston, ON

Colleen Beattie, Coprésidente du réseau des troubles de l'alimentation des Diététistes du Canada et diététiste clinique, Centre des sciences de la santé, Psychiatric Health Centre, Winnipeg, MB

Janice Blanaru, Diététiste clinique, Programme de santé mentale, Health Sciences Center, Winnipeg, MB

D^r Paula Brauer, Département des relations familiales et de la nutrition appliquée, Université de Guelph, ON

Karyn Dougherty, Diététiste consultante, Halifax, NS

Francine Duquette, Directrice générale, Dispensaire diététique de Montréal, Montréal, QC

Kelly Gordon, Coprésidente du réseau Aboriginal Nutrition Network et diététiste communautaire, Centre de quartier Davenport-Perth, Toronto, ON

Tracy Hussey, Coordonnatrice en nutrition, Programme de nutrition de l'OSS d'Hamilton, Hamilton, ON

Rebecca Jarvis, IAI, Directrice des soins, Murrayville Manor, Langley, CB

D^r Bonnie Kaplan, Unité de recherche behaviorale, Université de Calgary

Jan Klizs, RD, Centre de santé communautaire Cool Aid, Victoria, CB

Barbara Lake, RD, Rosehaven Care Centre, Daysland Health Centre, Viking Health Centre et Bashaw Care Centre, Camrose, AB

Anick Leclerc, RD, Santé Canada, DGSPNI, Montréal, QC

Jennifer Miller, Diététiste externe, Prairie North Regional Health Authority, Battlefords Union Hospital, North Battleford, SK

Carol Morgan, RD, Compass Group Canada, London, ON

Jan Palmer, Clinical Nutrition Services, Nova Scotia Hospital, Dartmouth, NS

Marilyn Rabin, Diététiste communautaire, Hôpital Douglas, Verdun, QC

Julie Seale, Coprésidente du réseau de la santé mentale des Diététistes du Canada et diététiste clinique, Centre de santé mentale de Whitby, Whitby, ON

Heather Sandeson, Clinical Nutrition Services, Nova Scotia Hospital, Dartmouth, NS

Donna Sansano, Humber River Regional Hospital, Women's College, Santé mentale, Toronto, ON

Jeannette Sylvestre, Sudbury Regional Eating Disorders Program, Sudbury, ON

Michelle Turnbull, Diététiste clinique, RHA-Central Manitoba, Inc., Boundary Trails Health, Winkler, MB

Pat Vanderkooy, RD, Therapy Partners Inc., Guelph, ON

Lorraine Willows, Diététiste clinique, Centre de soins continus de la Providence : Service de santé mentale, Kingston, ON

Usagers

Membres de la B.C. Mood Disorders Association et de la Schizophrenia Society

Entrepreneur

Karen Davison, Coordonnatrice de la recherche – projet mixte de la B.C. Mood Disorders Association et de l'Université de Calgary et diététiste consultante pour les établissements psychiatriques communautaires, Abbotsford, BC

Annexe B

Questionnaire d'examen de la trousse d'outils de l'ICCSM

Le questionnaire suivant vise à recueillir les commentaires sur les trousse d'outils que vous examinez ainsi qu'à fournir des renseignements sur les ressources qui seront élaborées spécifiquement à l'intention des diététistes. Veuillez le remplir et le transmettre par courriel à kdavison@vivahealthed.com.

1. Quelle est votre formation? (cocher toutes les réponses qui s'appliquent)

- Stage en diététique Maîtrise Autres (préciser)

2. Combien d'années d'expérience possédez-vous à titre de diététiste professionnel? _____ ans

3. Quel type de travail en santé mentale effectuez-vous? (cocher toutes les réponses qui s'appliquent) :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Diététique clinique en hôpital psychiatrique | <input type="checkbox"/> Diététique dans la collectivité visant particulièrement les usagers en santé mentale |
| <input type="checkbox"/> Diététique clinique qui comprend le service d'un département de psychiatrie | <input type="checkbox"/> Diététique dans la collectivité comportant quelques usagers en santé mentale |
| <input type="checkbox"/> Diététique administrative en hôpital psychiatrique | <input type="checkbox"/> Diététique pour une agence de santé mentale, comme la toxicomanie |
| <input type="checkbox"/> Diététique administrative qui comprend le service d'un département de psychiatrie | <input type="checkbox"/> Autres _____ |
| <input type="checkbox"/> Diététique pour au moins un établissement psychiatrique communautaire | |

4. Quelles ressources évaluez-vous? (note : si vous évaluez plus d'une ressource, veuillez remplir un questionnaire pour chacune)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Trousse d'outils sur les anomalies de santé chez les Autochtones | <input type="checkbox"/> Trousse d'outils pour les populations urbaines marginalisées |
| <input type="checkbox"/> Trousse d'outils pour les personnes ayant des problèmes de toxicomanie | <input type="checkbox"/> Trousse d'outils pour les populations particulières - Personnes atteintes d'une maladie mentale grave |
| <input type="checkbox"/> Trousse d'outils pour les enfants et adolescents | <input type="checkbox"/> Trousse d'outils pour les populations rurales et isolées |
| <input type="checkbox"/> Lier les services de soins de santé mentale et de soins de santé primaires– Une trousse d'outils sur la planification et la mise en œuvre pour les prestataires de soins de santé | <input type="checkbox"/> Trousse d'outils pour les populations ethnoculturelles |
| <input type="checkbox"/> Trousse d'outils sur la santé mentale gériatrique | <input type="checkbox"/> Trousse <i>Travaillant ensemble vers le rétablissement : les usagers, les familles, les aidants naturels et les prestataires de soins</i> |

5. Travaillez-vous actuellement en contexte de soins de santé primaires? Vous pouvez vous référer au document des DC « Le rôle du diététiste en soins de santé primaires – Une perspective nationale » comme document d'appoint pour répondre à cette question.

- Oui
 Non ⇒ rendez-vous à la question 7

6. Si vous avez répondu oui à la question 5, veuillez décrire le contexte/programme, p. ex.: nom du programme, mandat du programme, y compris le public cible, les membres de l'équipe impliqués.

7. La ressource ou trousse d'outils que vous avez étudiée aide-t-elle à lever les obstacles aux soins de santé mentale (p. ex., l'accessibilité, l'acceptabilité, la disponibilité)?

- Oui
- Non

Sinon, veuillez expliquer :

8. La ressource ou trousse d'outils que vous avez étudiée est-elle conforme à la planification axée sur l'utilisateur, l'évaluation, la gouvernance de l'initiative et les processus de prise de décisions relativement au traitement?

- Oui
- Non

Sinon, veuillez expliquer :

9. La ressource ou trousse d'outils que vous avez étudiée traite-t-elle adéquatement de la prestation de services de nutrition en ce qui concerne la santé mentale et la population particulière mentionnée dans la trousse que vous avez étudiée?

- Oui
- Non

Sinon, veuillez expliquer : (indiquez dans votre réponse ce que vous pensez qui serait l'idéal)

Les questions suivantes nous aideront à comprendre quels sont les facteurs les plus importants dans la mise en œuvre et le maintien des soins de santé mentale axés sur la collaboration.

10. Comment vous assurez-vous que les services axés sur la collaboration sont accessibles aux personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale?

11. Comment avez-vous tenté de renforcer les structures de collaboration entre les prestataires de soins primaires et l'équipe de santé mentale?

12. Comment vous assurez-vous de la richesse de la collaboration entre les prestataires de soins primaires et l'équipe de santé mentale?

13. Comment vous assurez-vous que les cabinets en collaboration suivent les principes du système centré sur l'utilisateur?

14. Quelles initiatives particulières de planification, de dotation et de mise en œuvre avez-vous mises en œuvre (ou avez-vous eu connaissance) afin de promouvoir les soins axés sur la collaboration entre les prestataires de soins primaires et l'équipe de santé mentale?

15. Quelles tentatives avez-vous mises en œuvre pour surveiller et évaluer les activités partagées?

16. Quelles sont vos recommandations ou commentaires à propos de la mise en œuvre et de la viabilité des soins axés sur la collaboration en ce qui concerne les services de santé mentale et de nutrition?

17. Avez-vous eu connaissance d'initiatives de soins primaires en santé mentale qui impliquent des services de nutrition?

- Oui
- Non

Le cas échéant, veuillez indiquer le programme :



Annexe C

Guide d'entrevue pour les usagers et les aidants naturels en santé mentale

1. Les services de nutrition ont-ils un rôle à jouer en santé mentale? Si oui, veuillez expliquer.

2. En général, quel était votre niveau de satisfaction quant aux services de diététique que vous avez reçus?

3. Qu'avez-vous pris en compte afin de déterminer votre niveau de satisfaction quant aux services de diététique que vous avez reçus?

4. Quels aspects des services de diététique vous ont été le plus utile? Le moins utile? Pourquoi?

5. En ce qui concerne la nutrition, qu'est-ce qui vous importe le plus?

6. Est-ce que vous souhaiteriez voir des améliorations en ce qui concerne les services de diététique? Le cas échéant, quelles sont-elles?



Annexe D

Questionnaire d'examen de la trousse d'outils du diététiste de l'ICCSM

Le questionnaire suivant vise à recueillir des commentaires concernant le projet de trousse d'outils sur « Le rôle actuel et potentiel du diététiste dans les programmes de santé mentale en soins de santé primaires axés sur la collaboration ». Veuillez y répondre et le transmettre par courriel à kdavison@vivahealthed.com.

Processus de consultation

Pensez-vous que ceux qui ont été choisis pour participer à l'élaboration de cette trousse d'outils représentent adéquatement tous les aspects des soins de santé mentale et de la diététique?

- Oui
- Non

Sinon, qui aurait dû, selon vous, y participer?

Définition de la population

Pensez-vous que la population à qui s'adresse cette trousse d'outils a été définie adéquatement?

- Oui
- Non

Sinon, quels groupes devraient être inclus? Exclut?

Pensez-vous que des trousse d'outils distinctes devraient être élaborées pour tout sous-groupe mentionné dans cette trousse?

- Oui
- Non

Le cas échéant, quel sous-groupe mériterait une trousse d'outils séparée?

Problèmes de santé mentale

Pensez-vous que la documentation portant sur l'importance de la maladie mentale (p. ex., la section 4.1.1 de la trousse d'outils) a été correctement abordée?

- Oui
- Non

Sinon, quels autres types d'études devraient être abordés?

Pensez-vous que la section portant sur les populations qui souffrent de maladies mentales (4.1.2) a fait l'objet d'une discussion adéquate?

- Oui
- Non

Sinon, veuillez expliquer.

Pensez-vous que le rôle de la nutrition en santé mentale a été abordé avec suffisamment de détails?

- Oui
- Non

Sinon, veuillez expliquer.

La discussion sur le processus d'examen était-elle complète (section 4.2)?

- Oui
- Non

Sinon, que manquait-il?

Vision et objectifs des soins de santé primaires

Les questions concernant l'accessibilité des services de diététique en santé mentale ont-elles été abordées adéquatément?

- Oui
- Non

Sinon, veuillez expliquer.

Les stratégies pour les structures de collaboration ont-elles été abordées adéquatément?

- Oui
- Non

Sinon, veuillez expliquer.

Les possibilités de richesse de la collaboration ont-elles été abordées avec suffisamment de détails?

- Oui
- Non

Sinon, veuillez expliquer.

Les stratégies du système centré sur l'utilisateur ont-elles été résumées adéquatement?

- Oui
- Non

Sinon, veuillez expliquer.

Considérations importantes lors de l'élaboration d'initiatives de santé mentale et de nutrition

A-t-on oublié des politiques, des lois et des règlements pertinents?

- Oui
- Non

Le cas échéant, veuillez expliquer.

Les problèmes et suggestions de financement sont-ils suffisamment détaillés?

- Oui
- Non

Sinon, veuillez expliquer.

Les problèmes et suggestions portant sur la recherche basée sur des données probantes sont-ils suffisamment détaillés?

- Oui
- Non

Sinon, veuillez expliquer.

Les besoins des collectivités sont-ils suffisamment détaillés?

- Oui
- Non

Sinon, veuillez expliquer.

Devrait-on ajouter des outils d'évaluation autres que ceux mentionnés dans la section 6.8 de la trousse d'outils?

- Oui
- Non

Le cas échéant, veuillez préciser :

Modèles et initiatives de collaboration

Cette trousse d'outils devrait-elle comprendre d'autres initiatives de collaboration portant sur la santé mentale, la nutrition et les soins de santé primaires?

- Oui
- Non

Le cas échéant, veuillez préciser (p. ex., lieu, personnes-ressources) :

Rôle potentiel du diététiste professionnel

Le rôle potentiel du diététiste professionnel en soins de santé mentale primaires a-t-il fait l'objet d'une discussion suffisante?

- Oui
- Non

Sinon, veuillez préciser :

Commentaires supplémentaires :

Annexe E

Ressources choisies portant sur les soins de santé primaires, la santé mentale et la diététique

Voici une liste de ressources choisies portant sur les soins de santé primaires, la santé mentale et la diététique.

Thérapies non conventionnelles et complémentaires

Voici quelques ressources qui vous aideront à découvrir des thérapies non conventionnelles :

www.ccmadoctors.ca

Site Web de la Canadian Complimentary Medicine Association, soit un réseau de médecins, de résidents et d'étudiants en médecine qui désirent unir la médecine conventionnelle et la médecine douce. Le lecteur peut également consulter la version américaine (en anglais) au www.nccam.nih.gov. Le site contient une section pratique consacrée aux thérapies non conventionnelles et à la santé mentale.

www.isom.org

Site Web de la International Society for Orthomolecular Medicine.

www.medicinechinese.com

Ce site énumère les professionnels de la médecine chinoise traditionnelle et de l'acupuncture au Canada; il contient une foire aux questions et des trucs sur la façon de choisir un professionnel de confiance. Il contient également des renseignements sur la façon d'allier médecine occidentale et médecine chinoise de manière responsable.

Meilleures pratiques

Centre de toxicomanie et de santé mentale. *Best practices - Concurrent mental health and substance use disorders (Meilleures pratiques - Troubles concomitants de santé mentale et d'alcoolisme et de toxicomanie)*. Ottawa, ON : Santé Canada, 2002.

Santé Canada. *Guidelines for Comprehensive Services to Elderly Persons with Psychiatric Disorders (Lignes directrices pour la prestation de services complets aux personnes âgées atteintes de troubles mentaux)*. Ottawa, ON : Santé Canada, 1988.

Ministère des Services de santé de la Colombie-Britannique. *Guidelines for Elderly Mental Health Care Planning for Best Practices for Health Authorities*. Victoria, BC : Ministère des Services de santé de la Colombie-Britannique, 2002.

Études de rentabilité des services de nutrition et ressources

Anonyme. Effectiveness and Cost Effectiveness of Nutrition Care: a critical analysis with recommendations. *Journal of the American Dietetic Association* 1991:Suppl:S1-S50.

Brannon SD, Tershakovec AM, Shannon BM. The Cost-Effectiveness of Alternative Methods of Nutrition Education for Hypercholesterolemic Children. *American Journal of Public Health* 1997;87(12):1967-1970.

Delahanty LM, Sonnenberg LM, Hayden D, Nathan DM. Clinical and Cost Outcomes of Medical Nutrition Therapy for Hypercholesterolemia: A controlled trial. *Journal of the American Dietetic Association* 2001;101(9):1012-1016.

Franz MJ, Splett PL, Monk A, Barry B, McClain K, Weaver T, Upham P, Rergenstal R, Mazze RS. Cost-Effectiveness of Medical Nutrition Therapy Provided by Dietitians for Persons with Non-Insulin-Dependent Diabetes Mellitus. *Journal of the American Dietetic Association* 1995;95(9):1018-1024.

Hebert JR, Ebbeling CB, Ockene IS, Yunsheng MA, Riders L, Merriam PH, Ockene JK, Saperia GM. A Dietician-Delivered Group Nutrition Program Leads to Reductions in Dietary Fat, Serum Cholesterol, and Body Weight: The Worcester Area Trial for Counseling in Hyperlipidemia (WATCH). *Journal of the American Dietetic Association* 1999;99:544-552.

Herman WH, Dasback EJ, Songer TJ, Eastman RC. The Cost-Effectiveness of Intensive Therapy for Diabetes Mellitus. *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America* 1997;26(3):679-95.

Larson E. MNT: An Innovative Employee-Friendly Benefit That saves. *Journal of the American Dietetic Association* 2001;101(1):24-26.

Massachusetts Dietetic Association (1993). Nutrition Services Improve Health and Save Money. Evidence from Massachusetts. Cette ressource contient des tableaux de résultats permettant de déterminer la rentabilité des services de nutrition.

Pavlovich WD, Waters H, Weller W, Bass DB. Systematic Review of Literature on the Cost-Effectiveness of Nutrition Services. *Journal of the American Dietetic Association* 2004;104(2); 226-232.

Position of The American Dietetic Association: Cost-Effectiveness of Medical Nutrition Therapy. *Journal of the American Dietetic Association* 1997;95(1): 88-91.

Pritchard DA, Hyndman J, Taba F. Nutritional Counseling in General Practice: a cost effective analysis. *Journal of Epidemiology and Community Health* 1999;53(5);311-6.

Sheils JF, Rubin R, Stapleton DC. The Estimated Costs and Savings of Medical Nutrition Therapy: The Medicare population. *Journal of the American Dietetic Association* 1999;99(4): 428-435.

Outils d'évaluation critique pour évaluer la documentation de recherche

Law M, Stewart D, Pollock N, Letts L, Bosch J, et Westmorland M. *Critical Review Form - Quantitative Studies*. Hamilton, ON : Université McMaster, 1998.

Law C, Stewart D, Pollock N, Letts L, Bosch J, et Westmorland M. *Guidelines for Critical Review Form - Qualitative Studies*. Hamilton, ON : Université McMaster, 1998.

Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. *Evidence-Based Clinical Prevention*. Ottawa, ON : Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs; 2006.

Ressources en santé mentale

www.autismsocietycanada.ca

Il s'agit du site de la Société canadienne d'autisme; il comprend un lien vers des ressources professionnelles en matière de meilleures pratiques.

www.cmha.ca (bilingue)

Il s'agit du site Web de l'Association canadienne pour la santé mentale; il comprend des énoncés de principes sur le besoin de logements abordables, d'emploi, de soins à domicile et sur d'autres sujets pertinents pour les personnes atteintes d'une maladie mentale. Il mentionne également l'ACSM de votre région et fournit des renseignements sur la façon de communiquer avec celle-ci.

www.camh.net/about_addiction_mental_health

Site Web du Centre de toxicomanie et de santé mentale de Toronto; il offre plusieurs fiches de renseignements sur les troubles mentaux et les dépendances dont la plupart sont traduites dans plusieurs langues. Il contient un catalogue de ressources en ligne.

www.mooodisorderscanada.ca (logiciel de traduction automatique intégré au site)

Il s'agit du site de la Société pour les troubles de l'humeur du Canada; il contient les derniers énoncés de principes et enquêtes canadiennes, des liens aux ressources locales d'entraide et plusieurs fiches de renseignements sur les troubles de l'humeur et autres maladies mentales.

www.schizophrenia.ca (bilingue)

Le site Web de la Société canadienne de schizophrénie offre un ensemble de renseignements détaillés sur la schizophrénie et sur plusieurs autres troubles mentaux. Il passe en revue la recherche actuelle et diffuse des énoncés de principes.

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie (2004). Interim Report on Mental Health, Mental Illness and Addiction. Report 3: Mental Health, Mental Illness And Addiction: Issues And Options For Canada (Rapport provisoire sur la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie. Rapport 3 : Santé mentale, maladie mentale et toxicomanie : Problèmes et options pour le Canada); disponible au : <http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/com-f/soci-f/rep-f/report3/repintnov04vol3-f.htm>.

Zeanah C. *The Handbook of Infant Mental Health*, Second Edition. The Guilford Press: New York, 2000.

Ressources en nutrition pour les professionnels et les usagers

Site Web de la British Columbia Schizophrenia Society - www.bcss.org

La British Columbia Schizophrenia Society dispose de fiches de renseignements sur la schizophrénie, y compris sur la nutrition.

Bergen M. *Up Recipes For Down Times Cookbook*. Communiquez avec la Mood Disorders Association of British Columbia pour de plus amples renseignements. Courriel : mdabc@telus.net.

Davison K. Nutrition and Mood Disorders - Présentation Powerpoint. Cette présentation et les documents complémentaires visent les usagers souffrant de troubles de l'humeur. Pour de plus amples renseignements, courriel : kdavison@vivahealthed.com.

Davison K. Eating Disorders and Diabetes - Présentation Powerpoint. Cette présentation s'adresse aux professionnels de la santé. Pour de plus amples renseignements, courriel : kdavison@vivahealthed.com.

Davidson B, Brauer P (2005). *Nutrition in Primary Health – Dietician Evaluation – Data Collection Form*. Disponible au : www.dietitians.ca.

Dekker T (2000). *Nutrition and Recovery: A Professional Resource for Healthy Eating during Recovery from Substance Abuse*. Accessible en anglais sur le site Web du Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH) www.camh.net.

Dougherty K, Oszadzky I. Bridging the Gap: Présentation Powerpoint intitulée Dietician/Nutritionists and Counsellors Working Together in the Prevention and Intervention of Disordered Eating. Cette présentation décrit un modèle de partenariat pour l'alimentation dérégulée et donne un aperçu du groupe « Defining Me: Developing a Healthy Body Image and Lifestyle » (Me définir : Acquérir une image corporelle et un style de vie sains).

Kaplan B. Micronutrient Supplementation & the Treatment of Mood & Behaviour Problems – Présentation Powerpoint. Cette présentation s'adresse aux professionnels de la santé. Pour de plus amples renseignements, courriel : Bonnie.Kaplan@CalgaryHealthRegion.ca. Un résumé de cette présentation est également disponible sur le site Web du réseau de santé mentale des DC.

Réseau de santé mentale des Diététistes du Canada. *Potential Role for the Dietician in Community Support for the Severely Mentally Ill*. Toronto, ON : Diététistes du Canada, 1998.

Organisation de services de santé d'Hamilton, Programme de nutrition en santé mentale. On y retrouve plus de 70 ressources éducatives, dont certaines qui sont propres à la santé mentale. Communiquez avec Tracey Hussey, Coordonnatrice en nutrition, Programme de nutrition de l'OSS d'Hamilton.

Kellor C. Nutrition and Recovery. *Developments* 18 (1). Disponible au : corp.aadac.com/developments/dev_news_vol18_issue1.asp.

Mental Health Foundation. *Feeding Minds: The impact of food on mental health*. Londres, Angleterre : Mental Health Foundation, 2006.

Seale J, Willows L. The MAOI Diet. Accessible en anglais sur le site Web du réseau de santé mentale des DC : www.dietitians.ca.

Stoll A. *The Omega-3 Connection: The Groundbreaking Anti-depression Diet and Brain Program*. New York: Simon and Schuster, 2001. Rédigé par un psychiatre, ce livre souligne l'importance des acides gras oméga-3 en santé mentale et contient des idées de régimes et de recettes.

Van de Weyer. *Changing Diets, Changing Minds: how food affects mental well being and behaviour*. Londres, Angleterre : Mental Health Foundation, 2005.

Willows L (2005). *Mental Health Introductory Reading List*. Accessible en anglais sur le site Web du réseau de santé mentale des DC : www.dietitians.ca.

Soins de santé primaires

Site Web de l'ICCSM au www.ccmhi.ca (English) ou www.iccsm.ca (Français).

Conférence nationale sur les soins de santé primaires. *A Thousand Points of Light? Moving Forward on Primary Health Care (Un millier d'idées prometteuses? Avançons les soins de santé primaires)*. Winnipeg : CNSSP, 2004.

Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS). *Choices for Change: The Path for Restructuring Primary Healthcare Services in Canada (Sur la voie du changement : Pistes à suivre pour restructurer les services de santé de première ligne au Canada)*. Ottawa : FCRSS, 2003.

Société canadienne de psychologie (SCP). *Strengthening Primary Care: The Contribution of the Science and Practice of Psychology (Pour de meilleurs soins primaires : l'apport de la science et la pratique de la psychologie)*. Ottawa : SCP, 2000.

Association des pharmaciens du Canada (APhC). *Pharmacists and Primary Health Care*. Ottawa : APhC, 2004.

Les Diététistes du Canada (DC). *The Role of the Registered Dietician in Primary Health Care*. Toronto : DC, 2001.

Marriott J, Mable A. *Opportunities and Potential: A Review of International Literature on Primary Health Care Reform and Models (Possibilités et potentiel : examen de la documentation internationale sur les réformes et les modèles en matière de soins de santé primaires)*. Ottawa : Santé Canada, 2000.

Populations particulières en ressources de soins de santé mentale

Bonin E, Brehove T, Kline S, Misgen M, Post P, Strehlow AJ, Yungman J. *Adapting Your Practice: General Recommendations for the Care of Homeless Patients*. Nashville: Health Care for the Homeless Clinicians' Network, National Health Care for the Homeless Council, Inc., 2004.

Calgary Urban Project Society. *Shared Mental Health Care Project for the Homeless: Final project team report*. Calgary Urban Project Society, Calgary, Alberta, 2003.

Jacobsen M. *Culturally Appropriate Rural Mental Health Practice: A Model*. St Cloud, MN, National Association for Rural Mental Health, 1998.

Puddicombe J, Rush B, Bois C. *Concurrent Disorders Treatment: Models for treating varied populations*. Centre de toxicomanie et de santé mentale, Toronto, ON, 2004.

Stamm BH. (sous la direction de). *Rural and behavioral health care: An interdisciplinary guide*. Washington, DC : American Psychological Association, 2003.

Proser M. *Health Centres' Role in Addressing the Behavioural Health Needs of the Medically Underserved*. Washington, DC: NACHC, 2004.

www.seniorsmentalhealth.ca

Site Web d'un groupe d'intérêt psychosocial envers les personnes âgées visant une multitude de disciplines; fournit des exemples de pratique novatrice dans un manuel de ressources psychosociales. L'objectif politique de la santé mentale des personnes âgées fournit un outil analytique pour toute personne qui veut passer au crible un programme (existant ou planifié) concernant son impact ou sa justesse du point de vue de la santé mentale des personnes âgées.

www.alzheimer.ca

Site Web de la Société Alzheimer du Canada. Cet organisme identifie, élabore et facilite les priorités nationales qui permettent à ses membres d'alléger efficacement les conséquences personnelles et sociales de la maladie d'Alzheimer et des troubles connexes. La Société fait la promotion de la recherche et mène la recherche pour trouver un traitement.

Liste des références

1. Comité coordonnateur provincial des relations entre les collectivités et les centres hospitaliers universitaires, Sous-comité des soins primaires. *New directions in primary health care*. Toronto : Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario; 1996.
2. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. *Primary care reform goals, objectives and targets*. Toronto : Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario; 1998.
3. Ministère de la Santé de Nouvelle-Écosse. *From blueprint to building: renovating Nova Scotia's health system*. Halifax : Ministère de la Santé de Nouvelle-Écosse; 1995.
4. Ministère de la Santé de la Saskatchewan. *Primary health services initiative*. Regina : Ministère de la Santé de la Saskatchewan; 1997.
5. New Brunswick Health and Community Services. *Physician compensation in New Brunswick: report of a working group on alternate forms of physician remuneration*. Fredericton: New Brunswick Health and Community Services; 1997.
6. Santé Alberta. *Advancing primary health care: a discussion paper*. Edmonton : Santé Alberta; 1998.
7. Newfoundland Department of Health and Community Services. *Achieving comprehensive primary care services: reorganizing and reimbursement of primary care physicians in the Clarenville and Bonavista area*. St. John's: Newfoundland Department of Health and Community Services; 1998.
8. Santé Manitoba. *Neighbourhood resource networks: primary health care working document*. Winnipeg : Santé Manitoba; 1997.
9. Ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec. *Examen des responsabilités respectives du Ministère de la Santé et des Services sociaux, des régions régionales et des établissements ---réflexions et propositions*. Ville de Québec : Ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec; 1996.
10. British Columbia Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors. *Primary care demonstration project. Policy and information guide*. Victoria: British Columbia Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors; 2000.
11. Forum national sur la santé. *Canada Health Action: Building on the Legacy (La santé au Canada : un héritage à faire fructifier) - Volume I - Rapport final*. Ottawa : Santé Canada; 1997.

12. Mental Health Foundation. *Feeding Minds: The impact of food on mental health*. London, England: Mental Health Foundation; 2006.
13. Crustolo AM, Kates N, Ackerman BA, et Schamehorn S. Integrating Nutrition Services into Primary Care. *Canadian Family Physician* 2005;51:1647-54.
14. Réseau de santé mentale des Diététistes du Canada. *Potential Role for the Dietician in Community Support for the Severely Mentally Ill*. Toronto : Diététistes du Canada; 1998.
15. Calnan R et G. Lemire Rodger. *Primary Health Care: A New Approach to Health Care Reform (Soins de santé primaires : Une nouvelle approche à l'égard de la réforme des soins de santé)*. Ottawa, ON : Association des infirmières et infirmiers du Canada; 2002. Rapport n° : 6 juin 2002.
16. Mental Health and Addictions, Ministry of Health Services. *Development of a Mental Health and Addictions Information Plan for Mental Health Literacy 2003-2005*. Victoria, BC: British Columbia Ministry of Health Services/Health Planning; 2003.
17. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington: American Psychiatric Association; 1994.
18. Organisation mondiale de la santé. *The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (Classification internationale des maladies. Dixième révision)*. Genève : Organisation mondiale de la santé; 1992.
19. Agence de santé publique du Canada. *What Determines Health? (Qu'est-ce qui détermine la santé?)*. Agence de santé publique du Canada. 2003.
20. Les Diététistes du Canada. *The Role of the Registered Dietitian in Primary Health Care (Le rôle des diététistes professionnel(le)s dans le cadre des soins primaires)*. 2001.
21. Fawcett J. The Morbidity and Mortality of Clinical Depression. *Int J Clin Psychopharm* 1993;8:217-20.
22. McQuaid JR, Stein MB, Laffaye C, et McCahill ME. Depression in a Primary Care Clinic: the Prevalence and Impact of an Unrecognized Disorder. *J Affect Disord* 1999;55:1-10.
23. Simon G, Ormel J, VonKorff M, et Barlow W. Health Care Costs Associated With Depressive and Anxiety Disorders in Primary Care. *Am J Psychiatry* 1995;152:352-7.

24. Murray CJ et Lopez AD. The Global Burden of Disease: A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1995.
25. Kessler RC; Barber, C; Mickelson KD; Barber C. The association between chronic medical conditions and work impairment. *Caring and doing for others: Social responsibility in the domains of family, work, and community*. Chicago, IL: University of Chicago Press; 2001. pp.403-26.
26. Organisation mondiale de la santé. The World Health Report 2001: Mental Health: New Understanding, New Horizon (Rapport sur la santé dans le monde 2001 : La santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs). Organisation mondiale de la santé; 2001.
27. Goeree R, Farahati F, Burke N, Blackhouse G, O'Reilly D, Pyne J, et Tarride JE. The Economic Burden of Schizophrenia in Canada in 2004. *Current Medical Research and Opinion* 2005;21(12):2017-28.
28. Goeree R, O'Brien BJ, Goering P, Blackhouse G, Agro K, Rhodes A, et Watson J. The Economic Burden of Schizophrenia in Canada. *Can J Psychiatry* 1999;44:464-72.
29. Ruttan S. Autism on the increase but no one knows the exact numbers. *Société canadienne de l'autisme*, 9 février 2004. Société canadienne de l'autisme.

Type de réf. : Citation électronique
30. Single E, L Robson, J Rehm, et Xie X. Morbidity and Mortality Attributable to Alcohol, Tobacco, and Illicit Drug Use in Canada. *American Journal of Public Health* 1999;89(3):385-90.
31. Santé Canada. A Report on Mental Illnesses in Canada (Rapport sur les maladies mentales au Canada). Ottawa, Canada : Santé Canada; 2002.
32. Initiative canadienne de collaboration en santé mentale (ICCSM). Trousse d'outils pour les personnes atteintes d'une maladie mentale grave. Mississauga, ON : ICCSM; 2006.
33. Crews C, H Batal, T Elasy, E Casper, et PS Mehler. Primary Care for Those With Severe and Persistent Mental Illness. *West J Med* 1998;164(4):245-9.

34. Lesage A, HM Vasiliadis, MA Gagne, S Dudgeon, N Kasman, et C Hay. Prevalence of Mental Illnesses and Related Service Utilization in Canada: An Analysis of the Canadian Community Health Survey (Incidence de la maladie mentale et utilisation des services connexes au Canada : Une analyse des données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes). Mississauga, ON : Initiative canadienne de collaboration en santé mentale; 2006.
35. Levinson Miller C, Druss BJ, Dombrowski EA, et Rosenheck RA. Barriers to Primary Medical Care Among Patients at a Community Mental Health Center. *Psychiatr Serv* 2003;54(8):1158-60.
36. Hwang SW. Homelessness and Health. *CMAJ* 2001;164(2):229-33.
37. Commission royale sur les peuples autochtones. Rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones. Volume 3 - Gathering Strength (Rassembler nos forces). Ottawa : Ministre de l'Approvisionnement et des Services; 1996.
38. Commission royale sur les peuples autochtones. Volume 3 : Gathering Strength (Rassembler nos forces). Ottawa : Ministre de l'Approvisionnement et des Services; 1996.
39. Dematteo D, Major C, Block B, Coates R, Fearon M, Goldberg E, King SM, Millson M, O-Shaughnessy M, et Read SE. Toronto Street Youth and HIV/AIDS: Prevalence, Demographics and Risks. *J. Adolesc. Health* 1999;25:358-66.
40. Kataoka S, Zhang L, et Wells KB. Unmet Need for Mental Health Care Among U.S. Children: Variation by Ethnicity and Insurance Status. *Am J Psychiatry* 2002;159(9):1548-55.
41. Offord DR, Boyle MH, Szatmari P, Rae-Grant NI, Links PS, et Cadman DT. Ontario Child Health Study: II. Six-Month Prevalence of Disorder and Rates of Service Utilization. *Arch Gen Psychiatry* 1987;44:832-6.
42. Steele M, Stretch N, Andreychuk R, Sylvester H, Rourke J, Dickie G, et Davidson B. Teaching Children's Mental Health to Family Physicians in Rural and Underserved Areas. *CPA Bulletin* 2004;36(5):8-9.
43. Waddell C, McEwan K, Shepherd CA, Offord D, et Hua JM. A Public Health Strategy to Improve the Mental Health of Canadian Children. *Can J Psychiatry* 2005;50(4):226-33.
44. Waddell C, McEwan K, , Hua J, et Shepherd CA. Child and youth mental health: Population health and clinical service considerations. Vancouver: Mheccu; 2002.

45. Jeste D, Alexopoulos G, Bartels S, Cummings J, Gallo J, et Gottlieb J. Consensus Statement on the Upcoming Crisis in Geriatric Mental Health Research Agenda for the Next Two Decade. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56:848-53.
46. Romanow RJ. Building on values: the future of health care in Canada (Guidé par nos valeurs : l'avenir des soins de santé au Canada) - Rapport final. Ottawa : Santé Canada; 2002.
47. Dixon L, Postrado L, Delahanty J, Fischer PJ, et Lehman A. The Association of Medical Comorbidity in Schizophrenia With Poor Physical and Mental Health. *Journal of Nervous and Mental Disease* 1999;187:496-502.
48. National Center for Health Statistics. Fast stats A to Z. National Center for Health Statistics. 2004.
49. Lester H, Tritter JQ, et Sorohan H. Managing Crisis: the Role of Primary Care for People With Serious Mental Illness. *Fam Med* 2004;36(1):28-34.
50. Lasser K, Boyd JW, Wollhandler S, Himmelstein DU, McCormick D, et Bor DH. Smoking and Mental Illness: A Population-Based Prevalence Study. *Journal of the American Medical Association* 2000;284:2606-10.
51. Rosenberg SD, Goodman LA, Osher FC, Swartz MS, Essock SM, et Butterfield MI. Prevalence of HIV, Hepatitis B, and Hepatitis C in People With Severe Mental Illness. *American Journal of Public Health* 2001;91:31-7.
52. Jones JM, Lawson ML, Daneman D, Olmsted MP, et Rodin G. Eating Disorders in Adolescent Females With and Without Type 1 Diabetes: Cross Sectional Study. *BMJ* 2001;320(7249):1563-6.
53. Anderson RJ, Freedland KE, Clouse RE, et Lustman PJ. The Prevalence of Comorbid Depression in Adults With Diabetes: a Meta-Analysis. *Diabetes Care* 2001;24:1069-78.
54. Skinner W, O'Grady CP, Bartha C, et Parker C. Concurrent Substance Use and Mental Health Disorders: An Information Guide. Toronto : Centre de toxicomanie et de santé mentale; 2004.
55. Norton JW. Personality Disorders in the Primary Care Setting. *Nurse Pract* 2000;25(12):40-2.
56. American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR). Washington: American Psychiatric Association; 2000.
57. American Dietetics Association. Position of the American Dietetic Association: Providing Nutrition Services for Infants, Children, and Adults With Development Disabilities and Special Health Care Needs. *J Am Diet Assoc* 2004;104(1):97-107.

58. American Dietetics Association et les Diététistes du Canada, *Manual of Clinical Dietetics*. Sixième édition. Chicago: American Dietetics Association; 2000.
59. Dietetics in Developmental and Psychiatric Disorders Dietetic Practice Group. *Clinical Criteria and Indicators for Nutrition Services in Development Disabilities, Psychiatric Disorders, and Substance Abuse*. Chicago: American Dietetics Association; 1993.
60. Briffa D et Meehan T. Weight Changes During Clozapine Treatment. *Australian Journal of Psychiatry* 1998;32:718-21.
61. Allison D, Mentore J, et Heo M. Antipsychotic-Induced Weight Gain: a Comprehensive Research Synthesis. *American Journal of Psychiatry* 1999;156:1686-96.
62. Donohoe BD. The Effects of Nutrients on Mood. *Public Health Nutrition* 1999;2(3A):403-9.
63. Gray GE et Gray LK. Nutritional Aspects of Psychiatric Disorders. *Journal of the American Dietetics Association* 1989;1989(98):1492-8.
64. Cohen J, Kristal A, Neumark-Sztainer D, Rock C, et Neuhouser M. Psychological Distress Is Associated With Unhealthful Dietary Practices. *Journal of the American Dietetics Association* 2002;102:699-703.
65. Carney MWP. Neuropsychiatric Disorders Associated With Nutritional Deficiencies. Incidence and Therapeutic Implications. *CNS Drugs* 1995;3(4):279-90.
66. Young SN. The Use of Diet and Dietary Components in the Study of Factors Controlling Affect in Humans: a Review. *J Psychiatry Neurosci* 1993;18(5):235-44.
67. Benton D. Vitamin Supplementation for 1 Year Improves Mood. *Biol Psychiatry* 1995;32(2):98-105.
68. Kaplan BJ, Simpson JSA, Ferre RC, Gorman C, McMullen D, et Crawford SG. Effective Mood Stabilization in Bipolar Disorders With a Chelated Mineral Supplement. *J Clin Psychiatry* 2001;62:936-44.
69. Maher TF. Effects of Nutrients on Brain Function. *Progr Brain Res* 2000;122:187-94.
70. Davison K; Kaplan BJ. Determinants of Food Choices in Individuals with Mood Disorders - Research Proposal. 2002.
71. Statistique Canada. *National Population Health Survey (Enquête nationale sur la santé de la population)*. Ottawa : Statistique Canada; 1998.

72. Kessler RC, Andres G, Mroczek D, Ustun B, et Wittchen HU. The World Health Organization Composite International Diagnostic Interview Short-Form CIDI-SF. *Int J Methods Psychiatr Res* 1998;7:171-85.
73. Stoll AL, Lock CA, et Marangell LB. Omega-3 Fatty Acids and Bipolar Disorder: a Review. *Prostaglandins Leukot Essent Fatty Acids* 1999;(60):329-37.
74. Locke CA et Stoll AL. Omega-3 Fatty Acids in Major Depression. *World Review of Nutrition & Dietetics* 2001;89(173):185.
75. Alpert JE, Mischoulon D, Nierenberg AA, et Fava M. Nutrition and Depression: Focus on Folate. *Nutrition* 2000;16:544-6.
76. Fava M, Borus JS, et Alpert JE. Folate, B12, and Homocysteine in Major Depressive Disorder. *Am J Psychiatry* 1997;154:426-32.
77. Shaw K, Turner J, et Del Mar C. Tryptophan and 5-Hydroxytryptophan for Depression. *The Cochrane Library* 2005;1:1-24.
78. Wirshing DQ, Boyd JA, Meng LR, Ballon JS, Marder SR, et Wirshing WC. The Effects of Novel Antipsychotics on Glucose and Lipid Levels. *Journal of Clinical Psychiatry* 2002;63:856-65.
79. Dietetics in Development and Psychiatric Disorders Dietetic Practice Group. *Clinical Criteria and Indicators for Nutrition Services in Development Disabilities, Psychiatric Disorders, and Substance Abuse*. Chicago, IL: American Dietetic Association; 1993.
80. Hatcher SA. Nutrition Supplementation in Alcohol and Drug Abuse Treatment. *Diet Dev Psychiatr Disord* 1993; Été 1993(12):1.
81. Miller N, *Comprehensive Handbook of Drug and Alcohol Addiction*. New York: Marcel Dekker Inc; 1991.
82. Mejta C et Rokusek C. Developing Competencies in Substance Abuse for Dieticians: Relevance and Opportunities. *Dev Issues [Bulletin]* 1997;16:1.
83. Dekker T, *Nutrition and Recovery: A Professional Resource for Healthy Eating During Recovery from Substance Abuse*. Toronto, ON : Centre de toxicomanie et de santé mentale; 2000.
84. Zerbe KJ. *Anxiety Disorders*. Portland, OR: Oregon Science and Health University; 2006.
85. Finley B. Nutritional Needs of the Person With Alzheimer's Disease: Practical Approaches. *J Am Diet Assoc* 1997;97:S177-S180.

86. Wolf-Klein GP, Silverstone FA, and Lansey SC. Energy Requirements in Alzheimer's Disease Patients. *Nutrition* 1995;11:264-8.
87. Du W, DiLuca C, and Growdon JH. Weight Loss in Alzheimer's Disease. *J Geriatr Psych Neurol* 1993;6:34-8.
88. Raiten DJ. Vitamin and Trace Element Assessment of Autistic and Learning Disabled Children. *Nutr Behav* 1984;2:9-17.
89. Lelord G. Clinical and Biological Effects of High Doses of Vitamin B6 and Magnesium on Autistic Children. *Acta Vitaminol Enzymol* 1982;4(1-2):27-44.
90. Rimland B. The Effect of High Doses of Vitamin B6 on Autistic Children. *Am J Psychiatry* 1978;135:472-5.
91. The Primary Health Care Action Group, Central and Southern Ontario Dieticians of Canada. *Family Health Teams: Backgrounder for Dieticians Preparing Submissions in Ontario*. Toronto, ON : Diététistes du Canada; 2005.
92. Tarasuk V, Dachner N, et Li J. Homeless Youth in Toronto Are Nutritionally Vulnerable. *J Nutr* 2005;135:1926-33.
93. Ryan Vc, Rao Lo, et Rekers G. Nutritional Practices, Knowledge, and Attitudes of Psychiatric Healthcare Professionals: Unexpected Results. *Psychiatr Hosp* 1990;21:125-7.
94. American Psychiatric Association, American Psychiatric Association Practice Guidelines for the Treatment of Psychiatric Disorders: Compendium 2002. Washington: American Psychiatric Association; 2002.
95. Reesal RT, Lam RW, et CANMAT Depression Work Group. Clinical Guidelines for the Treatment of Depressive Disorders. *Can J Psychiatry* 2001;46:218S-88S.
96. Davison K et Guan S. The Quality of Dietary Information on the World Wide Web. *Clinical Performance and Quality Healthcare* 1997;5(2):64-6.
97. Raidl MA. The healthy diabetes plate. 2003. Boise, ID, University of Idaho Extension.
98. Owen AL. Entering the Era of Dynamic Change. Owen AL, Splett PL, et Owen GM. *Health and Nutrition. Nutrition in the Community: The Art and Science of Delivering Services* (4th ed.). Boston, MA: McGraw Hill Companies; 1999. pp.610-27.
99. ACT Association. Assertive Community Treatment Association. ACT Model, 2001. ACT Association . 2001.

100. Stroul BA, Pires SA, et Armstrong MI. The Impact of Managed Care on Mental Health Services for Children and Their Families. *Children and Managed Health Care* 1998;8(2):119-33.
101. Nazroo JY. Rethinking the Relationship Between Ethnicity and Mental Health. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 1998;33(4).
102. Association médicale canadienne et Association des infirmières et infirmiers du Canada. Working together: a joint CNA/CMA collaborative practice project, HIV-AIDS example [document d'information]. Ottawa, ON : Association médicale canadienne; 1996.
103. Reed P. National consultations for the collaborative mental health care Charter: synthesis report. Rapport préparé pour l'Initiative canadienne de collaboration en santé mentale. Mississauga, ON : ICCSM; 2006.
104. American Dietetic Association. Cost-Effectiveness of Medical Nutrition Therapy - Position of the American Dietetic Association. *J Am Diet Assoc* 1995;95:88-91.
105. Vancouver Mental Health Services. Family Support and Involvement Plan for the Adult Mental Health Program in Vancouver. Vancouver, BC: Vancouver Coastal Health; 2004.
106. Faulkner A et Layzell S. Strategies for Living: A Report of User-Led Research Into People's Strategies for Living with Mental Distress. London, England: Mental Health Foundation; 2000.
107. Davison K, Mor A, et Charlebois H. What Are Entrepreneurial Dieticians Charging? The Consulting Dieticians Network National Fee Survey. *Can J Diet Pract Res* 2004;65:186-90.
108. Covey S, The 7 habits of highly effective people. Powerful lessons in personal change. New York: Simon and Schuster; 1990.
109. Folstein MF, Folstein SE, et McHugh PR. Mini-Mental State: A Practical Method for Grading the State of Patients for the Clinician. *Journal of Psychiatric Research* 1975;12:189-98.
110. Kroenke K et Spitzer RL. The PHQ-9: A New Depression and Diagnostic Severity Measure. *Psychiatric Annals* 2002;32:509-21.
111. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, et Leirer VO. Development and Validation of a Geriatric Depression Screening Scale: a Preliminary Report. *J Psychiatr Res* 1983;17:37-49.
112. Hamilton M. A Rating Scale for Depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1960;23:62.

113. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, et Erbaugh, J. An Inventory for Measuring Depression. *Archives of General Psychiatry* 1961;4:561-71.
114. Radloff LS. The CES-D Scale: a Self-Report Depression Scale for Research in the General Population. *Appl Psychol Measure* 1977;1:385-401.
115. Kaufer DI, Cummings JL, et Christine D. Assessing the Impact of Neuropsychiatric Symptoms in Alzheimer's Disease: the Neuropsychiatric Inventory Caregiver Distress Scale. *Journal of the American Geriatric Society* 1998;46:210-5.
116. Young RC, Biggs JT, Zieler Ve, et Meyer DA. A Rating Scale for Mania: Reliability, Validity and Sensitivity. *Br J Psychiatry* 1978;133:429-35.
117. Volkmar FR, Cicchetti DV, Dykens E, Sparrow SS, Leckman JF, et Cohen DF. An Evaluation of the Autism Behavior Checklist. *Journal of Autism and Development Disorders* 1988;18(1):81-97.
118. Ware JE et Sherbourne CD. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): I. Conceptual Framework and Item Selection. *Med Care* 1992;30(6):473-83.
119. EuroQol Group. EuroQol: a New Facility for the Measurement of Health-Related Quality of Life. *Health Policy* 1990;16:199-208.
120. Larsen DL, Attkisson CC, Hargreaves WA, et Hguyen TD. Assessment of Client/Patient Satisfaction: Development of a General Scale. *Eval Prog Plann* 1979;2:197-207.
121. Rubin HR, Gandek B, Rogers WH, Kosinski M, McHorney CA, et Ware JE. Patients' Ratings of Outpatient Visits in Different Practice Settings: Results From the MOS. *JAMA* 1993;270:835-40.
122. Bernier P. Diet and Nutrition Take for Granted Says Doctor. *Canadian Nursing Home* 1998;9(4):31.
123. Kates N, Crustolo AM, Farrar S, Nikolaou M, Ackerman S, et Brown S. Mental Health Care and Nutrition. *Canadian Family Physician* 2002;48:1898-903.
124. Goldberg D, The detection of psychiatric illness by questionnaire [monographie Maudsley No. 21]. London, Engl: Oxford University Press; 1972.
125. Goldberg D, Manual of the General Health Questionnaire. Windsor, Engl: NFER Publishing; 1978.
126. Goldberg DP et Hillier VF. A Scaled Version of the General Health Questionnaire. *Psychol Med* 1979;9:139-45.
127. Kates N, Craven M, Crustolo A, Nikolaou L, Allen C, et Farrar S. Sharing Care: the Psychiatrist in the Family Physician's Office. *Can J Psychiatry* 1997;42(9):960-5.

128. Farrar S, Kates N, Crustolo A, et Nikolaou L. Integrated Model for Mental Health Care. Are Health Care Providers Satisfied With It? *Can Fam Physician* 2001;47:2483-8.
129. Kates N, Crustolo AM, Farrar S, Nikolaou L, Ackerman S, et Brown S. Mental Health Care and Nutrition: Integrating Specialist Services into Primary Care. *Canadian Family Physician* 2002;48:1898-903.
130. Macario E, Emmons KM, Sorenson G, Hunt MK, et Rudd RE. Factors Influencing Nutrition Education for Patients With Low Literacy Skills. *J Am Diet Assoc* 1998;98:559-64.
131. Integrated Health Human Resources Development. *Competencies for Primary Health Care Practitioners in Canada*. 1996.
132. American Dietetic Association. The Role of Nutrition in Health Promotion and Disease Prevention Programs - Position of ADA. *J Am Diet Assoc* 1998;98:205-8.

