Canadian Journal of Community Mental Health Downloaded from www.cjcmh.com by 18.222.158.226 on 05/16/24

Sécurité ou insécurité alimentaire ? Perception des personnes souffrant de troubles mentaux graves

Catherine Briand
Université du Québec à Trois-Rivières
CÉRRIS du CRIUSMM

Rose-Anne St-Paul
CÉRRIS du CRIUSMM

Martin Lagacé, Gabrielle Massé, et Amélie Dumont
CÉRRIS du CRIUSMM

Alexandre Gravel
PIRAP, CRIUSMM

Edith Lafrance et Alex Chayer
L'organisme Le Mûrier

RÉSUMÉ

Les difficultés fonctionnelles, le faible statut socioéconomique et l'isolement social font partie des facteurs qui influencent les choix alimentaires des personnes ayant un ayant un trouble mental grave. Quelles sont les difficultés rencontrées par les personnes atteintes de troubles mentaux graves concernant l'alimentation ? Cet article présente les résultats d'entrevues de groupe auprès de 23 participants atteints d'un trouble mental grave et à risque d'insécurité alimentaire. Cette étude vise à documenter la perception de ces personnes à l'égard de leur situation alimentaire afin de décrire cette réalité et en permettre une

Catherine Briand, Centre d'études sur la réadaptation, le rétablissement et l'insertion sociale (CÉRRIS) du Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (CRIUSMM), École de réadaptation, Université de Montréal, QC ; Rose-Anne St-Paul, CÉRRIS, CRIUSMM, QC ; Martin Lagacé, CÉRRIS, CRIUSMM, QC ; Gabrielle Massé, CÉRRIS, CRIUSMM, QC ; Amélie Dumont, CÉRRIS, CRIUSMM, QC ; Alexandre Gravel, Programme international de recherche action participative (PIRAP), CRIUSMM, QC ; Edith Lafrance, Organisme communautaire Le Mûrier, QC ; Alex Chayer, Organisme communautaire Le Mûrier, QC.

Catherine Briand est maintenant affiliée au Département d'ergothérapie, Université du Québec à Trois-Rivières, QC.

Pour toute correspondance concernant cet article, s'adresser à Catherine Briand, Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal, 7331, rue Hochelaga, Montréal (Québec), H1N 3V2. Courriel : catherine.briand@uqtr.ca

doi:10.7870/cjcmh-2019-022
Publié par Canadian Periodical for Community Studies Inc.

compréhension approfondie. L'analyse qualitative des données d'entrevue permet d'identifier 4 grands thèmes explicatifs.

Mots clés : sécurité alimentaire, troubles mentaux graves, isolement social, difficultés fonctionnelles, pauvreté

Canadian Journal of Community Mental Health Downloaded from www.cjcmh.com by 18.222.158.226 on 05/16/24

ABSTRACT

Functional difficulties, low socioeconomic status, and social isolation are factors that influence food choices of people with severe mental health disorders. What are the challenges faced by people with severe mental illnesses (SMI) with respect to food? This article presents the results of group interviews held with 23 participants with SMI living at risk of food insecurity. This study aims to document the perception of these individuals with respect to their food situation in order to describe and provide a thorough understanding of their reality. A qualitative analysis of the interview data shows four explanatory themes.

Keywords: food security, severe mental disorders, social isolation, functional difficulties, poverty

Les avancées dans les traitements et approches de réadaptation ainsi que dans les soins et services en santé mentale ont permis à une forte majorité de personnes vivant avec un trouble mental grave[1] de pouvoir vivre dans la communauté, de se rétablir et de reprendre une place dans la société (Drake *et al*., 2003 ; Commission de la santé mentale du Canada, 2015 ; Shepherd *et al*., 2007, 2014). Malgré que le processus de rétablissement soit possible pour tous, la symptomatologie associée à la maladie ainsi que les difficultés sociales et cognitives peuvent faire obstacle à la réalisation de certaines activités de la vie quotidienne (Merryman et Riegel, 2007). Les personnes souffrant de troubles mentaux graves sont plus à risques de présenter des difficultés fonctionnelles, d'être sans emploi et d'être prestataire de l'aide sociale (Goldberg, Lucksted *et al.* 2001).

La santé mentale a une répercussion sur le statut socioéconomique des individus. Hudson (2005) a démontré que ces deux facteurs s'influencent mutuellement ; le statut socioéconomique faible d'une personne la prédispose davantage à développer un problème de santé mentale et, en retour, les personnes vivant avec des troubles mentaux diagnostiqués sont plus à risque de pauvreté, de chômage et de difficulté d'accès aux logements, indicateurs d'un faible statut socioéconomique (Hudson, 2005 ; Lund *et al.*, 2010 ; OMS, 2013). Ce contexte de défavorisation socioéconomique ainsi que les difficultés fonctionnelles associées à la maladie font en sorte que les personnes atteintes de troubles mentaux graves sont grandement à risque d'insécurité alimentaire. Elles ont plus de difficultés à cuisiner des recettes complexes, à faire des choix santé et ont moins d'argent pour se procurer de la nourriture (Carson, Blake *et al.*, 2013).

Bien qu'il n'existe pas de consensus quant à la définition à utiliser pour décrire le phénomène de sécurité alimentaire, l'*American society for nutrition* (ASN) le définit comme : « L'accès pour tous et en tout temps,

1. Le trouble mental grave peut être défini à l'aide de 3 indicateurs tangibles : 1) une incapacité qui amène des difficultés dans une ou plusieurs sphères d'activités de la vie en limitant la personne dans son fonctionnement ; 2) la durée anticipée c.-à-d. la persistance des problèmes de santé dans le temps ; et 3) à l'aide des diagnostics psychiatriques (schizophrénie, troubles schizoaffectifs, troubles bipolaires et dépression majeure, troubles de la personnalité sévères, comorbidité, etc.) (Ministry of Health and Long-Term Care [1999] dans Corbière, M. et Durand, M.-J. [2011]. *Du trouble mental à l'incapacité au travail.* Presses de l'Université du Québec.

Canadian Journal of Community Mental Health Downloaded from www.cjcmh.com by 18.222.158.226 on 05/16/24

à suffisamment d'aliments pour mener une vie active et saine. Ceci devrait inclure au minimum l'accessibilité à des aliments nutritifs et salubres, de même que la capacité d'acquérir des aliments personnellement acceptables par des moyens socialement acceptables. » (Anderson *et al.*, 1990 dans Tremblay, 2008). Adoptée par le Canada au Sommet mondial de l'alimentation, la définition de l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (la FAO) précise que la sécurité alimentaire existe lorsque « tous les individus, à tout moment, ont un accès économique et physique à une alimentation nourrissante, salubre et suffisante qui leur permet de satisfaire leurs besoins alimentaires et leurs préférences alimentaires, ce qui leur permet de mener une vie saine et active » (ONU, 1996).

Les causes de l'insécurité alimentaire sont donc diverses. Selon l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) qui a mesuré l'insécurité alimentaire des ménages au Canada en 2012, elle peut comprendre la crainte de manquer de nourriture, l'incapacité de manger des repas équilibrés, la faim, la privation d'un repas par manque d'argent et, à l'extrême, la privation absolue de nourriture pendant toute une journée (Tarasuk *et al.*, 2013a). À l'échelle mondiale, l'accessibilité à de la nourriture saine et de qualité semble être un de ses principaux facteurs et s'expliquer par une situation de pauvreté temporaire ou chronique (Barrett, 2010). L'insécurité alimentaire est un grave problème de santé publique, touchant 12,5 % des ménages canadiens et 68 % des ménages dont la principale source de revenu est l'aide sociale (Tarasuk *et al.*, 2013a).

Bien que l'ASN le mentionne dans sa définition, les capacités nécessaires pour acquérir des aliments nutritifs et salubres et pour les cuisiner sont peu documentées dans la littérature sur le sujet. Quoique de plus en plus d'initiatives misant sur le développement de compétences alimentaires et s'en préoccupant dans l'explication du phénomène d'insécurité alimentaire existent, les interventions traditionnelles ciblent davantage les facteurs sociaux et environnementaux de l'insécurité alimentaire tels que l'accessibilité à la nourriture et à une quantité suffisante d'argent pour s'en procurer (Barrett, 2010 ; Engler-Stringer, 2010, 2011 ; Roncarolo et *al.*, 2015). Les programmes visant à développer les facteurs personnels sous-jacents à la problématique, tels que les compétences et connaissances alimentaires, ainsi que les stratégies pour se procurer de la nourriture, ne sont pas assez nombreux, et ce, en particulier pour les personnes atteintes de troubles mentaux graves (Bassett *et al.*, 2003). Seulement quelques études sur l'insécurité alimentaire concernent spécifiquement les personnes aux prises avec des troubles mentaux graves et intègrent l'importance de tenir compte dans les interventions des compétences alimentaires incluant l'achat de produits, les habiletés culinaires ainsi que l'impact des difficultés cognitives et sociales (Bassett *et al.*, 2003; Brown *et al.*, 2006; Gao *et al.*, 2009; Tarasuk *et al.*, 2013b). Les difficultés fonctionnelles liées aux troubles mentaux graves sont pourtant un facteur important qui peut entraver la capacité d'un individu à acquérir des aliments nourrissants, salubres et en quantité suffisante.

Dans ce contexte et considérant la vulnérabilité alimentaire des personnes atteintes de troubles mentaux graves, il importe de mieux comprendre leur réalité et les enjeux qu'elles vivent.

OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

La présente étude vise à documenter la perception de personnes souffrant de troubles mentaux graves quant aux différentes composantes de leur sécurité alimentaire (accessibilité à des aliments nutritifs et salubres, capacité physique, financière et psychologique à acquérir ces aliments, capacité à les cuisiner, etc.).

Canadian Journal of Community Mental Health Downloaded from www.cjcmh.com by 18.222.158.226 on 05/16/24

MÉTHODOLOGIE

Cette étude a été effectuée suivant un devis qualitatif descriptif. L'objectif de ce devis est de documenter la perception des personnes qui sont directement touchées par le phénomène étudié (dans ce cas-ci l'insécurité alimentaire des personnes atteintes de troubles mentaux graves) afin de décrire cette réalité (en y incluant son contexte) et en permettre une compréhension approfondie (Magilvy et Thomas, 2009).

Recrutement des participants

Afin d'obtenir un échantillon diversifié, les participants de l'étude ont été recrutés en 2 temps et dans différents milieux. Au total, 4 entrevues de groupes ont été organisées. Les participants des 2 premières entrevues ont été recrutés au sein des ressources résidentielles de l'organisme Le Mûrier[2], un organisme de bienfaisance qui œuvre auprès des personnes vivant avec un problème de santé mentale persistant. Le recrutement pour les 2 dernières entrevues a été réalisé à l'aide d'affiches publicitaires installées à l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (IUSMM) et dans les ressources communautaires environnantes. Ils ont également été recrutés à partir de la liste de potentiels participants au programme « Cuisinons Ensemble » du Mûrier. Les participants desservis par le Mûrier y avaient été référés par une équipe de professionnels en santé mentale et avaient été diagnostiqués d'un problème de santé mentale. Ils s'identifiaient eux-mêmes comme étant à risque de vivre de l'insécurité alimentaire.

Les personnes intéressées par l'étude ont été conviées à une séance d'information tenue par l'équipe de recherche. Les participants devaient résider dans la communauté et être en mesure de s'exprimer en français. Ils ne devaient pas avoir suivi les ateliers de cuisine à domicile de « Cuisinons Ensemble » offerts par Le Mûrier et devaient également être responsables de la planification, de l'achat des aliments et de la préparation de 3 repas par jour. Ce dernier critère a été ajusté, car certains participants ne s'occupaient pas de la préparation de leurs 3 repas par jour, car ils vivaient dans une résidence qui offrait un service de repas au moins une fois par jour, ce qui a influencé le discours. Pour leur participation aux entrevues, les participants ont reçu une compensation financière de 20 $ et des billets de transport en commun ont été fournis.

Collecte de données

Les 4 entrevues de groupe réalisées étaient de type semi-structuré (75-120 min chacune) et ont été menées auprès de 23 participants. Les entrevues ont été dirigées par un ergothérapeute et coanimées par une stagiaire de recherche et un patient partenaire de recherche. Le rôle du patient partenaire de recherche était de

2. Le Mûrier offre des services résidentiels, des services de soutien à l'emploi ainsi qu'un service appelé « Cuisinons Ensemble » qui vise à développer les compétences alimentaires des personnes vivant avec des troubles mentaux graves dans l'est de Montréal. Le territoire du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal (où se déroulent majoritairement les activités de « Cuisinons Ensemble ») est le secteur le plus populeux de la région de Montréal (499 085 habitants) représentant plus du quart (27 %) de la population montréalaise. Il s'agit du territoire où le revenu moyen est le plus bas à Montréal. La proportion de la population vivant sous le seuil du faible revenu et habitant à plus de 500 mètres d'un point de vente de fruits et légumes frais est parmi les plus élevées (près de 10 %) de l'île de Montréal. L'espérance de vie est également significativement inférieure et on y retrouve une plus grande concentration de personnes vivant avec un problème de santé mentale (CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal, site web 2015).

Canadian Journal of Community Mental Health Downloaded from www.cjcmh.com by 18.222.158.226 on 05/16/24

faciliter la discussion par le partage de son savoir expérientiel de la maladie mentale et de l'insécurité alimentaire. Chaque participant a également rempli un court questionnaire sociodémographique après l'entrevue.

Le canevas de l'entrevue a été élaboré selon les dimensions de la sécurité alimentaire tirées du modèle de Frongillo (Frongillo, Rauschenbach *et al*., 1997) : dimensions en lien avec l'alimentation (quantité et qualité) et en lien avec les aspects psychosociaux autour de l'alimentation (acceptabilité et certitude). Le canevas d'entrevue était composé de 37 questions qui ont été élaborées par l'équipe de recherche avec la participation d'un patient partenaire de recherche. Ces questions à la fois ouvertes et fermées permettaient de stimuler la discussion sur le sujet. Voici des exemples de questions selon les 4 dimensions de Frongillo :

- La « quantité » est définie comme la quantité d'aliments nécessaires pour mener une vie satisfaisante. Cela inclut leur coût et la capacité financière (pouvoir d'achat) des personnes. Exemples de questions :
  - Les aliments que vous achetez sont-ils en mesure de vous fournir l'énergie nécessaire afin que vous meniez une vie active ? Est-ce vrai en tout temps ? ;
  - Par quels moyens arrivez-vous à vous nourrir minimalement ?
- La « qualité » concerne l'accès à des aliments qui correspondent aux préférences des personnes et qui ont une valeur nutritionnelle satisfaisante. Exemples de questions :
  - Que signifie pour vous « aliments de bonne qualité » ? ;
  - Diriez-vous que vous mangez des aliments qui sont de bonne qualité ? Si la réponse est non, est-ce que vous êtes en mesure d'expliquer pourquoi ?
- L'« acceptabilité » renvoie à la manière de se procurer la nourriture, qui respecte les normes sociales et la dignité des personnes. Exemples de questions :
  - Qu'est-ce qui est socialement acceptable ou non pour vous ? ;
  - Êtes-vous en mesure de vous procurer de la nourriture d'une façon socialement acceptable, c'est-à-dire en ne faisant pas des actions qui ne respectent pas votre dignité ou qui ne sont pas socialement acceptables ?
- La « certitude » concerne le sentiment de confiance des personnes en leur capacité (financière ou physique) à se procurer des aliments pour manger à leur faim. Exemples de questions :
  - Lors d'une période plus difficile financièrement, quelles sont vos stratégies ? Ces stratégies fonctionnent-elles en tout temps ? ;
  - Planifiez-vous à l'avance ce que vous allez manger ? Si oui, quelle méthode utilisez-vous (liste, agenda, selon les spéciaux, application mobile) ?

Analyse des données

Les entrevues ont été retranscrites à partir d'enregistrements sonores. Les données générées à travers les 4 entrevues ont été organisées avec l'aide du logiciel QDA-Miner et analysées grâce à une analyse de contenu qualitative utilisant un processus de codification ouverte, axiale et sélective, tel que proposé par Miles et Huberman (Miles et Huberman, 1994). Le contenu a subi une contre-codification par un coauteur, jusqu'à l'atteinte d'un consensus. Pour la codification ouverte (code qui émerge du matériel d'entrevues,

Canadian Journal of Community Mental Health Downloaded from www.cjcmh.com by 18.222.158.226 on 05/16/24

le plus près du discours des personnes), 55 % du matériel a été recodé pour des modifications et des ajouts représentant 13,5 % du contenu. Des discussions entre les auteurs ont ensuite mené à la codification axiale (code qui émerge d'un classement et d'un regroupement des codes ouverts) et sélective (code qui permet un regroupement conceptuel et une comparaison avec la littérature du domaine), suivi d'un procédé de contre-analyse pour l'entièreté du matériel.

Éthique

La présente étude a reçu l'approbation du comité d'éthique du centre de recherche de l'Institut Universitaire en santé mentale de Montréal. Chaque participant a signé un formulaire de consentement avant de participer à l'étude. Les entrevues ont été anonymisées afin de préserver la confidentialité et l'anonymat des participants. Aucun risque ou inconfort n'a été anticipé quant à leur participation à cette étude.

Résultats

Vingt-trois personnes ont accepté de participer aux entrevues entre la période de mars à août 2013. Leurs caractéristiques sociodémographiques sont présentées dans le tableau 1.

Selon ces données, plus de la moitié des participants ont comme seul revenu l'aide sociale, représentant moins de 10 000 $ par année.

Tableau 1

Caractéristiques des participants

		N = 23
Âge moyen (écart type)		43,1 (11,4)
Sexe	Femme	15 (65,2 %)
	Homme	8 (34,8 %)
Lieu de résidence	Appartement supervisé	16 (69,6 %)
	Habitation à loyer modique (HLM)	4 (17,4 %)
	Logement autonome, locataire	3 (13,0 %)
Revenus annuels	Moins de 10 000 $	12 (52,2 %)
	10 000 à 15 000 $	9 (39,1 %)
	15 000 à 20 000 $	0 (0 %)
	20 000 et plus	1 (4,3 %)
	Ne sait pas	1 (4,3 %)

Canadian Journal of Community Mental Health Downloaded from www.cjcmh.com by 18.222.158.226 on 05/16/24

Les données d'entrevue permettent d'identifier plusieurs situations d'insécurité alimentaire chez les personnes atteintes de troubles mentaux. L'accessibilité limitée à des aliments nutritifs est la cause d'insécurité alimentaire la plus souvent nommée par les participants. Quatre grandes catégories conceptuelles (thèmes explicatifs issus des codes sélectifs) ont émergé de l'analyse qualitative. Elles sont présentées au tableau 2 avec les thèmes issus des codes axiaux.

Tableau 2

Thèmes et catégories conceptuelles qui émergent de l'analyse de contenu qualitatif

Grandes catégories conceptuelles	Thèmes principaux
1. Capacité financière	• Pouvoir d'achat et accès à des aliments nutritifs et de qualités limités • Conséquences d'une capacité financière limitée : ◦ Ne mange pas à sa faim, manque d'énergie, de concentration ; ◦ Choix d'aliments non nutritifs, de moins grande qualité, surtout à la fin du mois ; ◦ Insatisfaction/frustration ; ◦ Insécurité face à l'avenir. • Stratégies pour contrer la capacité financière limitée : ◦ Magasiner les spéciaux ; ◦ Acheter en grosse quantité et congeler ; ◦ Planifier/budgéter serré ; ◦ Acheter à crédit ; ◦ Demander l'aide de sa famille ; ◦ Aller vers des banques alimentaires ou autres ressources alimentaires ; ◦ User de stratégies pour réduire le sentiment de faim (dormir, boire des « boost » protéinés).
2. Connaissances et compétences alimentaires	• Bonne connaissance générale des aliments nutritifs • Manque de compétences alimentaires : ◦ Planification et préparation de repas pour s'alimenter à moindre coût ; ◦ Principes de congélation et conservation des aliments. • Conséquences du manque de compétences alimentaires : ◦ Cuisine peu et privilégie des repas simples, tout faits ou en conserve ; ◦ Ne priorise pas toujours des aliments nutritifs et protéinés.
3. Vulnérabilité psychologique et sociale	• Vulnérabilité et anxiété sociale : ◦ Dans les transports en commun ; ◦ Au contact des gens à l'épicerie ; ◦ En interaction avec le caissier. • Apathie/Avolition/Fatigue/Difficulté de gestion de l'énergie • Effets secondaires de la médication : ◦ Faim et prise de poids ; ◦ Endort et ralentit.
4. Facilitateurs et obstacles environnementaux	• Désert alimentaire, loin des épiceries à pied • Soutien social apprécié de la famille et des amis • Regard des autres, préjugés difficiles parfois à supporter

Canadian Journal of Community Mental Health Downloaded from www.cjcmh.com by 18.222.158.226 on 05/16/24

Les extraits et les résultats sont présentés selon leur catégorie conceptuelle.

La capacité financière

La première catégorie conceptuelle émergeant de l'analyse est celle de la capacité financière des participants. Les données d'entrevues révèlent une capacité financière **réduite et un accès limité à des aliments nutritifs et de qualité** chez la majorité des participants étant donné un budget restreint.

> « Des fois je n'arrive pas à la fin de la semaine (…) c'est dur de se dire : bon ben j'ai trois affaires pour toute la semaine pis… il faut que je deal avec ça… » — Participant 12.

> « Je ne sais pas ce que je vais manger dans les dernières semaines. (…) Je ne sais pas si je vais avoir assez de pain pour au moins manger du beurre d'arachides. » — Participant 23.

Plusieurs conséquences à cette capacité financière limitée sont nommées par les participants. Certains participants mentionnent qu'ils ne mangent pas toujours à leur faim et, par conséquent, manquent parfois d'énergie et de concentration. En plus, en fin de mois, ils doivent modifier leurs dépenses alimentaires pour des choix moins nutritifs et de moins grandes qualités. Ils vivent de la frustration, de l'insatisfaction et se sentent souvent inquiets par rapport au manque de nourriture anticipé.

Pour contrer cette situation, les participants mettent en place une **variété de stratégies**. La stratégie la plus couramment utilisée est la recherche des spéciaux des supermarchés. Certains participants mentionnent également qu'ils achètent en grosse quantité et congèlent des portions. D'autres tentent différentes stratégies de planification budgétaire. En situation de manque d'argent, les participants mentionnent, demander l'aide de leur famille, acheter à crédit et en dernier recours, utiliser les ressources d'aide alimentaire disponibles dans la communauté.

> « J'ai un appartement supervisé, mais je demande de l'aide à mon père. Pour arriver (…) les deux dernières semaines du mois. » — Participant 18.

> « J'ai toujours eu ça des dépanneurs qui donnent à crédit. » — Participant 23.

> « Mais moi il y a les banques alimentaires où je vais... (…) En général, il y a des choses qui sont bonnes, mais y a beaucoup de choses qui sont passées date. » — Participant 11.

Enfin, dans certaines situations, quelques participants usent de stratégies pour réduire le sentiment de faim tels que boire des boissons protéinées ou fumer la cigarette.

Les connaissances et compétences alimentaires

La seconde catégorie conceptuelle émergeant de l'analyse est celle des connaissances et des compétences alimentaires des participants. Les résultats d'analyse démontrent que les participants ont une **bonne connaissance générale** des aliments nutritifs. Plusieurs d'entre eux appliquent certaines règles d'hygiène essentielles et congèlent leurs aliments pour les conserver plus longtemps.

Plusieurs participants rapportent toutefois un **manque de compétences alimentaires**. Certains se sentent limités par ce manque de compétences et aimeraient acquérir de nouvelles habiletés, notamment pour planifier et préparer des repas, en particulier des repas complexes. Aussi, les principes de congélation

Canadian Journal of Community Mental Health Downloaded from www.cjcmh.com by 18.222.158.226 on 05/16/24

et de conservation des aliments ne sont pas connus de tous. Il est donc fréquent pour certains participants de perdre de la nourriture et parfois de se mettre à risque d'insalubrité alimentaire.

> « C'est sur des fois qu'on aimerait en faire un peu plus, mais des fois, on ne sait pas comment (…) » — Participant 20.

> « Moi des fois j'achète de la bouffe (…) que je ne sais même pas comment faire. Comme du poulet. (...) Que j'ai laissé plus que deux jours dans mon frigo [et] qui a passé date (…) » — Participante 12.

> « (…) j'aimerais ça apprendre à cuisiner (…) » — Participant 23.

Les participants nomment plusieurs autres **conséquences du manque de compétences alimentaires** au quotidien. Ils trouvent que cuisiner prend beaucoup de temps et d'énergie. Ils cuisinent donc des repas simples, ou privilégient l'achat de repas congelés, déjà préparés ou à préparation minimale. L'enjeu principal de cette situation est qu'ils consomment souvent des repas avec peu ou pas d'aliments des groupes alimentaires « légumes et fruits » et « viandes et substituts » les plaçant ainsi à risque d'une alimentation peu nutritive et faible en protéines.

> « Je suis ici depuis deux ans pis je vais au dépanneur pis je m'achète du pain (rire) (…) j'achète des soupes, des soupes chinoises (…) Trois minutes, tu boues dans l'eau chaude pis après tu mets la base que tu veux. » — Participant 4.

> « Avant (…), je mangeais pas mal de viande pis pas mal de légumes, je suis venu comme à m'écœurer parce que fallait tout le temps que je fasse beaucoup de cuisine. (…) j'ai commencé à manger du Kraft Dinner… Pis là, je mange du congelé… » — Participant 19.

Les vulnérabilités psychologiques et sociales

La troisième catégorie conceptuelle émergeant de l'analyse concerne les vulnérabilités psychologiques et sociales associées aux symptômes de la maladie. Plusieurs participants mentionnent ressentir **de l'anxiété sociale et se sentir vulnérables émotionnellement et psychologiquement**. Cette vulnérabilité est ressentie en particulier dans les transports en commun et au contact d'autres clients lorsqu'ils choisissent leurs produits à l'épicerie. Plusieurs redoutent aussi le moment où ils doivent remettre le bon montant d'argent au caissier, avec la peur d'en manquer et de devoir retirer des aliments de leur panier.

> « Moi je m'arrange pour le plus possible pouvoir marcher. (…) Parfois je ne me sens pas bien dans les transports en commun. » — Participante 1.

> « Moi je n'aime pas vraiment allez faire l'épicerie. C'est quelque chose qui me stresse un peu. (…) Mais à un moment donné, je n'ai pas le choix. Il faut que j'y aille (…) c'est quand qu'il y a beaucoup de monde, avec leur panier (…) J'y vais avec ma mère (…) Ça ouvre à huit heures le matin pis on est là à huit heures. Là c'est calme, il n'y a pas beaucoup de monde… » — Participante 15.

> « J'ai peur que le monde y voie dans mon panier que je n'achète pas des choses en santé (…) » — Participante 8.

> « (…) Je ne suis pas si bonne que ça en maths (…) des fois je n'arrive pas [et il] faut que j'enlève plein d'affaires [de mon panier]. » — Participante 12.

Les entrevues permettent de constater que la présence de symptômes d'anxiété et d'autres symptômes associés à la maladie (apathie, avolition, fatigue, etc.) ainsi que les effets secondaires de la médication ont

Canadian Journal of Community Mental Health Downloaded from www.cjcmh.com by 18.222.158.226 on 05/16/24

un impact sur l'ensemble des tâches liées à l'alimentation. Par exemple, la gestion du temps et de l'énergie nécessaire à la réalisation de certaines tâches (p. ex. déplacements à l'épicerie, préparation de repas) représente un défi en présence de symptômes. Le manque de motivation, la fatigue, l'augmentation ou la diminution de la faim et le gain de poids sont aussi des préoccupations soulevées en entrevues.

> « Ouais, pis ça ne me tente pas le soir [de cuisinier] je suis rendue fatiguée (…) C'est à cause des médicaments que je prends, ça pèse… (…) Ça baisse mon énergie. » — Participant 10.

> « Moi ce qui m'arrive plus c'est de ne pas avoir le goût d'aller en chercher (…) Pis il reste presque rien pis ça me fait peur. Parce que ça fait des jours et des jours que je ne "feel" pas pis je me demande quand est-ce que je vais pouvoir aller m'acheter quelque chose pour manger. » — Participant 1.

Les facilitateurs et les obstacles environnementaux

La quatrième catégorie conceptuelle émergeant de l'analyse concerne les facilitateurs et les obstacles environnementaux. Les participants mentionnent d'abord la difficulté de vivre loin des commerces d'alimentation. Certains participants habitent dans des **déserts alimentaires**, et doivent se limiter au nombre restreint d'épiceries (ou de dépanneurs) près de leur domicile ou encore, parcourir une bonne distance avant de pouvoir trouver un commerce.

> « Moi c'est à pied [que je fais mes cours] (…) il est à 45 minutes de marche le Super C. Pis l'autre (…) est à une heure de marche [alors] ça ne me tente pas d'y aller… en plus faut je passe en dessous d'une autoroute pour y aller… c'est compliqué. » — Participant 20.

Le regard des autres et les préjugés sont également difficiles à supporter par les participants. L'insécurité alimentaire est vue par plusieurs comme un sujet tabou, dont ils ne veulent pas discuter avec leur entourage. Certains rapportent vivre un sentiment de honte en allant dans une ressource alimentaire ou à l'épicerie, là où parfois, l'attitude des personnes qui les reçoivent leur donne le sentiment d'être diminués.

> « Moi c'est arrivé une fois… la honte parce que la personne qui m'a reçu… (…) ne m'a pas reçu je dirais de façon humaine (…) en faisant des leçons, en me rendant coupable style… on va vous dépanner pour ce mois-ci, mais qu'est-ce que vous allez faire pour le mois prochain ? » — Participant 13.

> « Moi je me sens gêné [en parlant des banques alimentaires]. (…) ils me demandent ma carte assurance maladie, ma carte sociale, pour qu'ils nous donnent quelque chose à manger. (…) J'allais souvent au resto plateau (…) Les plats, ça coûte 3 dollars et t'as une grosse assiette. (…) Ils ne te demandent rien. » — Participant 3.

Plusieurs participants rapportent qu'ils apprécient le **soutien social de leur entourage.** Cela dit, certains participants mentionnent leur gêne et leur désir de devenir plus autonomes.

DISCUSSION

Cette étude aura permis de documenter la perception de personnes souffrant de troubles mentaux graves à l'égard de leur situation alimentaire et d'identifier leurs difficultés et stratégies. Quatre catégories conceptuelles ont émergé de l'analyse : la capacité financière des participants ; leurs connaissances et compétences alimentaires ; leurs vulnérabilités psychologiques et sociales associées aux symptômes de la maladie ; ainsi que les facilitateurs et les obstacles environnementaux. Ces catégories conceptuelles rejoignent l'étude de

Canadian Journal of Community Mental Health Downloaded from www.cjcmh.com by 18.222.158.226 on 05/16/24

Carson *et al*. (2013) auprès de la même clientèle. Carson *et al*. (2013) mentionnent la difficulté des personnes atteintes de troubles mentaux graves à faire des choix nutritifs et à se cuisiner des repas plus complexes et nourrissants. Le manque d'intérêt et de motivation, la fatigue, mais aussi l'énergie déployée pour gérer les symptômes et se rétablir, amènent les personnes à choisir des aliments faciles d'accès et nécessitant peu de préparation.

Plus spécifiquement, les entrevues auront permis de confirmer que des facteurs tels que l'accessibilité des aliments (quantité et qualité) ainsi qu'un faible revenu sont des obstacles majeurs. Par ailleurs, 91,3 % des participants de notre étude vivent avec un revenu annuel inférieur à 15 000 $ et se classent ainsi dans les populations les plus à risque d'une situation d'insécurité alimentaire (OMS, 2013). Dans l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), les personnes les plus à risque ont un revenu sous la mesure de faible revenu et l'insécurité alimentaire se manifeste par la crainte de manquer de nourriture (9,8 % des ménages canadiens), ne pas avoir les moyens de manger des repas équilibrés (7,8 %) et ne pas avoir de nourriture et d'argent pour en racheter (7,1 %) (Tarasuk *et al.*, 2013a). Les participants de notre étude mentionnent pour la majorité qu'ils doivent restreindre leurs dépenses liées à l'alimentation, choisir des aliments de moins grande qualité et recourir à toutes sortes de stratégies pour manger à leur faim (budgéter serré, acheter à crédit, demander de l'aide, boire des boissons protéinées, etc.).

De manière aussi importante, plusieurs participants ont rapporté manquer de compétences pour préparer des repas complexes et nutritifs à moindre coût. Malgré une bonne connaissance générale des aliments nutritifs et des principes de base en alimentation, les difficultés de planification et de préparation de repas (habiletés culinaires en particulier) nuisent à la possibilité de s'alimenter à moindre coût. L'étude de Engler-Stringer (2011) va exactement dans le même sens et appuie l'importance de tenir compte du manque de compétences culinaires dans les interventions. L'augmentation des connaissances en matière d'alimentation n'amène pas systématiquement l'amélioration des compétences culinaires et des changements dans les habitudes et comportements alimentaires, et ce, en particulier chez les populations vulnérables souvent sous-scolarisées, difficiles à mobiliser ou présentant des difficultés sociales et cognitives (Allen et Reis, 1985 ; Shepherd et Stockley, 1987 ; McDougall, 1992 dans Bassett *et al.*, 2003). De plus en plus d'initiatives encouragent des stratégies plus individualisées qui mettent l'emphase sur les forces, le développement de compétences et l'implication active des personnes dans le processus d'apprentissage (Engler-Stringer, 2010 et 2011 ; McDougall, 1992 dans Bassett *et al*., 2003 ; Porter *et al*., 1999 ; Roncarolo *et al.*, 2015). Selon Roncarolo *et al*. (2015), les participants de ces nouvelles initiatives ont un meilleur accès à l'information concernant la santé et la sécurité alimentaire, portent une plus grande attention à la valeur nutritive des aliments et sont plus satisfaits de leur alimentation.

Pour les personnes atteintes de troubles mentaux graves, la présence d'anxiété, de vulnérabilités psychologiques et de symptômes de la maladie vient également s'ajouter aux défis de la sécurité alimentaire. Les déplacements en transport en commun, le contact avec les gens à l'épicerie, l'interaction avec le caissier sont des difficultés importantes rapportées par les participants de notre étude. Aussi, les symptômes d'anxiété, d'apathie, d'avolition, la fatigue et les effets secondaires associés à la médication nuisent à la capacité à trouver des stratégies adaptatives et au sentiment de compétence. Nous savons aujourd'hui pour les populations vulnérables qu'il faut privilégier des approches qui mettent en application les connaissances apprises, l'accompagnement dans l'apprentissage et permettent le développement de compétences dans la

Canadian Journal of Community Mental Health Downloaded from www.cjcmh.com by 18.222.158.226 on 05/16/24

vie quotidienne des personnes (Allen et Reis, 1985 ; Engler-Stringer, 2010 et 2011 ; McDougall, 1992 dans Bassett *et al*. 2003 ; Porter *et al*., 1999 ; Roncarolo *et al*., 2015 ; Shepherd et Stockley, 1987). Une étude récente de Davison et Kaplan (2015), auprès des personnes atteintes de troubles de l'humeur, rapporte d'ailleurs que la symptomatologie a un impact sur la prévalence de l'insécurité alimentaire.

C'est d'ailleurs dans cette perspective et pour répondre aux besoins de la clientèle que l'organisme Le Mûrier a développé l'approche « Cuisinons Ensemble » qui propose aux personnes atteintes de troubles mentaux graves des ateliers individualisés à domicile visant à développer leurs compétences alimentaires (Briand et al, 2017). Animés par un formateur cuisinier, les ateliers individualisés à domicile permettent à la personne d'augmenter ses connaissances et compétences en regard de la planification des repas, la gestion du budget et la planification des achats ainsi que la réalisation de repas à moindre coût. L'approche propose également des ateliers de groupe dans différents lieux de la communauté (club alimentaire) permettant aux personnes de créer des ponts vers des ressources alimentaires hors du milieu de la santé mentale. L'approche « Cuisinons Ensemble » adopte plusieurs des principes issus du paradigme de rétablissement (recovery-oriented services), paradigme dominant des plans nationaux de santé mentale de plusieurs pays (Adams et al., 2006 ; Shepherd et al. 2014). En particulier, « Cuisinons Ensemble » met de l'avant : 1) la lutte contre l'insécurité alimentaire et les inégalités sociales ; 2) l'implication des personnes dans les prises de décision et l'autodétermination ; 3) un lien égalitaire avec les cuisiniers-formateurs ; 4) l'utilisation des forces, des ressources et des stratégies adaptatives de la personne ; 5) le partenariat avec les ressources du réseau naturel et hors du réseau de la santé mentale (Davidson et al., 2009, 2010 ; Kirby et al., 2009, 2012 ; Shepherd et al., 2012, 2014).

Enfin, le regard des autres et l'impact des préjugés sont des éléments mentionnés par les participants comme entravant leur intégration et l'utilisation des ressources alimentaires telles que les banques alimentaires, les cuisines collectives ou les repas offerts gratuitement. Malgré le fait que ces ressources sont ouvertes à toutes personnes vulnérables, ils ne se sentent souvent pas acceptés de la même façon et souvent victimes de jugements rapides. La même situation peut également se vivre avec les membres de leur famille. La demande d'aide et le recours aux ressources sont donc souvent un dernier recours pour eux. Peu d'études soulèvent cet enjeu du regard des autres et des préjugés. Même auprès d'autres populations qui présentent des enjeux similaires (capacités financières, connaissances et compétences alimentaires, vulnérabilités psychologiques et sociales, etc.), ce résultat semble se distinguer des autres études (Carson et al., 2013 ; Engler-Stringer, 2011 ; Roncarolo et al., 2015 ; Vahabi et Damba, 2013).

LIMITES DE L'ÉTUDE

Malgré plusieurs mesures méthodologiques qui auront permis de s'assurer de la validité des résultats présentés (échantillonnage varié, entrevues jusqu'à saturation des informations, codification à 3 niveaux, processus de contre-codification et contre-analyse, liens conceptuels avec la littérature du domaine), la présente étude contient certaines limites. D'abord, il est impossible actuellement de s'assurer que l'échantillon de participants était représentatif de la population vivant avec des troubles mentaux graves. L'échantillon de participants a été recruté par l'intermédiaire d'un seul organisme, soit le Mûrier. Malgré notre souci d'avoir une variété de participants, une forte proportion de personnes vivait dans des appartements supervisés où parfois un repas/jour était fourni. Quoiqu'ils répondaient tout de même au critère d'inclusion c.-à-d. être

Canadian Journal of Community Mental Health Downloaded from www.cjcmh.com by 18.222.158.226 on 05/16/24

responsables de la planification, de l'achat des aliments et de la préparation de la majorité de leurs repas, le fait d'avoir un repas/jour fourni peut avoir influencé le discours vers une plus grande sécurité alimentaire que ceux sans soutien alimentaire. Aussi, l'échantillon de participants était uniquement composé de personnes qui s'identifiaient elles-mêmes comme étant à risque de vivre de l'insécurité alimentaire. Ces limites peuvent avoir occasionné un échantillonnage représentant un sous-groupe d'individus et non l'ensemble des personnes vivant avec un trouble de santé mentale.

Pour remédier à ces limites, il serait pertinent de reproduire l'étude auprès d'un plus grand échantillonnage ainsi que de poursuivre par une étude quantitative (devis mixte séquentiel exploratoire - étude quantitative qui suit l'étude qualitative exploratoire). Cette méthodologie permettrait de trianguler les informations obtenues ainsi que de valider et généraliser les résultats. Dans une perspective d'avenir, il faut continuer à étudier spécifiquement la situation d'insécurité alimentaire des personnes présentant des problématiques de santé mentale et l'impact de la maladie sur l'accès à l'information et aux services et sur le développement de compétences culinaires.

Aussi, les nouvelles initiatives axées sur le développement de compétences et le soutien directement dans le milieu de vie, tel que l'approche « Cuisinons Ensemble », doivent faire davantage l'objet d'études d'efficacité. Ces études devraient d'une part permettre d'évaluer l'impact de ces initiatives sur la perception des personnes vivant avec des troubles mentaux graves de leurs propres vulnérabilités psychologiques et sociales. Il serait alors intéressant d'évaluer à long terme leur sentiment de compétence et d'autodétermination et, ultimement, l'impact de ces initiatives sur leur processus de rétablissement. D'autre part, des études pourraient également permettre d'évaluer les effets de ces initiatives sur la santé physique des personnes vivant avec des troubles mentaux graves. Il s'agit d'un intérêt de santé publique qui pourrait être déterminant et bénéfique dans la prise en charge de cette population.

CONCLUSION

Somme toute, cette étude aura permis de documenter qualitativement le problème d'insécurité alimentaire chez les personnes atteintes de troubles mentaux graves qui vivent en logement régulier et en appartements supervisés ainsi que de documenter leur propre perception de leur situation d'insécurité alimentaire.

Les participants interrogés dans la présente étude font face à plusieurs difficultés qui limitent leur accès à des aliments salubres, nutritifs et de qualité. Ils décrivent comment leur faible capacité financière, leurs connaissances et leurs compétences psychosociales limitées font obstacle à l'ensemble des activités liées à l'alimentation et augmentent leur risque de souffrir d'insécurité alimentaire. En plus de la vulnérabilité financière et de la précarité sociale que les personnes interrogées ont rapportée, les données d'entrevues confirment que certains enjeux sont spécifiques aux personnes souffrant de troubles mentaux graves. Ces enjeux liés à la symptomatologie ont une influence sur les habitudes alimentaires des participants et méritent une attention particulière lors d'intervention luttant contre l'insécurité alimentaire chez cette population.

Ces résultats apportent un éclairage unique sur le vécu expérientiel des personnes vivant avec un trouble mental grave. Leur situation spécifique en ce qui a trait au statut nutritionnel est préoccupante et trop peu de documents officiels et de cadres de référence sur la sécurité alimentaire ne font mention de leur vulnérabilité spécifique et de l'importance d'intervenir sur l'amélioration de leurs conditions de vie (Carson *et al*, 2013).

Canadian Journal of Community Mental Health Downloaded from www.cjcmh.com by 18.222.158.226 on 05/16/24

RÉFÉRENCES

Adams, N., Compagni, A., & Daniels, A. (2006). *International Pathways to Mental Health System Transformation: Strategies and Challenges.* California Institute for Mental Health. California, USA.

Allen, C, Reis, C (1985). Smoking, alcohol and dietary practice: Comparison before and after prenatal education. *Journal of American Dietetic Association*, 85, 605.

Barrett, C. B. (2010). Measuring food insecurity. *Science Magazine, 327*(5967): 825–828.

Bassett, H., Lloyd, C., & King, R. (2003). Food cent$: educating mothers with a mental illness about nutrition. *British Journal of Occupational Therapy 66*(8): 369–375.

Briand, C., et coll. (2017). Cuisinons Ensemble : une pratique nouvelle favorisant l'autonomie et la responsabilisation des personnes atteintes de troubles mentaux graves. *Nouvelles pratiques sociales 29 (1).*

Brown, C. E., *et al*. (2006). Knowledge of grocery shopping skills as a mediator of cognition and performance. *Psychiatric Services 57*(4): 573–575.

Carson, N. E., Blake, C. E., Saunders, R. P., & O'Brien, J. C. (2013). Influences on the Food Choice Behaviors of Adults With Severe Mental Illness. Occupational Therapy in Mental Health, 29(4), 361–384.

Chilton, M., & S. Booth (2007). "Hunger of the body and hunger of the mind: African American women's perceptions of food insecurity, health and violence." *Journal of Nutrition Education & Behavior 39*(3): 116–125.

Commission de la santé mentale du Canada. Guide de référence pour des pratiques axées sur le rétablissement, Ottawa (Ontario), chez l'auteur, 2015.

Contandriopoulos, A.-P., et al. (2000). Evaluation in the health sector: a conceptual framework. *Revue d'épidémiologie et de santé publique* 48 : 517–539.

Corbière, M. et Durand M.-J. (2011). *Du trouble mental à l'incapacité au travail*. Presses de l'Université du Québec.

Crowther, R. E., *et al*. (2001). Helping people with severe mental illness to obtain work: systematic review. *BMJ 322*(7280): 204–208.

CSMC (2011). *Le logement : la clé du rétablissement (Turning the Key)*. Ottawa : Commission de la santé mentale du Canada.

Davison, KM, & Kaplan, BJ. (2015). Food insecurity in adults with mood disorders: prevalence estimates and associations with nutritional and psychological health. *Annal Gen Psychiatry, 17(14):* 21.

Davidson, L., Rakfeldt, J., & Strauss, J.S. (2010). *The roots of the Recovery Movement: Lessons Learned.* London: Wiley-Blackwell.

Davidson, L., Tondora, J., O'Connell, M.J., Lawless, M.S., & Rowe, M. (2009). *A Practical Guide to Recovery-Oriented Practice: Tools for Transforming Mental Health Care.* New York: Oxford University Press.

Direction de la santé publique (2008). Cadre de référence pour le soutien au développement de la sécurité alimentaire dans la région de Montréal 2008–2012.

Drake, R. E., *et al*. (2003). The history of community mental health treatment and rehabilitation for persons with severe mental illness. *Community mental health journal 39*(5): 427–440.

Engler-Stringer R. (2010). Food, Cooking Skills, and Health: A Literature Review. *Revue canadienne de la pratique et de la recherche en diététique 71* (3) : 141–145.

Engler-Stringer R. (2011). Food selection and preparation practices in a group of young low-income women in Montreal. *Appetite 56*(1):118.

Frongillo, E. A., Jr., *et al*. (1997). Questionnaire-based measures are valid for the identification of rural households with hunger and food insecurity. *The Journal of nutrition 127*(5): 699–705.

Gao, X., *et al*. (2009). Food insecurity and cognitive function in Puerto Rican adults. *American Journal of Clinical Nutrition 89*(4): 1197–1203.

Goley, C. et M. Özden. (2005). *Le droit à l'alimentation, Programme Droit Humains du Centre Europe - Tiers Monde* (CETIM), ONU.

Hudson, C. G. (2005). Socioeconomic Status and Mental Illness: Tests of the Social Causation and Selection Hypotheses. *American Journal of Orthopsychiatry*, *75*(1), 3–18.

Kirby, M., Howlett, M. et Chodos, H. (2012). *Changer les orientations, changer des vies. Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada.* Commission de la santé mentale du Canada.

Canadian Journal of Community Mental Health Downloaded from www.cjcmh.com by 18.222.158.226 on 05/16/24

Kirby, M., Howlett., M. et Chodos, H. (2009). *Vers le rétablissement et le bien-être : Cadre pour une stratégie en matière de santé mentale au Canada.* Commission de la santé mentale du Canada.

Lloyd, C., & S. Pam (1996). Healthy lifestyles: a community programme for chronically mentally ill people. *British Journal of Occupational Therapy 59*(1).

Lund, C., *et al*. (2010). Poverty and common mental disorders in low and middle income countries: A systematic review. *Social Science and Medicine 71*(3): 517–528.

Magilvy, J. K., & E. Thomas (2009). A first qualitative project: qualitative descriptive design for novice researchers. *Journal for specialists in pediatric nursing: JSPN 14*(4): 298–300.

Maisonneuve, C. Blanchet, C. et Hamel, D. (2014). *L'insécurité alimentaire dans les ménages québécois : mise à jour et évolution de 2005 à 2012.* Québec, INSPQ. Bibliothèques et archives nationales du Québec.

Merryman, B., & S. Riegel (2007). The Recovery Process and People with Serious Mental Illness Living in the Community: An Occupational Therapy Perspective. *Occupational therapy in mental health 23*(2): 51–73.

Miles, M. B., & A. M. Huberman (1994). *Qualitative data analysis: an expanded sourcebook.* Thousand Oaks, Sage Publications.

OMS. (2013). *Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020*. Organisation mondiale de la Santé.

Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (1996), Déclaration de Rome sur la sécurité alimentaire mondiale, Plan d'action du sommet mondial de l'alimentation, paragraphe 1, Rome : novembre 1996. Disponible au : http://www.fao.org/docrep/003/w3613f/w3613f00.htm, accédé le 2/19/2018.

Patterson, T. L., & B. T. Mausbach (2010). Measurement of functional capacity: a new approach to understanding functional differences and real-world behavioral adaptation in those with mental illness. *Annual review of clinical psychology 6*:139–154.

Porter, J., *et al*. (1999). Food skills of people with a chronic mental illness: the need for intervention. *British Journal of Occupational Therapy 62*(9): 399–404.

Roncarolo F. *et al*. (2015). Traditional and Alternative Community Food Security Interventions in Montréal, Québec: Different Practices, Different People. *Journal of Community Health* Apr; *40*(2):199–207

Shepherd, G., Boardman, J., Rinaldi, M., & Roberts, G. (2014). *Supporting recovery in mental health services: Quality and Outcomes*. Implementing recovery through Organisational Change. Centre for Mental Health and Mental Health Network, NHS Confederation, 34p.

Shepherd, G., Boardman, J., & Slade, M. (2007). *Faire du rétablissement une réalité*, Sainsbury Centre for Mental Health, London. Traduction en 2012 du document *Making Recovery a Reality*, Institut universitaire de santé mentale Douglas, Montréal. Traduction effectuée par Germain, N., Landry, L., et Di Biase, P. Révisé par Briand C, Cloutier S, Côté S, Gélinas D, Komaroff J, Piat M. Institut universitaire de santé mentale Douglas, 2012.

Shepherd R., & Stockley L. (1987). Nutrition knowledge attitudes and fat consumption. *Journal of The American Dietetic Association* 87, pp. 615–619.

Sokal, J., Messias, E., Dickerson, F.B., Kreyenbuhl, J., Brown, C.H., Goldberg, R.W., & Dixon, L.B. (2004). Comorbidity of medical illnesses among adults with serious mental illness who are receiving community psychiatric services. *Journal of Nervous & Mental Disease 192*(6): 421–427.

Tarasuk, V, Mitchell, A, & Dachner, N. (2013a). Insécurité alimentaire des ménages au Canada, 2012. Toronto. Tiré de http://nutritionalsciences.lamp.utoronto.ca/ (en anglais seulement).

Tarasuk, V, Mitchell, A, McLaren, L, & McIntyre, L. (2013b). Chronic physical and mental health conditions among adults may increase vulnerability to household food insecurity. *Journal of Nutrition 143(11)*: 1785–93.

Tremblay, L. (2008). *Les interventions à caractère participatif en sécurité alimentaire : relation entre les intentions et les actions* (Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures, Programme de maîtrise en nutrition). Université Laval, Québec.

Vahabi, M, & Damba, C. (2013). Perceived barriers in accessing food among recent Latin American immigrants in Toronto. *Int J Equity Health. 2013 Jan 3;12*:1.