

Dimensions nutritionnelles, sociales et psychologiques

How to: prescrire un régime?

Claire Pijollet

Diététicienne ASDD, diplômée HES

Le mot «régime» en français comprend aussi bien les habitudes de vie liées à l'alimentation ou «habitudes alimentaires» que les ajustements parfois nécessaires en quantité et en qualité de l'alimentation pour améliorer l'état de santé. Pour être plus précis, on parle alors de régime thérapeutique.

Dans le cas de nombreuses maladies, il est démontré qu'un régime thérapeutique est efficace pour améliorer l'état de santé, diminuer les risques, améliorer la qualité de vie et diminuer les coûts de santé. Cependant, contrairement à une croyance largement répandue, modifier ses habitudes alimentaires n'est ni facile, ni uniquement une affaire de volonté.

En effet, les habitudes alimentaires se construisent dès le plus jeune âge pour chacun dans son environnement socioculturel propre selon trois types principaux de déterminants. Les premiers, d'ordre technico-économique, constituent ce que l'on nomme le processus alimentaire qui comprend l'approvisionnement, le stockage, la transformation des aliments et leur utilisation. A chacune de ces étapes du processus alimentaire, les individus et les foyers élaborent des stratégies et adoptent des habitudes qui leur permettent de répondre à leurs besoins en respectant leurs contraintes économiques, matérielles, temporelles, etc.

Les deuxièmes sont d'ordre social. L'alimentation est en effet un facteur majeur de sociabilité: toute occasion festive et sociale est synonyme de partage d'aliments et de boissons. A une moindre échelle, au quotidien, chacun partage les habitudes et rituels avec sa famille ou son ménage. Opter pour de nouvelles habitudes signifie «se distancer» du groupe auquel on appartient, ce qui peut faire émerger de fortes résistances de la part de l'individu lui-même ainsi que du groupe auquel il est intégré. D'un autre côté, le groupe peut également constituer un facteur favorisant l'adoption puis le maintien de nouveaux comportements par l'engagement et le soutien mutuel qu'il permet [1].

Les troisièmes, d'ordre psychologique, sont reliés au plaisir gustatif et à l'effet magique des aliments. Le plaisir gustatif provient en particulier de la palatabilité des aliments, c'est-à-dire le caractère agréable en bouche, qui augmente lorsqu'un aliment est gras et/ou sucré. Notons au passage que ce type d'aliments est rarement recommandé dans le cadre d'un régime thérapeutique qui peut donc apparaître peu réjouissant sur le plan gustatif au premier abord. Enfin, l'aliment est porteur d'un effet magique. Selon le principe d'incorporation décrit par Fischler [2], l'homme devient ce qu'il mange et hérite ainsi des propriétés de la nourriture ingérée. Ce principe a clairement été illustré dans la célèbre expérience de Nemeroff et Rozin [3] visant à mesurer la précision des jugements de personnalité basés sur une information minimale. Dans cette expérience, deux groupes d'étudiants ont reçu la description succincte des «Chandorans», habitants de l'île de Chandor, puis devaient décrire les caractéristiques de l'homme typique de cette culture. Dans les deux groupes, les Chandorans chassaient le sanglier et la tortue marine, mais dans un groupe, ils mangeaient la tortue et chassaient le sanglier pour ses défenses seulement. Dans l'autre groupe, ils mangeaient le sanglier et tuaient la tortue seulement pour sa carapace. Les mangeurs de sangliers étaient décrits comme rapides, trapus, bons coureurs et agressifs, tandis que les mangeurs de tortue étaient décrits plus flegmatiques, bons nageurs et pacifiques. Cette expérience confirme que les individus croient à l'incorporation magique des propriétés de ce qu'ils mangent [1]. La symbolique des aliments est donc à considérer lors de la prescription d'un régime thérapeutique. En prescrivant une diminution de la consommation de viande, par exemple, il faut avoir conscience que cela peut signifier pour la personne, se priver de la consommation de ce qui la constitue et lui procure de la force.

A partir de ces différents déterminants, chaque individu ou ménage adopte un en-

semble de stratégies et de routines écologiques qui lui permettent, dans la phase d'utilisation du processus alimentaire, de satisfaire aux dimensions nutritionnelles, sociales et psychologiques de l'alimentation.

En effet, manger nous permet d'apporter à notre organisme l'énergie et les micronutriments dont il a besoin, de partager et de nous relier aux autres et enfin de nous satisfaire sur le plan sensoriel en nous procurant du plaisir gustatif.

Il est fréquent lors de la prescription d'un régime que les professionnel-le-s de santé non expert-e-s oublient ou ignorent la complexité des fondements des habitudes alimentaires. Ils/elles formulent alors des conseils essentiellement centrés sur la dimension nutritionnelle de l'alimentation, en omettant de considérer les dimensions sociales et psychologiques et donc en oubliant les profondes remises en question, les contraintes et les pertes que cela représente pour les patient-e-s. Face à une telle prescription qui omet des facteurs essentiels, les patient-e-s ne se sentent pas pris-e-s en compte et se trouvent dans l'impossibilité d'adhérer au traitement, même s'ils/elles le souhaitent. Ainsi, et pour ces raisons, dans le contexte des maladies chroniques, la non-adhésion au traitement incluant les médicaments et les changements de style de vie est estimée entre 50 et 80% [4]. Cette non-adhésion est souvent attribuée aux patient-e-s, considéré-e-s comme «non collaborant-e-s» ou «inaptes à suivre les instructions» [5]. Or, il s'avère que l'attitude des professionnel-le-s de santé est déterminante et qu'ils peuvent aider les patient-e-s à dépasser les barrières à l'adhésion au traitement en améliorant leur manière d'aborder les problèmes de leurs patient-e-s et en les intégrant dans les prises de décisions [6].

Dans le cas d'un régime thérapeutique, l'individu, solidement attaché à ses habitudes alimentaires, a besoin de trouver du sens et ses propres bonnes raisons pour les modifier. Une approche collaborative, empreinte de non-ju-

gement et d'empathie intégrant toutes les dimensions de l'alimentation, ouvre un espace aux patient-e-s qui leur permet d'explorer puis de résoudre leur ambivalence face aux changements recommandés et de s'y projeter de manière réaliste et concrète dans leur contexte particulier [7]. Les diététicien-ne-s sont formé-e-s à ce type d'approche thérapeutique, en plus de maîtriser la complexité de l'alimentation.

Un régime thérapeutique implique donc des changements en profondeur qui, pour être durables, nécessitent une prise en compte de la complexité des fondements des habitudes alimentaires ainsi qu'un travail d'équipe. Les médecins posent le diagnostic et suivent l'évolution des patient-e-s sur le plan somatique, les diététicien-ne-s accompagnent les patient-e-s dans les changements en prenant en compte toutes les dimensions en jeu, les patient-e-s apportent leur expertise concernant leur situation et leur contexte. Ces dernier-ère-s, inclus-es dans l'équipe et prenant part aux décisions thérapeutiques, sont plus enclin-e-s à participer activement à une réingénierie de leurs habitudes alimentaires qui fasse sens pour eux/elles et qui puisse donc s'inscrire sur le long terme.

Correspondance

Claire Pijollet
Maître d'enseignement HES
Haute Ecole de Santé
Filière Nutrition et diététique
25 rue des Caroubiers
CH-1227 Carouge
[claire.pijollet\[at\]hesge.ch](mailto:claire.pijollet[at]hesge.ch)

Références

- 1 Lahlou S. Peut-on changer les comportements alimentaires? *Cah Nutr Diét.* 2005;40(2):91–96.
- 2 Fischler C. L'Homnivore [Internet]. Paris: Odile Jacob; 2001 [cited 2022 Jul 21]. [Internet]. www.odilejacob.fr. [cité 21 juill. 2022]. Available from: https://www.odilejacob.fr/catalogue/sciences-humaines/sociologie/homnivore_9782738109378.php
- 3 Nemeroff C, Rozin P. "You are what you eat:" Applying the demand-free "impressions" technique to an unacknowledged belief. *Ethos.* 1989;17(1):50–69.
- 4 World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action [Internet]. Geneva: The Organization; 2003 [cited 2022 May 30]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42682>
- 5 Kapur K, Kapur A, Ramachandran S, Mohan V, Aravind SR, Badgandi M, et al. Barriers to changing dietary behavior. *J Assoc Physicians India.* 2008 Jan;56(1):27–32.
- 6 Desroches S, Lapointe A, Ratté S, Gravel K, Légaré F, Turcotte S. Interventions to enhance adherence to dietary advice for preventing and managing chronic diseases in adults. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2013 Feb 28 [cited 2022 May 30];(2):CD008722. Available from: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD008722.pub2/information>
- 7 Rollnick S. *Pratique de l'entretien motivationnel: communiquer avec le patient en consultation.* Paris: InterEditions; 2009. 247 pp.