

Éducation thérapeutique nutritionnelle

A. Golay, G. Lager, A. Giordan

L'éducation nutritionnelle est un sujet délicat et difficile car elle renvoie directement aux fondements intimes de la personne. Les obstacles ne sont pas seulement cognitifs, mais ils apparaissent souvent d'ordre psychologique, anthropologique, voire éthique. Il est très difficile de susciter l'intérêt chez un patient pour une alimentation différente, car celle-ci est souvent en décalage avec les traditions et les pratiques sociales. Pour favoriser l'évolution des habitudes et des comportements alimentaires, il est nécessaire d'utiliser des pratiques éducatives systémiques basées sur les multiples dimensions de la personne.

Ce chapitre propose ainsi une éducation thérapeutique en cinq dimensions associée à un « environnement motivationnel » plus favorable à la transformation des comportements alimentaires.

Introduction

Les « régimes alimentaires » sont envisagés habituellement avec au moins trois objectifs de santé : traiter une pathologie reconnue (diabète, hypercholestérolémie, obésité...), mincir ou « rester mince » comme le valorisent en permanence les revues féminines (régime hyperprotéiné, régime dissocié...) ou encore rester en « bonne santé » (régime crétois, régime végétarien, etc.).

En clinique, le plus connu est le « régime pour diabétiques ». Ce programme alimentaire se propose d'aider à équilibrer la glycémie, à contrôler le poids ou même à obtenir une perte de masse grasse quand celle-ci s'avère nécessaire. Le patient diabétique apprend ainsi à consommer sur toute la journée des aliments à faible pouvoir hyperglycémiant. Dans le même temps, ce patient envisage autrement la consommation des graisses, notamment des graisses saturées ou des graisses dites « cachées ». Sur le long terme, il sera incité à adopter une alimentation de type « équilibrée », sans devoir nécessairement supprimer totalement un type d'aliment (comme les sucres simples, par exemple).

Dans la pratique, on constate que tout changement alimentaire revêt quelques difficultés pour être adopté par les patients. Les injonctions du praticien (médecins, diététiciens, soignants...) s'avèrent très peu efficaces, souvent contre-productives ; les non-observances sont multiples. Par exemple, dans la restriction alimentaire lors des traitements habituels de l'obésité, on constate au mieux une perte de poids sur le court terme. Sur le long

terme, la tâche est de plus en plus difficile car le maintien d'un changement de comportement alimentaire est souvent un échec [1].

Quand on étudie de près ces échecs, de multiples obstacles surgissent. Il est vrai que le savoir diététique « utile » est souvent complexe, et surtout paradoxal quand on n'en maîtrise pas tous les ressorts. De plus, les changements de comportements alimentaires sont toujours très délicats, soit par manque de connaissance, soit parce qu'un changement de comportement ne se décrète pas. Un « régime alimentaire » ne devrait pas être prescrit ! Il touche à la personne même du patient, à des ressentis et à des habitudes provenant de la plus tendre enfance. Ce dernier doit se sentir concerné, mais cela ne suffit pas. De plus, les sources de démotivation sont multiples...

Une éducation thérapeutique du patient (ETP) intégrée, de type « allostérique » [2], est proposée ici à partir des travaux développés au Service d'enseignement thérapeutique pour malades chroniques (SETMC) des Hôpitaux universitaires de Genève, avec le concours du Laboratoire de didactique et épistémologie des sciences (LDES). Ceux-ci montrent en effet que la transformation des pratiques alimentaires implique de dépasser les approches éducatives frontales (« dire », « montrer »...) ou actives (exercices, fiches, travail de groupe...). Surtout elle demande d'intégrer les cinq dimensions de la personne. À cette fin, un « environnement motivationnel » commence à être envisagé et testé avec succès.

Quelle éducation nutritionnelle ?

Une éducation alimentaire comporte habituellement l'apprentissage d'un certain nombre de notions qui peuvent être remises en question pour leur réelle utilité.

Est-ce vraiment nécessaire de connaître les valeurs énergétiques des différents repas ? Ne serait-il pas plus judicieux de connaître les aliments plus favorables à la santé ?

Est-il intéressant de savoir les valeurs énergétiques des produits alimentaires ? N'est-il pas plus utile de déceler la quantité importante de calories contenue dans les boissons alcoolisées et les boissons rafraîchissantes ?

Plutôt que de choisir des produits alimentaires hypocaloriques et des produits dits *light*, il est plus important d'apprendre des modes de préparation culinaires qui utilisent peu de graisses.

La taille des portions est cruciale, mais l'interprétation des informations figurant sur les emballages l'est d'avantage.

Toutefois la connaissance, seule, ne suffit pas (ou très rarement) à transformer un comportement à long terme. Malgré des approches complètes, les effets des traitements actuels pour l'obésité sont difficiles à maintenir sur le long terme. Une méta-analyse [3] montre que cinq ans après une perte de poids, les individus ont repris en moyenne 80 % des kilos perdus.

La nutrition touche des questions intimes pour les patients et les soignants ne se sentent pas forcément le droit ni les capacités de s'en mêler, d'autant plus que, dans bien des cas, cela dépasse les simples conseils nutritionnels pour renvoyer à des problèmes psychologiques beaucoup plus graves.

Conceptions nutritionnelles des patients

L'étude des conceptions¹ des patients suscite un intérêt grandissant en matière de soins en général et d'éducation alimentaire en particulier. Les conceptions pilotent les comportements, et les connaître, les faire expliciter constitue un facteur important déterminant l'adhésion au traitement. Elles ont toujours un fondement et les faire émerger implique une attitude de non-jugement. Le soignant peut encore accompagner le patient pour les faire évoluer. Toutefois, dans le domaine alimentaire, ces comportements concernent, comme indiqué plus haut, des habitudes souvent très profondément ancrées. Un travail éducatif spécifique et original est à envisager, en prenant appui sur la motivation interne du patient – « tout part de lui » [2] – et/ou en développant cette dernière (encadré 6-1).

De plus, tout nouveau savoir se met en place au travers de l'univers mental du patient, un univers toujours en mouvement. Il s'agit de sa façon personnelle de percevoir l'environnement, d'y décoder les informations, d'y donner du sens, de se représenter la relation aux autres ou l'action à envisager. Tout conseil, toute éducation sont conditionnés par les conceptions que le patient mobilise. Pour résoudre un problème alimentaire, le patient devra en effet acquérir de nouvelles connaissances. Le savoir n'est jamais abordé « la tête vide », les conceptions du monde et de soi-même permettent de se repérer; dès lors, elles induisent directement ou indirectement les comportements.

Apprendre est considéré actuellement comme une « activité d'élaboration » [4, 5] où la personne confronte les informations nouvelles avec ses connaissances antérieures. L'acquisition de savoir en direct par transmission

¹ Le mot « représentation » est souvent utilisé comme synonyme de « conception » en ETP. Nous préférons user du terme « conception » qui est moins connoté par les différentes « chapelles » psychologiques.

ENCADRÉ 6.1

Exemples de conceptions et obstacles en matière de physiologie de l'alimentation

À part la bouche, les dents et la langue, le(s) rôle(s) respectif(s) des différents organes du système digestif ne sont pas connus. L'estomac est seulement envisagé pour son rôle de broyage, les intestins pour celui de transport. Le foie, le pancréas, quand ils sont cités, débouchent sur l'estomac. Le gros intestin précède l'intestin grêle : « les aliments sont gros puis réduits ». L'absorption intestinale, le passage des matières nutritives dans le sang, n'est connue que par 15 % des adultes. Dans ce cas, elle est uniquement envisagée comme un passage à travers des « trous ». Les aliments sont souvent séparés en deux tuyaux, l'un pour les solides et l'autre pour les liquides !

« Pourquoi mange-t-on ? », les réponses obtenues en interrogeant des enfants de 9 à 12 ans ne sont pas très différentes de celles des adultes. Elles sont généralement très évasives, manger sert à « vivre », « survivre », « ne pas mourir » (environ 70 %), faire « fonctionner le corps », à « entretenir, alimenter, nourrir le corps » (environ 20 %). Quelques précisions sont parfois fournies : « avoir des forces » (environ 20 %), produire de l'énergie ou de la chaleur (environ 10 %), lutter contre les maladies, rester en bonne santé, avoir de l'équilibre (environ 10 %), fabriquer des globules blancs ou rouges, produire du sang, le faire circuler (environ 5 % des enfants), pouvoir réfléchir (environ 1 % des enfants). Enfin, 40 % des enfants reprennent l'idée que « manger fait grandir », en liaison avec certaines nourritures, notamment la soupe !

ou conditionnement est néanmoins possible, mais nécessite des conditions draconiennes : même cadre de références, même questionnement, mêmes opérations, même façon de produire du sens.

Dès lors, il importe pour le soignant de connaître ce qui se cache derrière les mots du patient, à l'aide de questions semi-ouvertes, du type :

- « pouvez-vous me dessiner par où passe le sucre dans votre corps, une fois avalé ? » ;
- « pouvez-vous me représenter de quoi nous sommes composés ? » ;
- « que signifie, selon vous, une hypertension, un diabète ou une hypoglycémie ? » ;
- « que représente, pour vous, pratiquer une activité physique de 30 minutes ? ».

Toutes ces données glanées auprès de patients (enfants, adultes) montrent des décalages de signification entre les mots du patient et ceux du soignant. Si on ne tient pas compte de ce qu'ils disent, de ce qu'ils pensent, les multiples obstacles n'ont aucune chance d'être dépassés. Dans les schémas donnés par les patients, la place des organes,

leurs fonctions sont méconnues. Par ailleurs, les portions, la valeur énergétique sont le plus souvent sous-estimées. Nombre d'aliments ne sont pas perçus comme étant caloriques : « sucreries », « sodas », « bières ». Des confusions multiples existent entre les « calories », les « hormones » et les « vitamines ». Les obstacles peuvent se situer à un niveau plus profond, par exemple la notion d'« énergie » est très abstraite pour la majorité des patients.

Au-delà des mots, la conception traduit un regard sur soi, sur sa pathologie, sur son traitement, notamment sur la naissance de la souffrance. Certaines souffrances sont directement générées par l'interprétation de certains ressentis. Pour apprendre selon le modèle des croyances de santé, le patient obèse, par exemple, devra réaliser que l'obésité est une maladie sérieuse avec des complications qui peuvent compromettre à court terme un projet de vie, que le traitement est efficace et que les bénéfices à long terme en valent la peine. Or nombre de conceptions comportent des aspects collectifs qui font également obstacle. Elles sont issues de la culture environnante, de l'éducation ou plus largement des expériences antérieures. Dans le domaine du comportement alimentaire, on imagine facilement la richesse et la complexité de cet univers. La place de la nourriture et l'acte de manger sont ancrés très profondément dans la culture, et notamment dans les codes relationnels.

Si un patient en surpoids se sent fort, « bon vivant », il risque d'avoir « peur de maigrir », de devenir « faible », voire de se sentir « malade ». Si une femme grossit suite à un abus sexuel, son embonpoint peut lui permettre de se sentir protégée, de ne plus se retrouver dans la situation de se sentir physiquement désirable. Malheureusement, cette situation est fréquente. L'encadré 6-2 présente quelques conceptions culturelles pouvant faire obstacle à la perte de poids.

ENCADRÉ 6.2

Exemples de représentations culturelles fréquemment rencontrées pouvant faire obstacle à la perte de poids

- Être gros, c'est être fort
- Perdre du poids, c'est être malade
- L'embonpoint, c'est une richesse, une marque de réussite sociale
- Être gros protège (rend moins désirable)
- Pour maigrir, il faut se priver, souffrir
- On ne jette pas la nourriture
- On finit son assiette
- Mieux vaut avoir trop que pas assez
- L'huile d'olive est bonne pour le cœur
- Les produits *light* n'ont pas de calories
- Le chocolat, les desserts font grossir
- Pour perdre du poids, il faut transpirer
- Plus d'activité physique, c'est mieux
- Plus l'activité est intense, plus on souffre, et meilleur c'est
- L'activité physique doit être du sport

La connaissance des conceptions du patient permet tout d'abord une prise en compte de la personne par le soignant. Elle est une écoute, gage d'une relation de qualité, tout au moins sa condition préalable : le patient se sent écouté et en confiance. Cela permet également au soignant de repérer à la fois le sens des mots et de lister les obstacles potentiels à l'apprentissage.

Dans un second temps, les conceptions peuvent représenter une ressource pour l'éducation thérapeutique. Elles pourront être très utiles pour clarifier les liens entre les savoirs, les éventuelles expériences antérieures et le projet thérapeutique. Pour le patient lui-même, l'expression de ses conceptions peut le conduire à mettre à jour des contradictions dans son discours, voire susciter en lui des questions qui lui apparaissent lors de ses explicitations.

Un apprentissage implique souvent une déconstruction-(re)construction continue de ses conceptions ; et, dans cette « aventure », le soignant-éducateur peut être un « facilitateur ». L'encadré 6-3 propose une séquence permettant de tenir compte des conceptions dans la construction du projet thérapeutique.

ENCADRÉ 6.3

Tenir compte des conceptions

Faire émerger les conceptions

- Par un questionnement : « Que signifie pour vous... ? », « Quel vécu, quelle expérience sous-tendent ce que vous me dites ? »
- En proposant au patient de dessiner, schématiser graphiquement, etc.

Porter une attention au-delà des mots du patient

- Identifier le lien entre les conceptions et la proposition thérapeutique
- La représentation du patient peut-elle constituer un obstacle ou un levier en vue du projet de soin ?

Mobiliser les conceptions

- Conceptions-levier : expliciter le lien, renforcer : « Ce que vous me dites là va parfaitement dans le sens de notre projet, de votre démarche, de ma proposition de traitement »
- Conceptions-obstacle :
 - légitimer leur fondement : « Je comprends bien maintenant comment vous vous expliquez ceci, l'analogie que vous faites avec... »
 - légitimer les difficultés rencontrées par le patient : « Avec ce que vous me dites, je comprends qu'il soit difficile pour vous de... »

Faire évoluer les conceptions du patient

Faire expérimenter le conflit cognitif (faire prendre conscience des conceptions contradictoires), apporter de l'information, confronter les savoirs entre pairs (travail de groupe, proposer des expérimentations choisies, etc.)

ENCADRÉ 6.4

Caractéristiques d'une démarche allostérique

- Le patient apprend à partir de ses conceptions, de ce qu'il est et de ce qu'il sait
- Il apprend « avec » et « contre » ses conceptions
- Le patient peut transformer son savoir, seul mais pas sans l'autre
- Le soignant peut accompagner le patient, le sensibiliser et mettre en place un environnement didactique pour interférer avec les conceptions du patient
- L'environnement didactique est systémique, paradoxal et en régulation dynamique complexe
- Les éventuels changements de comportement du patient découlent de ses transformations en profondeur, de ses conceptions et d'un engagement personnel

Cette démarche s'inscrit dans un nouveau modèle éducatif plus performant, connu sous le vocable de modèle allostérique de l'apprendre [4, 5], dont les caractéristiques sont notées dans l'encadré 6-4.

Changement de comportement alimentaire

Une éducation à l'alimentation n'a d'intérêt que si elle s'accompagne d'un changement de comportement alimentaire. Ce dernier s'avère souvent vital pour combattre de « mauvaises habitudes » de vie ou des pratiques « erronées » à l'origine de la pathologie, ou tout simplement pour « vivre en santé » avec ou sans une maladie chronique.

Ce changement de comportement, s'il devient évident sur un plan théorique, est toujours délicat à mettre en place par le patient dans son quotidien. Comment déclencher un passage à l'acte ? Comment l'enraciner dans un vécu ? Si la motivation est déterminante, elle peut ne pas suffire. Le changement de comportement alimentaire est sans doute un acte délicat, dans la mesure où il s'inscrit en rupture avec une trajectoire de vie, le plus souvent une relation familiale ou culturelle.

De plus, le passage du « savoir au faire » est un saut en soi ; et celui-ci est d'autant plus difficile qu'il est suggéré ou ordonné de l'extérieur et/ou quand la personne est fragilisée par l'irruption d'une maladie. Convaincre ne suffit pas, il faudrait ensuite que la personne applique les conseils. Or on constate en permanence qu'il est difficile, voire délicat, de faire changer les habitudes nutritionnelles.

En cas de persistance, les soignants peuvent conseiller au patient d'entreprendre un traitement psychologique bref de type comportementaliste, cognitiviste, humaniste

ou relationnel. Dans cette direction, l'entretien motivationnel a également apporté quelques espoirs [6]. Toutefois, le changement de comportement en général, et plus particulièrement le changement de comportement alimentaire, apparaissent comme un processus souvent difficile à changer...

La résistance au changement est un processus tout à fait normal et naturel que tout soignant a besoin de comprendre pour pouvoir le gérer. Des inquiétudes, des peurs apparaissent qui conduisent à des évitements, des contournements, des refus exprimés et actifs ou des refus passifs, en lien avec toutes sortes de craintes : crainte de perte d'identité personnelle, rupture d'équilibre, par la modification des rapports humains ou de l'image de soi.

Éducation thérapeutique en cinq dimensions

Intervenir sur la seule dimension cognitive s'avère peu efficace. Dans une action éducative sur le comportement alimentaire, il s'agit de convoquer en synergie au moins cinq dimensions de la personne [7]. Les dimensions émotionnelle et cognitive certes, mais également la dimension perceptive : les sensations gustatives, les sensations de faim et de satiété (fig. 6-1).

Parallèlement, il est important de prendre également en compte la dimension métacognitive, c'est-à-dire le regard que la personne porte sur sa santé, sa maladie, le traitement ou encore son regard sur ses projets de vie. Le patient devrait analyser son rapport à la nourriture, aux aliments, l'importance que prend cette fonction dans sa vie personnelle ou collective.

Enfin, une dernière dimension est encore à mobiliser, appelée dimension « infra » car elle est implicite ou

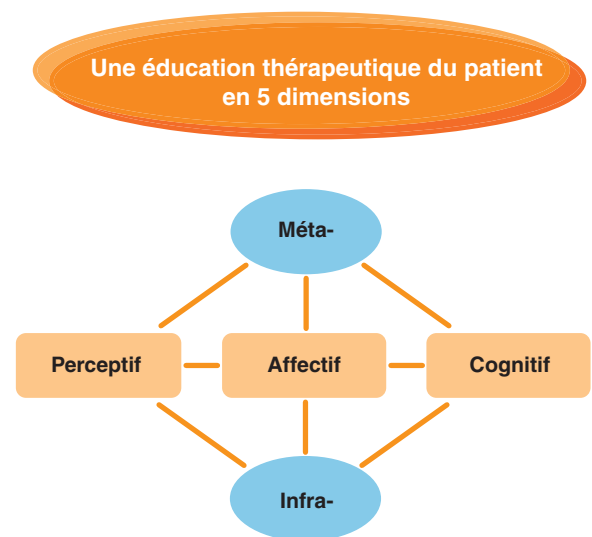


Fig. 6.1. – Une éducation thérapeutique en cinq dimensions.

cachée pour la personne elle-même. On parlera d'infra-cognitif pour évoquer les raisonnements intimes, les évidences, les soubassements de la pensée que le patient habituellement n'interroge pas; d'infra-affectif pour désigner les expériences émotionnelles oubliées ou refoulées et d'infra-perceptif pour les sensations corporelles non conscientisées. La dimension infracognitive est très importante à examiner. Il s'agit de repérer, chez le patient, les éventuelles distorsions cognitives : «Je n'y arriverai jamais», «je suis moche», «plus je me retiens, mieux c'est...», etc.

Cette approche en cinq dimensions (fig. 6-1) enrichit les pratiques éducatives en matière d'éducation alimentaire en intégrant en particulier le *modèle allostérique* [4, 5] reconnu pour son efficacité dans les situations complexes d'apprentissage. Une éducation thérapeutique prenant en compte ces cinq dimensions suggère de mettre en place un «environnement motivationnel» propice à provoquer les transformations de comportement [2].

Environnement motivationnel en quatre directions

L'environnement motivationnel (EVM), contrairement à l'entretien motivationnel (EM) n'est pas uniquement une méthode d'éducation «centrée sur le patient». Il prend en compte les multiples liens que le patient a tissés avec son environnement au sens large, de même qu'il doit permettre d'interroger les interactions immédiates du patient dans le système de soin.

Sur un plan pratique et pour dépasser les obstacles rencontrés les plus récurrents, quatre directions sont privilégiées pour organiser les formations nutritionnelles et transformer les comportements (encadré 6-5).

Faire émerger la personne

La recherche de stratégies propres à générer un changement devient, en soi, un moment de l'éducation nutritionnelle. L'équipe de soignants, garante de l'EVM décidé en commun, essaie en effet de rechercher avec le patient les divergences auxquelles il a à faire face dans sa vie quotidienne. Quelques exemples de questions peuvent aider le patient à faire émerger la personne (encadré 6-6).

ENCADRÉ 6.5

Un environnement motivationnel en quatre directions

- Faire émerger la personne qu'est chaque patient
- Mettre en place un projet de changement (si possible de vie)
- Travailler les ressentis
- Mobiliser (les savoirs) au quotidien

ENCADRÉ 6.6

Exemples de questions pour faire émerger la personne

- «Comment qualifieriez-vous votre appétit? Quelles sont vos habitudes alimentaires? Quelle importance accordez-vous au repas (quelle place tient la nourriture) dans votre vie?»
- «Quand avez-vous décidé de manger un peu moins afin de ne pas grossir? Que recherchez-vous dans cette voie?»
- «Quand parvenez-vous à manger moins?»
- «Si vous décidez de vous lancer dans un programme d'amaigrissement, quel degré de confiance vous accordez-vous pour réussir ce programme?»
- «Qu'est-ce que voulez changer en vous, afin de gagner en confiance en vous, dans la réussite de votre régime?»
- «Dans quelles situations la nourriture est-elle utilisée comme une compensation autre que de répondre à une sensation de faim?»

La nécessité de procéder par étapes modestes, définies par le patient lui-même, est également examinée de concert, afin de permettre au patient de développer sa confiance en lui. Cette confiance en soi représente un pouvoir de faire face par lui-même à un problème spécifique.

Mettre en place un projet de changement

De par sa nature et son histoire, toute personne répugne à changer. Toute son histoire la conforte dans un comportement «établi», son équilibre de vie s'est organisé ainsi. De plus, très souvent, elle ne sait pas comment changer... Un EVM tente d'accompagner le patient tout en l'interpellant, voire en l'étonnant sur sa santé... à partir de qui il est comme individu.

Pour susciter la dynamique du changement, l'EVM tente à la fois d'ébranler la personne dans ses certitudes de vie et de la «nourrir» en lui suggérant d'autres possibilités. Chaque fois, il prend en compte ses questions, ses préoccupations et ses souffrances, il prend bien soin de ses valeurs et de sa culture afin de mieux saisir l'élaboration de sa réalité. Puisque c'est sur elle, à partir d'elle – mais subtilement contre certaines de ses conceptions – que portera le processus de changement. Il s'agit donc d'une volonté assumée de provoquer une transformation de ce que pense la personne et d'inciter à des changements de comportements. La question éthique est alors cruciale et doit être débattue. Les objectifs sont d'ailleurs fixés de concert avec le patient, en s'appuyant sur les points forts et les ressources de ce dernier. Le soignant doit rechercher les succès du patient. Bien qu'il soit en «échec», le patient a déjà réussi beaucoup de petits efforts de changement. Le soignant doit renforcer ces petites réussites, ces petits changements. Ce sont

ENCADRÉ 6.7

Mettre en place un projet de changement

- Quels sont les avantages à ne pas changer ?
- Quels sont les désavantages à ne pas changer ?
- Quels sont les avantages à changer ?
- Quels sont les désavantages à changer ?
- Est-ce que j'en suis capable ?
- Est-ce que j'ai envie de changer demain ?
- Qu'est-ce que je peux changer qui ne me coûtera pas trop cher psychologiquement ?
- Mon entourage est-il favorable ?
- En quoi mon soignant peut-il m'aider ?

autant d'éléments porteurs pour ancrer un traitement ou déployer un changement. Pour cela, les situations, les activités proposées se doivent d'aller au-devant du patient pour l'interpeller, l'accompagner à formuler (et reformuler), faire émerger ses potentialités et le plus souvent lui permettre d'en prendre conscience. Avant tout, ceux et celles qui souhaitent changer une habitude de vie doivent s'interroger – sinon répondre – sérieusement à quelques questions (encadré 6-7).

Lui faire prendre conscience de ses ressentis

Un travail sur les ressentis peut être associé ; en la matière, il peut porter sur les aspects gustatifs d'une part, sur la satiété et la faim souvent confondues avec des angoisses d'autre part. L'EVM inclut, parmi les activités proposées, d'inviter le patient à repérer les émotions qui peuvent induire des compulsions. La nourriture joue à court terme un rôle anesthésiant sur les émotions, les anxiétés, les angoisses. On peut accompagner le patient à identifier clairement et à exprimer ce qui a provoqué ses compulsions par une analyse en détail de situations précises (métacognition). Chaque fois, des stratégies, qui lui sont propres, peuvent s'envisager, par exemple la gestion du temps avant le repas suivant ou d'une émotion (téléphoner à un ami pour parler d'une situation émotionnellement difficile).

La gestion du stress par la technique de mini-relaxation peut également avoir sa place pour calmer les émotions et ainsi diminuer les compulsions. Même si ces stratégies ne fonctionnent pas à chaque fois, il s'agit de désamorcer le lien qui s'est créé entre les déclencheurs et la nourriture, et d'améliorer l'estime de soi par une reprise de contrôle sur sa vie.

L'EVM doit notamment être source de recherche ou de renforcement du pouvoir individuel qui est en chacun. En acquérant de nouvelles capacités d'agir (ou en retrouvant celles-ci), le patient mis en responsabilité est mieux en mesure de contribuer activement à (re)générer sa propre santé et les conditions qui l'influencent. Pour cela, il s'appuie sur l'assurance de réussite pour les modifications du

comportement, l'importance de l'émulation, voire des récompenses adaptées à chacun.

« Mobilisation au quotidien »

Un EVM propose en synergie des activités sur la « prise en compte au quotidien » de la pathologie, du traitement et des complications dans la situation de vie. La conception de ces moments n'a pas pour seule finalité l'acquisition de connaissances mais d'abord la mobilisation immédiate des compétences requises dans un environnement habituel. Nombre de patients ne savent pas comment s'y prendre concrètement, surtout pour sortir des habitudes sociales. La « malbouffe » ou l'inactivité physique sont en fait des comportements sociaux avant d'être des habitudes personnelles néfastes.

Ces moments de mobilisation visent à faire prendre conscience, à faciliter les interactions et à renforcer l'engagement et la confiance dans le traitement, mais surtout à faire comme si le patient « le faisait à la maison ». Le contenu peut également porter sur les moyens de réduire les effets secondaires de la thérapie ou de l'adapter à leur quotidien. Ils effectuent l'analyse des « coûts » et des avantages pour adapter le traitement à leur « projet de vie ». Un EVM pour patients diabétiques propose alors des situations très réalistes sur les soins des pieds ou l'organisation des repas. D'autres situations sont proposées dans cette direction, notamment en multipliant les échanges de savoirs entre pairs ou en mettant les patients résistants en rapport avec des modèles dits « positifs ».

Mais tout n'est pas encore réglé en matière de changement. Souvent ce n'est pas tant au changement lui-même que le patient résiste qu'à la manière dont celui-ci lui est proposé. Le patient résiste en particulier aux changements prématurés, mal expliqués ou mal préparés. Par habitude, le soignant veut induire le plan thérapeutique rapidement sans tenir compte de son patient. Même si le soignant n'a pas beaucoup de choix à offrir, il lui importe toujours de laisser au patient une part de décision lors d'un changement, ne serait-ce que sur la manière dont il va s'organiser pour gérer sa maladie et son traitement.

Conclusion

Face à un patient qui présente des troubles alimentaires, qui souhaite maigrir ou qui aurait avantage à changer ses pratiques alimentaires, le soignant, tout comme son patient, doit faire le deuil des solutions évidentes et rapides. Un régime, et l'activité physique qui doit forcément aller avec, ne peuvent se prescrire ! L'accompagnement d'un patient en surcharge pondérale doit se faire d'une façon globale. Des émotions négatives, telles que la colère, la frustration ou la tristesse peuvent être générées par le traitement lui-même ou par une pression trop forte des soignants.

Plus une diète est sévère et plus l'équilibre alimentaire est difficile à respecter. Un régime restrictif induit

de nombreux troubles du comportement alimentaire. Les compulsions et les grignotages sont des réponses fréquentes à une frustration liée à des régimes trop sévères. C'est dans ce contexte qu'un environnement motivationnel peut avoir quelques chances de succès, en faisant travailler son ou ses patient(s) dans les différentes dimensions de la personne.

C'est dans ce contexte que les cinq dimensions définies doivent être travaillées en synergie. Une façon de maintenir le désir de perdre du poids est d'associer de petits objectifs à court terme « Qu'est-ce qui peut changer demain sans trop d'effort? ». Des objectifs à long terme, que le patient aura définis par lui-même, sont aussi utiles : « Pourquoi souhaite-il retrouver la santé? », « Quelle est réellement la signification de son comportement actuel? » (métacognition), « Pourquoi fait-il un régime à fond ou rien du tout? » (infracognition).

L'explicitation des soubassements des choix (et des non-choix) des patients est cruciale et dépend de nombreux facteurs qu'il est important de leur amener à la conscience. La motivation et l'intention du patient restent des éléments très importants. Est-ce qu'on peut déceler dans l'environnement du patient des facteurs de résistance, comme des conditions de vie (habitudes familiales, stress professionnel, etc.) ou un événement de vie particulier (divorce, deuil, etc.) qui pourrait être à l'origine du problème? De même, il importe de rechercher les raisons des échecs précédents pour ne pas les reproduire, les soutiens potentiels qui permettent de prévenir les rechutes et surtout les premiers succès réalisés pour augmenter la confiance du patient en sa capacité de réussir. Un EVM va amener le patient à comprendre son état et ses conséquences, mais surtout à se projeter pour trouver en lui une dynamique de changement.

RÉFÉRENCES

- [1] VAN GAAL L, WAUTERS M, DE LEEUW I. The beneficial effects of modest weight loss on cardiovascular risk factors. *Int J Obes Relat Metab Disord* 1997; 21 : 5-9.
- [2] GOLAY A, LAGGER G, GIORDAN A. Comment motiver le patient à changer. Paris : Maloine; 2010.
- [3] ANDERSON JW, KONZ EC, FREDERICH RC, WOOD CL. Long-term weight-loss maintenance : A meta-analysis of US studies. *Am J Clin Nutr* 2001; 74 : 579-84.
- [4] GIORDAN A. Apprendre! Paris : Belin; 1998.
- [5] GIORDAN A, DE VECCHI G. Les origines du savoir. Paris : Delachaux; 1987.
- [6] MILLER W-R, ROLLNICK S. What is motivational interviewing? *Behav Cogn Psychother* 1995; 23 (4) : 325-34.
- [7] LAGGER G, GIORDAN A, CHAMBOULEYRON M, LASSERRE-MOUTET A, GOLAY A. L'éducation Thérapeutique. Partie 2 : Mise en pratique des modèles en 5 dimensions. *Médecine* 2008; 4 (6) : 269-73.