

ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE NUTRITIONNELLE ET PÉDAGOGIE DE L'ALIMENTATION

N. MASSEBOEUF, F. DELESTRE

LE DÉFI D'UNE NOUVELLE POLITIQUE NUTRITIONNELLE

Outre les immenses enjeux humains, sociaux et économiques, les relations entre l'alimentation et la santé ont comme particularité de concerner l'ensemble de la population. Ces relations reposent sur des connaissances scientifiques suffisamment fiables pour permettre d'identifier des facteurs nutritionnels liés aux risques ou à la protection vis-à-vis de certains grands problèmes de santé publique sur lesquels il est possible d'intervenir (cancers, maladies cardiovasculaires, diabète, obésité, ostéoporose...). S'il est difficile d'agir sur leur composante génétique, les facteurs alimentaires et nutritionnels sont particulièrement accessibles. Ainsi, le Programme national nutrition santé (PNNS) a pour objectif de viser la promotion d'une alimentation et d'un mode de vie favorable à la santé. Cela nécessite d'impliquer, autour du consommateur, de multiples acteurs du champ de la nutrition (professionnels de santé, acteurs de santé publique, secteur agroalimentaire, restauration collective, milieux scolaires et universitaires, formateurs, enseignants, chercheurs, communicants, législateurs, monde associatif, médias...), de multiples structures politiques et institutions. Toutefois, une vraie réflexion est devenue indispensable, du fait de la mauvaise observance des prescriptions diététiques et de l'évolution des attitudes et comportements alimentaires des patients. D'ailleurs, les malades expriment aux professionnels de santé des difficultés face à une diffusion incontrôlée des connaissances diététiques, une demande d'informations, de participation aux décisions médicales et l'acquisition de droits, signes de l'émergence d'une « citoyenneté de santé » [1].

Le développement de l'éducation thérapeutique en France constitue une des orientations du plan national d'éducation à la santé et des programmes nationaux d'actions élaborés pour le diabète et les maladies cardiovasculaires sous forme de pratiques ambulatoires ou au sein des réseaux de santé. Dans le cadre de la qualité et du fonctionnement des établissements de santé, il est prévu la création de pôles interrégionaux devant être équipés d'une « consultation

pédagogie de nutrition » pour les personnes obèses. Cependant, l'éducation thérapeutique est un processus inscrit dans la durée. Il s'agit d'un accompagnement éducatif du patient, où la participation et la coopération actives de celui-ci est primordiale [2, 3]. Ainsi, l'éducation nutritionnelle est intégrée dans la démarche qualité fondée sur une approche interdisciplinaire et pluriprofessionnelle des soins nutritionnels et éducatifs aux malades [4, 5, 6].

DE LA DIÉTÉTIQUE À LA DIÈTE ÉTHIQUE

L'acte alimentaire : une pratique biologique, cognitive, affective, sociale et spirituelle

L'alimentation est une fonction biologique vitale et en même temps une fonction sociale essentielle. C'est un phénomène complexe foisonnant. Ses facettes innombrables s'ordonnent selon au moins deux dimensions. La première s'étend du biologique au culturel, de la fonction nutritive à la fonction symbolique; la seconde de l'individuel au collectif, du psychologique au social. Trop souvent les sciences dites exactes, en l'occurrence la physiologie, la psychologie expérimentale, l'anthropologie biologique, la nutrition... n'ont voulu voir que du comportement alimentaire, là où il y avait en fait des pratiques sociales; des superstitions et de l'ignorance là où il y avait des croyances et des représentations [7].

Un art de vivre

Pour Hippocrate, la diététique est un art, celui du bien vivre, donc du bien manger, pour conserver la santé et assurer son équilibre. De même, la diététique moderne est destinée à soigner les maladies du savoir-vivre. C'est le comportement dans son ensemble, corps et âme, qui est en cause. Tout cela constitue une entreprise thérapeutique qui touche au plus profond et qui engage l'être même [8].

Trouble du comportement alimentaire ou comportement alimentaire troublé?

Si aux origines de l'homme et de la femme, la nourriture est subsistance, aujourd'hui le comportement alimentaire devient producteur de symptômes à part entière. Ainsi, une certaine façon de manger est décrétée pathologique, et l'acte alimentaire devient alors un trouble. Pourtant, les individus donnent un sens à ce trouble et l'inscrivent dans la logique de leurs difficultés existentielles. Consolation, colmatage, réassurance, réalisation déplacée de l'impulsion agressive, apaisement, détente... toutes les lectures sont possibles et plausibles. Ce n'est donc pas le comportement alimentaire lui-même qui a changé, mais les circonstances qui le laissent s'accomplir au lieu de l'empêcher [9].

Une souffrance

L'idée est bien ancrée, à la fois dans le public et une bonne part du corps médical, selon laquelle maigrir, par exemple, consiste en un acte de volonté et en une série de contraintes et de barrières qu'il y a lieu de s'imposer pour ne pas succomber. Maigrir revient alors à souffrir, endurer une alimentation qui n'est pas celle désirée [10].

L'ACTEUR DE SANTÉ ET L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE NUTRITIONNELLE

L'exemple des difficultés relationnelles entre patient et diététicien

Une étude menée non seulement auprès de diététiciens hospitaliers, mais également auprès de patients suivis dans un service de diabétologie, a mis en évidence un certain nombre de difficultés à proposer une éducation diététique de qualité [11]. Pour les diététiciens, les difficultés sont plutôt d'ordre didactiques et organisationnelles : manque de disponibilité, espaces insuffisants, absence d'outils pédagogiques, aucune évaluation. D'ailleurs, l'organisation de l'éducation diététique repose très souvent sur des projets propres à une unité ou à une spécialité médicale fortement liés à l'existence d'une personne motrice. En revanche, pour les patients, les difficultés des diététiciens sont plutôt liées aux valeurs de l'éducation, inhérentes à sa formation de technicien et pas d'éducateur. En effet, les diététiciens n'évaluent pas toujours les croyances, les attentes, le vécu, les valeurs, les projets et les intérêts des patients. L'enquête alimentaire centrée sur les habitudes et les contraintes alimentaires n'est pas synonyme de diagnostic éducatif diététique. Ainsi, les objectifs éducatifs nutritionnels se réfèrent à des besoins centrés sur la maladie et sur le traitement.

L'éducation diététique : une véritable éducation thérapeutique

Une bonne relation avec le malade est indispensable pour mener à bien l'entretien alimentaire, c'est-à-dire pour en exclure l'esprit inquisiteur, autoritaire et punitif et pour qu'il ait les caractères d'une relation bienveillante et de confiance (tableau 18. I). Cette pédagogie de l'alimentation, l'évacuation d'un certain nombre de mythes et de préjugés ne prennent leur efficacité que dans une relation personnalisée, qui invite le malade à se prendre en charge en fonction de ses attentes, de son tempérament, de son hérédité, de son passé pathologique, de sa situation de santé actuelle et de ses projets [12]. Éduquer un patient, ce n'est donc pas lui prescrire un régime ou lui remettre une fiche de conseils. L'éducation apparaît comme le moyen de considérer le patient comme un sujet actif et non comme un individu standardisé et passif [13]. Pour permettre au patient de s'approprier, c'est-à-dire de faire siennes des

connaissances diététiques et de leur conférer du sens, de les inscrire dans un projet de vie et de les rendre acceptables, l'éducateur en nutrition doit s'interroger sur la capacité du patient à modifier son comportement sans effort, ni angoisse, en gardant le plaisir de manger. Aussi, il ne doit pas attenter à l'intégrité de la personne, à son autonomie, à sa liberté par des règles diététiques à appliquer, injustifiées ou plus délétères ou handicapantes que les conséquences liées à la maladie elle-même [14]. En outre, l'acquisition et l'application de nouvelles compétences soignantes par le patient sont un processus qui évolue par étape, décrit dans le modèle IRPAM de J. O. Prochaska [15]. Elles sont étroitement liées à la psychologie de la santé du patient [16].

Tableau 18. I. Attentes des patients vis-à-vis des diététiciens.
Témoignages (extraits du mémoire de maîtrise universitaire de pédagogie des sciences de la santé, UFR L de Vinci, Bobigny, université Paris-13, « Diététicien : du technicien à l'éducateur du patient. Rôle et compétences en éducation thérapeutique », N. Masseboeuf, 2001).

L'art de persuader	« Donner la conviction que « cela » est bénéfique. Le diététicien doit être percutant, motivant (avec le sourire) ».
La capacité de discernement	« Être psychologue pour pouvoir détecter et comprendre les besoins et les difficultés qui dépassent parfois le patient. Faire preuve de souplesse intellectuelle. S'interroger sur la capacité du malade à appliquer les conseils diététiques. Comprendre pour que chaque patient se sente unique ».
Des compétences pour enseigner	« Proposer des alternatives pour expliquer le pourquoi. S'adresser à un individu plutôt qu'à un malade. Être un conseiller plus qu'un prescripteur. Accompagner, c'est-à-dire ne pas avoir peur de se redire et encourager chacun ».
Un sens de l'écoute et du contact	« Être professionnel, mais en donnant un air de confiance aux gens. Être à l'écoute avec gentillesse. Faciliter la communication humaine et séduire ».
Des connaissances scientifiques validées	« Avoir la même formation dans toute la France. Être reconnu plus médecin ».

UNE PÉDAGOGIE DE L'ALIMENTATION

L'éducation thérapeutique admet une adaptation du discours nutritionnel traditionnel à une réalité de terrain en matière de comportement [17, 18]. Or, chaque professionnel de santé a son propre système de valeurs, qu'il s'est forgé à travers son éducation personnelle, la formation initiale, la relation

soignante, la culture du milieu professionnel... Ces valeurs évoluent à partir des expériences et servent de référence à l'éthique. L'identification des valeurs permet de rendre à chacun sa propre part de décision et de responsabilité. Ainsi, les principes de l'éducation diététique sont fondés sur les valeurs de l'éducateur, impliquant une relation thérapeutique avec le patient, une relation pédagogique avec les savoirs à enseigner, sans oublier que seul le patient entretient une relation éducative avec ses savoirs passés, présents ou futurs [19]. Le patient doit comprendre qu'il s'agit d'une compétence qu'il doit pouvoir mobiliser dans sa vie quotidienne. Les objectifs pédagogiques ne doivent pas être confondus avec les objectifs diététiques (tableau 18. II) [20]. Par exemple, le diététicien pédagogue se réfère à des compétences bien particulières dans les rôles de révélateur, de facilitateur et de médiateur pour élaborer une stratégie nutritionnelle (fig. 18. 1) [21].

Tableau 18. II. Exemples d'objectif pédagogique individualisé.

<i>Patient</i>	<i>Caractéristiques alimentaires</i>	<i>Objectif diététique</i>	<i>Objectif pédagogique</i>
Madame A. 52 ans, secrétaire Enfants et petite fille Découverte diabète de type 2 IMC = 32 Femme du terroir	N'a jamais fait de régime Aime cuisiner les plats en sauce Aime charcuteries et fromages Familiale	Diminuer la quantité de graisses consommées	Être capable de diminuer la quantité de matières grasses dans les recettes habituelles
Monsieur B. 68 ans, retraité Vit seul Fait du bricolage Aggravation du diabète de type 2 (Hba1c = 11 %) A perdu 7 kg récemment Serein	Se fait à manger Mange à table Repas : plat et fromage Ne grignote pas Personne isolée	Maintenir l'alimentation habituelle sans la réduire	Être capable de s'injecter une dose prescrite d'insuline lente au coucher
Monsieur C. 42 ans, marié 2 enfants Gérant d'entreprise MCV dans la famille Poids normal Pressé	Repas d'affaires le midi Rentre tard le soir (repas froid) Aime tout Urbain moderne	Manger de façon équilibrée	Être capable de composer un repas équilibré à partir d'une carte de restaurant

Tableau 18. II. Exemples d'objectif pédagogique individualisé. (suite)

Patient	Caractéristiques alimentaires	Objectif diététique	Objectif pédagogique
Madame D. 48 ans, célibataire Artiste peintre Obèse (IMC = 40) Désimpliquée	Pas d'horaires de repas Sandwich le midi Se lève la nuit pour peindre Célibataire campeur	Réguler les prises alimentaires	Être capable d'élaborer un sandwich adapté
Madame E. 33 ans Vendeuse dans un magasin de vêtement Souhaite maigrir (IMC = 25) Désimpliquée	Ne consomme que des « allégés » Pas de petit déjeuner Brasserie le midi Affamée le soir, mais dit qu'elle ne mange pas Célibataire campeur	Utiliser les produits allégés à bon escient	Être capable de déchiffrer la composition des aliments sur les étiquettes alimentaires
Monsieur F. 63 ans, marié Retraité Diabétique de type 1 depuis 30 ans (Hba1c = 7,3 %) Se sent faible Inquiet	Pèse les aliments 40 g de pain 3 x/jour 100 g de féculent 2 x/jour Aucun dessert sucré Pas de boisson alcoolisée Refuse les invitations Traditionnel	Consommer un dessert sucré	Être capable d'évaluer la quantité d'insuline rapide pour un dessert

Le révélateur d'être

Le révélateur d'être a pour rôle d'aider le patient à prendre conscience de son besoin de savoir les règles d'une alimentation équilibrée, à préciser la pertinence de son apprentissage selon sa propre perception de la maladie et à clarifier ses valeurs. Il évalue les principes à partir desquels le patient procède à des choix alimentaires, comment il pose un regard critique sur ses allégations. Il lui enseigne à tirer profit de son expérience pour alimenter confiance et autoefficacité. Pour évaluer les habitudes alimentaires, l'utilisation des photos de portions alimentaires permet au patient de déclarer la nature de ses pratiques alimentaires. Cependant, la mise en situation sous forme de repas « libre service » paraît la plus pertinente pour objectiver les attitudes réelles.

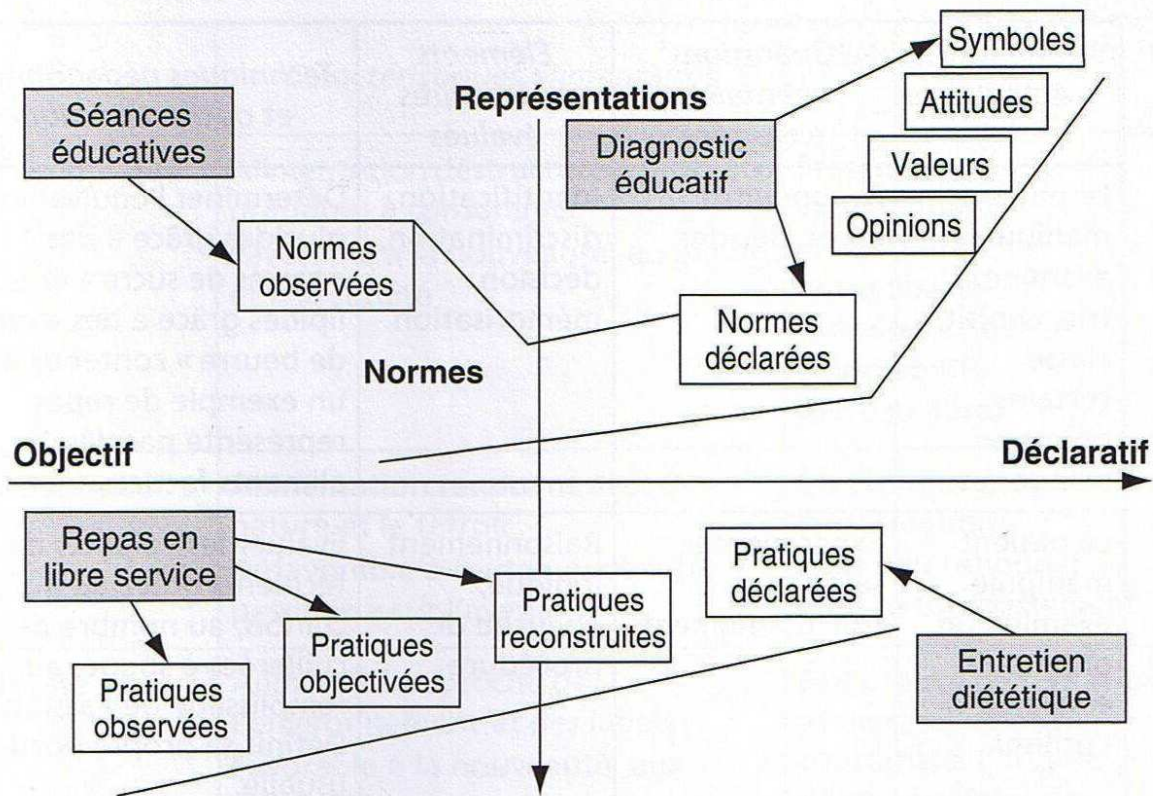


Fig. 18.1 Stratégie nutritionnelle et niveaux de fait alimentaire.

Le facilitateur d'apprentissage

Le facilitateur d'apprentissage a pour rôle d'appréhender la façon dont se déroule le développement cognitif, émotionnel, moral et spirituel du patient, tout en sachant que ces stades, ne sont en réalité, que des points de repère généraux. C'est un stratège. Il s'interroge sur le mode de pensée du patient [22]. Il choisit, adapte, propose et négocie la séquence de présentation des activités en fonction des capacités d'apprentissage du patient (tableau 18. III) [23]. Les séances d'éducation individuelles ou en groupe, utilisant le raisonnement, la résolution de problème et la prise de décision, sont destinées à mettre en évidence l'évolution des connaissances ou des représentations du patient évaluées lors du diagnostic éducatif (tableau 18. IV) [24]. L'utilisation d'outils pédagogiques comme les aliments factices, des emballages, et si possible de vrais aliments est indispensable. Par ailleurs, les cuisines expérimentales participent à la concrétisation des actions en matière de techniques culinaires.

Le médiateur social

Le médiateur social interpelle le patient sur son intelligence, son style cognitif, la perception qu'il a de la valeur de la tâche et de ses croyances. Il engage le patient à conduire ou poursuivre une réflexion qui suscite, chez lui, le désir de se soigner. C'est une médiation, et à ce titre, elle est temporaire. Elle alimente une motivation d'identité. Elle vise l'indépendance et l'engagement. Elle doit permettre au patient de «reconstruire» ses pratiques

Tableau 18. III. Exemples d'activités d'apprentissage.

<i>Activités</i>	<i>Opérations mentales engagées</i>	<i>Éléments opératoires évalués</i>	<i>Techniques pédagogiques et outils didactiques</i>
Le patient manipule, examine, trie, choisit, classe certains objets en catégories	Reconnaître, juger, décider	Identification, discrimination, décision, mémorisation	Déterminer l'équivalent en glucides grâce à des « carrés de sucre » et en lipides grâce à des « carrés de beurre » contenus dans un exemple de repas représenté par des aliments factices.
Le patient manipule, examine un objet puis essaie de l'utiliser	Expérimenter, saisir un fonctionnement	Raisonnement logique, ébauche de procédure	Évaluer les volumes de féculents grâce au bol chinois, au nombre de cuillerées à soupe, au remplissage de l'assiette. Définir sa propre portion usuelle.
Le patient répond à une suggestion et exécute une tâche	Appliquer, exécuter une tâche	Organisation mentale et gestuelle	Remplacer par une pâtisserie un aliment équivalent du plateau-repas.
Le patient déchiffre et tente d'expliquer en quoi la tâche correspond à sa propre réalité	Acquérir, intégrer une connaissance	Compétence, comportement, acquisition	Élaborer et justifier une liste de courses parmi des produits alimentaires d'un dépliant publicitaire.
Le patient analyse et intègre une situation-problème	Imaginer, analyser, synthétiser	Assimilation, utilisation pour des usages	Évaluer ses consommations grâce à un relevé et à une table de composition alimentaire. Proposer des améliorations personnelles pour atteindre l'équivalent de 50 « carrés de sucre » et 8 « carrés de beurre » par jour. Calculer la dose d'insuline rapide correspondant à un repas choisi et élaboré en libre service (diabète de type 1).

Tableau 18. IV. Normes et représentations alimentaires.

	<i>Caractéristiques alimentaires</i>	<i>Éléments à prendre en compte</i>
Désimpliqué	Alimentation déstructurée, produits pratiques à consommer Favorable à la nouveauté, au plaisir et à la satiété	Présente un vagabondage alimentaire entre liberté (horaires...) et vulnérabilité (déséquilibre)
Néophobe	Alimentation renouant avec la nature et le terroir Défavorable à toute nouveauté, pessimiste sur l'avenir	Est critique envers l'information, mais peu rationnel dans le comportement
Pressé	Alimentation proche de l'environnement et des labels Favorable à la nouveauté, aux informations	Fait preuve de tentation et de tiraillement constants à l'origine d'inquiétude et de culpabilité
Inquiet	Alimentation aux allégations bienfaitrices, à une meilleure qualité Méfiant sur les produits, sur les informations insuffisantes	Applique au plus près les recommandations
Serein	Alimentation contenant des aliments savoureux Perception optimiste de l'alimentation	Est à l'écoute du corps et des envies sans beaucoup de contraintes
Homme ou femme du terroir	Alimentation tendant vers la diversité, le goût et la fraîcheur Confiant sur les contrôles et les réglementations	Recherche une structuration alimentaire et satisfaction de l'appétit et du plaisir

alimentaires, d'analyser les conduites adaptatives face aux diverses situations, de verbaliser son vécu lors de ces situations, d'analyser l'impact de son milieu sur son style nutritionnel et lui permettre de réaliser ses projets de vie (tableau 18. V) [25]. Pour observer et mieux connaître le comportement face aux aliments, évaluer le degré de restriction alimentaire et la tendance à la perte de contrôle dans certaines situations sociales ou émotionnelles de la vie quotidienne, le carnet des conduites alimentaires est un outil didactique pertinent.

Tableau 18. V Styles nutritionnels sociaux.

Célibataire campeur	Restauration rapide, repas froids ou à plat unique, plats cuisinés ou produits préemballés... Pas d'heures fixes et grignotage. Courses au jour le jour
Urbain moderne	Restaurant ou chez des amis, plateaux-repas (apéritif régulier) Importance particulière à la conversation lors des repas. Courses au jour le jour
Rural domestique	Repas cuisinés avec des produits de « base » (conserves et congélations maison) et vin au repas Réception fréquente d'invités. Courses hebdomadaires
Familial	Repas cuisinés chaque jour Dîner avec les enfants dans la salle à manger. Course en grandes surfaces
Bien installé	Repas préparés avec des produits « festifs », allégés ou surgelés Repas gastronomiques le week-end, avec de la pâtisserie maison. Courses fréquentes
Traditionnel âgé	Repas simples préparés à partir de produits frais Heures fixes, souvent devant la télévision. Peu d'invités
Personne isolée	Repas à plat unique et monotones, à partir de produits frais Heures fixes, à la maison exclusivement. Courses tous les jours chez les petits commerçants

CONCLUSION

La nutrition est un élément central de la prévention et du traitement de nombreuses affections ayant une place majeure en santé publique. Le patient doit acquérir des compétences et il doit souvent modifier ses habitudes alimentaires afin d'améliorer son état de santé. Apprendre à éduquer requiert des connaissances et des capacités spécifiques. Si les diététiciens représentent un rouage essentiel dans l'éducation nutritionnelle, cette action pluridisciplinaire ne peut être efficace, que si chacun coopère de façon positive [26]. L'idée d'une culture commune des professionnels de santé s'impose comme l'un des principes fondamentaux d'une réforme des études [27]. Ainsi, la formation doit permettre de reconnaître les éléments spécifiques d'une approche centrée sur le patient en situation d'apprenant, de reconnaître les différences entre son expérience et ses pratiques éducatives usuelles, de décrire les avantages et les limites de ses compétences [28]. Cette nouvelle forme d'autonomie ne peut s'épanouir sans conditions favorisant la motivation

des professionnels à se former [29]. En effet, les individus ont plusieurs motifs pour s'impliquer : l'attrait de la nouveauté est en soi un stimulant. La routine, inversement, est facteur de démotivation. La réussite est aussi un facteur de motivation : la gérer suppose de savoir fixer des objectifs accessibles et des buts concrets, ouvrant des récompenses symboliques. Modifier l'environnement accroît la motivation : elle ne peut s'appuyer que sur la seule volonté individuelle, toujours fragile. Enfin, les exemples comptent plus que les mots : le leadership est un autre facteur de motivation. Plus que le style de management, c'est la motivation du « leader » lui-même et l'exemple pratique qu'il donne qui en sont les éléments centraux.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Direction générale de la Santé. Rapport. Les pratiques en éducation du patient dans les établissements de santé français en 1999, 2000.
- [2] Deccache A, Lavendhomme E. *Information et éducation du patient : des fondements aux méthodes*. Bruxelles, De Boeck, 1989.
- [3] Organisation mondiale de la santé. Bureau régional pour l'Europe. Éducation thérapeutique du patient. *Programmes de formation continue pour les professionnels de soins dans le domaine des maladies chroniques*. Copenhague, OMS, 1998.
- [4] Haut Comité de la santé publique. *La Santé en France*. HCSP, 2002.
- [5] Baclet N. « Démarche qualité et éducation nutritionnelle : un défi pour le cadre diététicien ». Mémoire pour l'obtention du diplôme de cadre de santé, 2002-2003.
- [6] Combret D. « L'éducation thérapeutique nutritionnelle : vers un modèle co-opératif ». Mémoire pour l'obtention du diplôme universitaire en éducation du patient, 2002-2004.
- [7] Fischler C. *L'Homnivore*. Paris, Odile Jacob, 2001.
- [8] Tremolières J. *Diététique et art de vivre*. Paris, Hatier, 1989.
- [9] Le Barzic M, Pouillon M. *La Meilleure Façon de manger*. Paris, Odile Jacob, 1998.
- [10] Apfeldorfer G. *Maigrir c'est dans la tête*. Paris, Odile Jacob, 1997.
- [11] Masseboeuf N. Le diététicien : du technicien à l'éducateur du patient. *Cah Nutr Diet* 2003; 38 : 2 : 85-93.
- [12] Maugenest MD. « Étude d'une profession : la diététique ». Mémoire pour l'obtention de la maîtrise de sociologie, 1975-1976.
- [13] Masseboeuf N et coll. *Recommandations Alfediam paramédical/ADLF : éducation diététique du diabétique de type 2*. 2003.
- [14] Masseboeuf N. Diététicien : éducateur du patient et pédagogue de l'alimentation. *Actes de la XIV^e journée de l'IPCEM*, 2004, 32-36.
- [15] Girard A, Maisonnave M, Assal JP. Difficultés du patient dans le suivi de son traitement, *Encycl Méd Chir* (Elsevier, Paris), 1-0035, 1998.
- [16] Bruchon-Schweitzer M. *Psychologie de la santé. Modèles, concepts et méthodes*. Paris, Dunod, 2002.

- [17] Poulain JP. *Manger aujourd'hui*. Toulouse, Privat, 2002.
- [18] Corbeau JP, Poulain JP. *Penser l'alimentation*. Toulouse, Privat, 2002.
- [19] Masseboeuf N. Diététique et éducation thérapeutique : rôle du diététicien. *Nutrition et facteurs de risques* 2004; 2 : 21-25.
- [20] D'Ivernois JF, Gagnayre R. *Apprendre à éduquer le patient. Approche pédagogique*. Paris, Maloine, 2004, 2^e éd.
- [21] Masseboeuf N. Insulinothérapie fonctionnelle. *Information diététique* 2005; 1 : 13-18.
- [22] Merieu P. *Apprendre...oui, mais comment*. Paris, ESF, 1990, 6^e éd.
- [23] Lacroix A, Assal JP. *L'Éducation thérapeutique des patients. Nouvelles approches de la maladie chronique*. Maloine, 2003, 2^e éd.
- [24] Brousseau AD, Gaigner C. Les pratiques alimentaires des Français : du discours à la réalité. *CREDOC, Cahier recherche* 2002; 179.
- [25] Lahlou S, *Penser manger*. Paris, PUF, 1998.
- [26] Krempf M. « Rapport : Évolution du métier de diététicien (PNNS) », 2002.
- [27] Debouzie D. « Rapport : Commission pédagogique nationale de la première année des études de santé », 2003.
- [28] Masseboeuf N. Formation des soignants à l'éducation thérapeutique, diabète éducation. *Santé Éducation* 2004, n° spécial 3-6.
- [29] Dortier JF. Peut-on motiver autrui? *Sciences humaines* 1999; 92 : 34-35.