

# Items 179; 129 bis : Prescription d'un régime diététique

---

**Collège des Enseignants de Nutrition**

**Date de création du document    2010-2011**

## Table des matières

ENC :.....	2
SPECIFIQUE :.....	2
I L'évaluation du profil alimentaire .....	3
I.1 Méthodes disponibles .....	3
I.2 Evaluation des apports alimentaires habituels en pratique clinique.....	4
I.3 Dépistage d'éventuels troubles du comportement alimentaire .....	4
I.4 Evaluation de l'activité physique .....	5
II Principes généraux des conseils nutritionnels .....	7
II.1 Choix des aliments .....	7
II.2 Rythme des prises alimentaires .....	7
III Prescription diététique dans des situations cliniques courantes .....	9

### OBJECTIFS

ENC :

- Item 179 : Prescrire un régime diététique en fonction de la pathologie et du contexte clinique.
- Item 129 bis : Diagnostiquer les principales dyslipidémies primitives et secondaires.  
- Connaître les recommandations pour la prise en charge des dyslipidémies.

SPECIFIQUE :

- Evaluer le profil alimentaire d'une personne, et rechercher des troubles du comportement alimentaire.
- Réaliser une prescription diététique pour les pathologies courantes.
- D'adapter votre conseil nutritionnel (ayant pour objet des changements de comportements concernant l'alimentation et l'activité physique) aux possibilités de la personne.

La prescription médicale diététique est un acte médical thérapeutique qui implique la responsabilité médico-légale du prescripteur.

La démarche repose sur 3 étapes : évaluer le profil alimentaire du patient et identifier les troubles du comportement alimentaire susceptibles de faire obstacle aux changements envisagés ; établir un programme alimentaire avec des objectifs précis définis de façon consensuelle avec le patient ; accompagner le patient pour évaluer les difficultés induites, réajuster éventuellement les objectifs en fonction de ses difficultés, et soutenir la persistance des modifications alimentaires engagées.

L'activité physique fait partie de la prise en charge nutritionnelle, en complément de la prise en charge diététique, quel que soit le type de régime.

## **I L'ÉVALUATION DU PROFIL ALIMENTAIRE**

---

### **I.1 MÉTHODES DISPONIBLES**

- **Les enregistrements alimentaires**

Le sujet note les aliments et boissons consommés ± leurs quantités sur une période donnée (ex : le semainier est un enregistrement sur 7 jours). Le fait de noter les aliments de façon prospective peut influencer la qualité du recueil alimentaire.

- **Le rappel de 24 heures**

Recueil des aliments et boissons consommés pendant les 24 heures précédentes. Cette méthode est rapide car rétrospective mais elle comporte un risque de biais de mémorisation et présente une forte variabilité intra-individuelle (nécessité d'utiliser plusieurs rappels/sujet).

- **Les questionnaires de fréquence de consommation**

Recueil de la fréquence habituelle de consommation de chaque aliment à partir d'une liste pré-établie. Ils sont intéressants quand on cherche à évaluer s'il existe une carence d'apports en un nutriment (ex : calcium)

- **L'histoire alimentaire**

L'histoire alimentaire consiste à estimer l'apport habituel sur une période donnée. Elle est basée sur un interrogatoire détaillé de l'alimentation habituelle du sujet, auquel s'ajoute parfois un rappel de 24 heures et un questionnaire de fréquences.

*En pratique, on demandera au patient d'indiquer sur une journée habituelle ce qu'il a consommé aux principaux repas et entre les repas (rappel des 24 heures simplifié). Le patient pourra également remplir un carnet alimentaire sur 7 jours (semainier) qu'il rapportera à la consultation suivante.*

## I.2 EVALUATION DES APPORTS ALIMENTAIRES HABITUELS EN PRATIQUE CLINIQUE

*Dans le cadre d'un suivi nutritionnel thérapeutique, il n'est pas nécessaire de chercher à obtenir une évaluation précise et chiffrée de l'alimentation.*

*Trois éléments doivent être évalués :*

### *a) la typologie alimentaire*

Le rappel des 24 heures et le carnet alimentaire peuvent être utilisés pour l'estimation des apports alimentaires en pratique clinique courante.

L'objectif n'est pas de calculer un niveau énergétique mais de préciser :

- Le type d'aliments consommés : les boissons bues habituellement
- Les quantités approximatives via des questions simples : taille des assiettes, achats de matières grasses ou nombre de parts d'aliments en portions standardisées (œufs, tranches de jambon)

### *b) les circonstances des prises alimentaires*

- Ambiance des repas : tranquille ou stressante, centrée sur le repas et les échanges relationnels ou parasitée par la télévision ...
- Situation de travail ou d'inactivité, consommation individuelle ou collective ...
- Emotion, colère ennui

### *c) la motivation du patient à modifier ses habitudes alimentaires :*

Si celle-ci est faible, il est inutile et contre-productif de lui proposer de modifier d'emblée son alimentation. Il faudra en priorité l'amener à prendre conscience des enjeux pour sa santé sans le culpabiliser ni l'angoisser, et lui permettre d'entrevoir un projet de changement qui puisse lui convenir, à travers des entretiens de soutien motivationnel.

## I.3 DÉPISTAGE D'ÉVENTUELS TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE

ils sont fréquents (50 % des patients obèses) mais non systématiques. Ils sont sous-tendus par des problématiques psychologiques/relationnelles dont les patients n'ont pas conscience du lien avec leurs troubles alimentaires.

Il faut systématiquement poser la question quand à la présence d'envies irrésistibles (échappant à la volonté de la personne) de manger en dehors des repas de façon à dépister ces troubles alimentaires qui ne sont pas spontanément exprimés par les patients.

*Les principaux troubles du comportement alimentaires extra-prandiaux avec perte de contrôle sont les suivants :*

- **compulsions (craving)** : consommation soudaine, impulsive d'un aliment donné
- **accès boulimiques (binge eating)** : consommation soudaine, impulsive d'aliments avec perte de maîtrise (ingestion avec avidité et/ou de grandes quantités et/ou sans sélection du type d'aliments) ± conduites purgatives (vomissements, diurétiques / laxatifs, activité physique)

Ces troubles peuvent être induits par des modifications alimentaires contraignantes/frustrantes, et vont à l'encontre des objectifs recherchés lors de ces modifications. Il faut donc savoir assouplir les contraintes alimentaires parfois auto-imposées par les patients en levant certains interdits (ex : arrêt des aliments sucrés chez le diabétique) pour diminuer le risque d'impulsivité alimentaire. Ils se distinguent des grignotages qui correspondent à une consommation répétée sans faim de petites quantités d'aliments directement accessibles, et qui n'échappent pas au contrôle de la volonté (et sont non culpabilisants).

*Chez les obèses, lorsque l'évaluation du comportement alimentaire conduit à des apports manifestement sous-estimés il faut évoquer un déni de prises alimentaires incontrôlées liées à des éléments d'ordre émotionnel : solitude, colère tristesse...*

#### **I.4 EVALUATION DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE**

Dans la plupart des cas, le conseil nutritionnel ne concerne pas seulement l'alimentation mais s'accompagne de recommandations pour l'activité physique. Il est donc nécessaire de préciser

a) l'activité physique :

- professionnelle
- quotidienne
- de loisir

b) le niveau de sédentarité : temps passé devant un écran

c) les obstacles à l'activité physique :

- Handicap, douleurs articulaires
- Problème de temps
- Obstacles financiers

## II PRINCIPES GÉNÉRAUX DES CONSEILS NUTRITIONNELS

---

Les conseils doivent être simples et pratiques, s'appuyer sur les habitudes du patient, sur sa motivation au changement. Plutôt que de donner un catalogue très précis, il vaut mieux fixer avec le patients des objectifs adaptés à ses capacités, donc progressifs et réajustés régulièrement selon leur intégration par le patient.

Une approche relationnelle empathique soutenante permettant l'expression par le patient de ses difficultés sans peur du jugement, et un accompagnement dans la mise en place des changements, ainsi que l'adaptation de ceux-ci aux différentes situations de vie, sont les meilleurs garants de la persistance des modifications comportementales en terme d'alimentation et d'activité physique.

### II.1 CHOIX DES ALIMENTS

- **Diversifier l'alimentation**

Correspond à la consommation quotidienne de chacune des grandes catégories d'aliments : produits céréaliers-légumineuses, fruits-légumes, produits laitiers, viandes-poissons-œufs, matières grasses, sucres et produits sucrés.

- **Ajuster les fréquences de consommation de certains aliments**

Aucun aliment n'est mauvais en lui-même pour l'équilibre alimentaire ou la santé, c'est la fréquence de sa consommation qui peut entraîner à terme un effet délétère sur l'état de santé. Les repères de consommation des différents aliments tels que définis par le Programme National Nutrition Santé (PNNS) pour obtenir un équilibre alimentaire sont présentés dans le tableau ci-dessous.

- **Savoir lire l'étiquetage nutritionnel**

Il faut orienter le patient en fonction du but rechercher et lui conseiller des valeurs limites (exemple moins de 4 G lipides par pot dans les laitages pour limiter l'apport énergétique, moins de 100mg de Na par litre d'eau minérale pour limiter l'apport sodé...)

### II.2 RYTHME DES PRISES ALIMENTAIRES

Le rythme propre des prises du patient doit être respecté.

Il faut néanmoins garder en mémoire quelques règles :

- Ne pas prolonger trop le jeûne nocturne, si le patient n'a pas faim au lever lui proposer de manger un peu plus tard dans la matinée.
- Eviter de manger lors d'autres activités notamment devant la télévision

## Repères de consommation (correspondant aux objectifs du PNNS)

<b>Fruits et légumes</b>	au moins 5 par jour	-à chaque repas et en cas de petit creux -crus, cuits, nature ou préparés -frais, surgelés, ou en conserve
<b>Pains, céréales, pommes de terre et légumes secs</b>	à chaque repas, et selon appétit	-favoriser les aliments céréaliers complets ou le pain complet -privilégier la variété
<b>Lait et produits laitiers (yaourts, fromages)</b>	3 par jour	-privilégier la variété -privilégier les fromages les plus riches en calcium, les moins gras et les moins salés
<b>Viandes et volailles, produits de la pêche, oeufs</b>	1 à 2 fois par jour	-en quantité inférieure à celle de l'accompagnement -viande : privilégier la variété des espèces et les morceaux les moins gras -poisson : au moins 2 fois par semaine
<b>Matières grasses ajoutées</b>	limiter la consommation	-privilégier les matières grasses végétales (huile d'olive, de colza...) -favoriser la variété -limiter les graisses d'origine animale (beurre, crème...)
<b>Produits sucrés</b>	limiter la consommation	-attention aux boissons sucrées -attention aux aliments gras et sucrés à la fois (pâtisseries, crèmes dessert, chocolat, glaces ...)
<b>Boissons</b>	de l'eau à volonté	-au cours et en dehors des repas -limiter les boissons sucrées (privilégier les boissons light) -boissons alcoolisées : ne pas dépasser par jour, 2 verres de vin (de 10cl) pour les femmes et 3 pour les hommes. 2 verres de vin sont équivalents à 2 demis de bière ou 6cl d'alcool fort.
<b>Sel</b>	limiter la consommation	-préférer le sel iodé -ne pas resaler avant de goûter -réduire l'ajout de sel dans les eaux de cuisson -limiter les fromages et les charcuteries les plus salés et les produits apéritifs salés
<b>Activité physique</b>	au moins l'équivalent d'1/2 heure de	-à intégrer dans la vie quotidienne (marcher, monter les escaliers, faire du vélo...)

	marche rapide par jour	
--	---------------------------	--

*S'il est recommandé de limiter la prise de certains aliments, il n'est pas question d'en interdire la consommation. De temps en temps, on peut s'offrir un petit plaisir.*

### III PRESCRIPTION DIÉTÉTIQUE DANS DES SITUATIONS CLINIQUES COURANTES

---

- **Obésité :**

- diminuer les apports énergétiques en : « restructurant » si besoin l'alimentation, et en limitant la consommation d'aliments à densité énergétique élevée (lipides, alcool) et en promouvant ceux qui vont procurer des sensations de satiété, soit par le volume (fruits légumes, soupe, féculents,) soit par leur composition : (aliments riches en protéines)
- dépister et prendre en charge les troubles du comportement alimentaire
- promouvoir l'activité physique en proposant au patient des solutions pratiques qui répondent à ses aspirations. Là encore il faut tenir compte des aptitudes et de la motivation du patient, et fixer des objectifs progressivement croissants, en sachant que pour le maintien du poids après amaigrissement il est recommandé une moyenne d'1 heure d'activité physique par jour

- **Diabète de type 2 :**

- les mesures sont les mêmes que pour l'obésité
- afin d'éviter les pics hyperglycémiques post-prandiaux, on vise à répartir les apports glucidiques en tenant compte de l'effet hyperglycémiant des aliments évalué par l'index glycémique
- chez le diabétique ayant un traitement stimulant l'insulinosécrétion et/ou insuliné, il faut veiller à ce que ses apports glucidiques soient similaires d'un jour à l'autre pour chacun des repas ; cependant, l'autoadaptation thérapeutique peut permettre une certaine souplesse en compensant l'effet attendu des variations des apports glucidiques (principe de l'insulinothérapie fonctionnelle)

- **Dyslipidémies :**

- Hypercholestérolémie :**

- limiter l'apport lipidique, notamment en réduisant la consommation d'acides gras saturés (acide palmitique)
- favoriser la consommation de fruits et légumes et de poisson
- corriger l'excès de consommation des aliments riches en cholestérol

- conseiller l'utilisation de margarine riche en phytostérols (proactiv)
- traitement des autres facteurs de risque
- promouvoir l'activité physique

**-Hypertriglycéridémie :**

- corriger l'excès de consommation de glucides simples, et d'alcool
- valoriser les lipides riches en acides gras monoinsaturés et oméga-3 (huile de colza...)
- corriger le surpoids
- traiter les autres facteurs de risque
- promouvoir l'activité physique

- **Affections cardiovasculaires :**

**-Hypertension artérielle :**

- seulement 45% des hypertendus sont répondeurs à une restriction sodée
- corriger les apports excessifs chez le normotendu
- diminuer les apports sodés à environ 6 g de sel en cas d'HTA
- traitement des autres facteurs de risque
- corriger le surpoids
- promouvoir l'activité physique

**-Insuffisance cardiaque :**

- diminuer les apports sodés en fonction de la gravité et de la chronicité de l'insuffisance cardiaque
- restriction hydrique possible en cas d'insuffisance cardiaque globale avec tableau oedémateux périphérique
- prévenir/traiter la dénutrition
- limiter les apports d'alcool

**-Infarctus du myocarde :**

- normaliser les apports sodés, voire les diminuer en cas d'insuffisance cardiaque
- corriger l'excès d'apport lipidique, notamment en réduisant la consommation d'acides gras saturés
- valoriser les lipides riches en acides gras monoinsaturés et les oméga-3 (huile de colza...)
- traitement des autres facteurs de risque

- **Insuffisance respiratoire chronique :**

- attention à la dénutrition qui aggrave la fonction respiratoire (amyotrophie et diminution de la capacité fonctionnelle respiratoire) et favorise les surinfections
- diminuer les apports glucidiques au profit des apports lipido-protéiques

- **Affections rénales :**

**-protéinurie/ syndrome néphrotique :**

- restriction sodée si oedèmes, sinon corriger uniquement les apports excessifs
- limiter les apports protidiques à 0.8g/kg/j (en cas de surpoids, calculer les apports en fonction du poids correspondant à un IMC de 25kg/m<sup>2</sup>)
- limiter les acides gras saturés et augmenter les monoinsaturés, diminuer les glucides simples (risque de dyslipidémie secondaire qui contribue à l'aggravation de la pathologie rénale)
- traitement diététique du diabète et/ou du surpoids associé
- supplémentation en calcium et vitamine D

**Insuffisance rénale chronique (avant le stade de l'épuration extra-rénale) :**

- apport contrôlé en sodium (adapté aux possibilités rénales d'excrétion) et en eau (surveillance du poids et de la natrémie)
- limiter les apports protidiques à 0.8g/kg/j tout en maintenant des apports énergétiques élevés et en effectuant un suivi nutritionnel rigoureux.
- prévention de la dénutrition protéique (impact pronostic majeur sur la mortalité). Si hypoalbuminémie, augmenter les apports protidiques, et dialyser si nécessaire.
- augmenter les apports vitamino-calciques

- **Lithiases urinaires récidivantes:**

**-quelle que soit leur origine, induire une diurèse forcée (> 2 l/j) par la prise de boissons abondantes faiblement minéralisées**

**-il faut toujours en présence d'une lithiase urinaire, veiller à corriger les déséquilibres alimentaires.**

Effets de l'alimentation sur les facteurs de risque lithogène :

- la calciurie est : augmentée par les protéines animales, les sucres raffinés, le sel ; diminuée par les fibres (qui limitent l'absorption intestinale)
- les protéines animales diminuent la citraturie (qui est, avec le magnésium, un inhibiteur de la cristallisation) et le PH urinaire
- l'acide urique favorise la cristallisation

**-lithiase urique :**

- alcaliniser les urines (pH : 6.5-7) afin de faciliter l'élimination de l'acide urique sous forme d'urates alcalins solubles. Les aliments acidifiants sont d'origine animale, et les aliments alcalinisants sont d'origine végétale (fruits et légumes, mais pas les céréales) et lactée. Eau bicarbonatée (Vichy) ou Alcaphor (chez hypertendu)
- éviter l'ingestion d'aliments riches en acide urique et en bases puriques (anchois, sardines,

abats, gibiers)

- diminuer les lipides, et éviter l'excès de protides
- associer ces mesures à la prise d'allopurinol

***-lithiase oxalo-calcique :***

- le régime appauvri en acide oxalique est de peu d'intérêt, puisque seule une faible partie des oxalates ingérés est excrétée dans l'urine (aliments riches en acide oxalique : betterave rouge, épinard, oseille, rhubarbe, asperge, figue sèche, chocolat, thé, café, cacahuètes, noix de pécan, bière, vin blanc)
- corriger l'excès de glucides qui augmente la production d'acide oxalique
- une hypercalciurie est présente dans 40% des cas (les aliments riches en oxalate augmentent l'absorption intestinale du calcium)

***-lithiase calcique (80-90% des lithiases) :***

- le régime acidifiant antérieurement préconisé est de peu d'intérêt
- en cas d'hypercalciurie par hyperabsorption du calcium alimentaire, il faut augmenter les apports hydriques (diurèse forcée) et diminuer les apports calciques
- petites doses de thiazidiques
- diminuer également l'apport en sodium (corrélation positive entre natriurie et calciurie)
- éventuellement apport de phosphore (Phosphoneuros)

- ***Affections rhumatologiques (ostéoporose ; goutte) :***

***-ostéoporose :***

- augmentation des apports vitamino-calciques
- prévention/traitement de la dénutrition protéique
- arrêt du tabac et limitation de l'alcool

***-goutte :***

- la place de la diétothérapie dans le traitement de la goutte a été fortement réduite par l'apparition de médicaments qui diminuent la synthèse d'acide urique ou augmentent son élimination urinaire
- la diétothérapie a 3 objectifs :
  - 1) augmentation de la diurèse
  - 2) traiter les désordres métaboliques auxquels l'hyperuricémie est fréquemment associée (obésité, diabète, dyslipidémies)
  - 3) éviter les crises de goutte en supprimant les aliments dits phlogogènes : limiter les boissons alcoolisées et les protéines d'origine animale ; fortement limiter les aliments suivants : anchois, sardines, abats, gibier, asperges, oseille

- *Affections digestives :*

*-reflux gastro-oesophagien (RGO) :*

- le traitement médicamenteux est au premier plan (antisécrétoires gastriques) ; cependant, les conseils diététiques sont utiles dans les formes modérées au long cours, et sont significatifs quant à la qualité de vie et le recours aux médicaments
- limiter la consommation d'alcool et stopper le tabagisme
- limiter l'apport en matières grasses et éviter les repas abondants
- éviter l'excès de chocolat et de café
- traitement du surpoids

*-ulcère gastro-duodéal :*

- aucun régime ; suppression du tabac

*-troubles fonctionnels post-chirurgie gastrique :*

- vidange gastrique ralentie : fractionnement des repas ; réduction des fibres et des lipides
- vidange gastrique accélérée : diminution des sucres d'absorption rapide ; réduction des boissons au cours des repas ; fractionnement des repas ; mastication longue ; augmentation des fibres (pectine)
- si gastrectomie totale ou subtotal : apport de vitamine B12 par voie IM, 1 fois par mois, en plus des recommandations motivées par l'accélération de la vidange gastrique

*-hépatite virale chronique :*

- suppression des boissons alcoolisées
- alimentation équilibrée sans exclusion
- éviter ou traiter la surcharge pondérale
- adaptation des traitements médicamenteux selon fonction hépatique

*-hépatite aiguë :*

- suppression des boissons alcoolisées
- alimentation équilibrée, adaptée au degré d'anorexie

*-hépatopathie alcoolique :*

- arrêt complet et définitif des boissons alcoolisées
- maintenir un apport nutritionnel suffisant, notamment en protéines, en l'absence d'encéphalopathie
- au stade de cirrhose : régime pauvre en sodium apportant environ 3 à 4 g de sel/j (pas de régime sans sel strict) ; pas de restriction hydrique
- en cas d'encéphalopathie hépatique spontanée et récidivante, réduction des apports protidiques si le lactulose est insuffisant
- supplémentation en zinc et sélénium conseillée (dès le stade d'alcoolodépendance)

***-pancréatite chronique calcifiante :***

- en général due à la consommation d'alcool qu'il faut supprimer totalement et définitivement (pas d'effet seuil)
- attention à la dénutrition
- limitation des apports lipidiques uniquement au moment des poussées, et associer omothérapie substitutive (eurobiol, créon)

***-maladie coeliaque :***

- éviction des aliments contenant du gluten (notamment céréales : blé, seigle, orge)
- nécessite absolument le recours à une diététicienne
- contraignant, et cher (depuis 1996, une partie du coût des produits diététiques est prise en charge)

***-troubles fonctionnels digestifs :***

- rôle de facteurs alimentaires dans la pathogénie des troubles
- intolérance au lactose peu souvent en cause
- rôle possible des glucides peu absorbables (sucres-alcools ; celluloses modifiées ; polydextrose ; sorbitol ...)
- éviter boissons gazeuses, pain de mie, croissants et légumes secs en cas de ballonnement, aérophagie et flatulences
- supplémentation en fibres si constipation

***-maladie diverticulaire :***

- la diverticulose colique ne nécessite aucun régime ; seul un régime pauvre en résidus est requis en cas de diverticulite