

Connaissances

**Interventions en nutrition
et activité physique**

Item 246 – UE 8 – Prévention primaire par la nutrition chez l'adulte et l'enfant

- I. Lien entre nutrition et santé
- II. Promotion d'un mode de vie favorable à la santé
- III. Expliquer les différents types d'activité physique, les évaluer

Objectifs pédagogiques

- Connaître les effets de l'alimentation et de l'activité physique sur la santé des populations.
- Argumenter la promotion d'une alimentation équilibrée (définition, modalités, soutien motivationnel).
- Expliquer les différents types d'activité physique, les évaluer.

La prévention selon la définition de l'OMS de 1948 est l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps. On distingue trois types de prévention dont les enjeux sont les suivants :

- avant l'apparition de la maladie, la « **prévention primaire** » : elle cible les conduites individuelles à risque, et les risques en termes environnementaux ou sociétaux (ex. : vaccination, informations sur la sexualité) ;
- au tout début de la maladie, la « **prévention secondaire** » : elle recouvre les actes destinés à agir au tout début de l'apparition du trouble ou de la pathologie afin de s'opposer à son évolution ou encore faire disparaître les facteurs de risque de complications/comorbidités (ex. : dépistage d'une maladie, d'un facteur de risque) ;
- une fois la maladie installée, la « **prévention tertiaire** » : elle contribue à diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récives dans une population et de réduire les complications, invalidités ou rechutes consécutives à la maladie ; donc d'amoindrir les effets et séquelles d'une pathologie ou de son traitement. Elle vise par ailleurs la réadaptation du malade, sous la triple dimension du médical, du social et du psychologique.

La **promotion de la santé** selon la Charte d'Ottawa (1986) est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci. Cette démarche relève d'un concept définissant la « santé » comme la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie ; il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques. Ainsi donc, la promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur sanitaire : elle dépasse les modes de vie sains pour viser le bien-être.

Le médecin qui ne prend pas en compte les contraintes induites chez le patient par ses préconisations est dans une approche contraire à ce concept de **santé globale** (bien-être physique, psychique et social) qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.

I. Lien entre nutrition et santé

A. Alimentation et santé

Le lien entre un certain nombre de maladies et l'alimentation est bien démontré, plus particulièrement pour certaines pathologies dont la prévalence a augmenté ces dernières années. Les maladies dont le lien avec la nutrition (alimentation et activité physique) a été le plus clairement démontré sont :

- l'obésité ;
- l'hypertension artérielle ;
- le diabète de type 2 ;
- les maladies cardiovasculaires ;
- les cancers, tout particulièrement le cancer colorectal, les cancers des voies aérodigestives et le cancer du sein.

Le lien de ces différentes pathologies avec l'alimentation est à la fois, indirect par leur relation avec l'obésité, et direct, lié aux éléments constitutifs de certains aliments. C'est ainsi qu'une alimentation riche en fruits et légumes a un effet protecteur vis-à-vis des cancers par l'apport en composants antioxydants, et, plus particulièrement, du cancer colorectal par l'apport de fibres.

4

B. Activité physique et santé

1. Définitions

Trois notions doivent être définies : activité physique (pour laquelle il existe une définition internationale reconnue), inactivité physique et sédentarité.

- Selon la définition de l'OMS, l'**activité physique** correspond à tout mouvement produit par les muscles squelettiques, responsable d'une augmentation de la dépense énergétique au-dessus de la valeur de repos.
- L'**inactivité physique** correspond au fait de réaliser moins de 30 minutes d'activité physique par jour (qu'elle soit modérée à intense).
- Le comportement **sédentaire** correspond à un ensemble de comportements au cours desquels la position assise ou couchée est dominante et la dépense énergétique est faible, voire très faible (travailler sur ordinateur, lire, conduire, regarder la télévision...).

L'activité physique et les comportements sédentaires sont considérés comme deux dimensions indépendantes. En effet, un sujet peut être à la fois sédentaire et actif : pratique d'un sport 3 fois par semaine et le reste du temps : télévision, ordinateur, jeux vidéo, voiture et travail de bureau.

2. Effets de l'activité physique et de la sédentarité

Un faible niveau d'activité physique est associé à une augmentation du risque de :

- mortalité totale et cardiovasculaire ;
- morbidité coronarienne ;
- diabète de type 2 ;
- hypertension artérielle ;
- cancers : côlon et sein ;
- troubles psychologiques : anxiété, dépression.

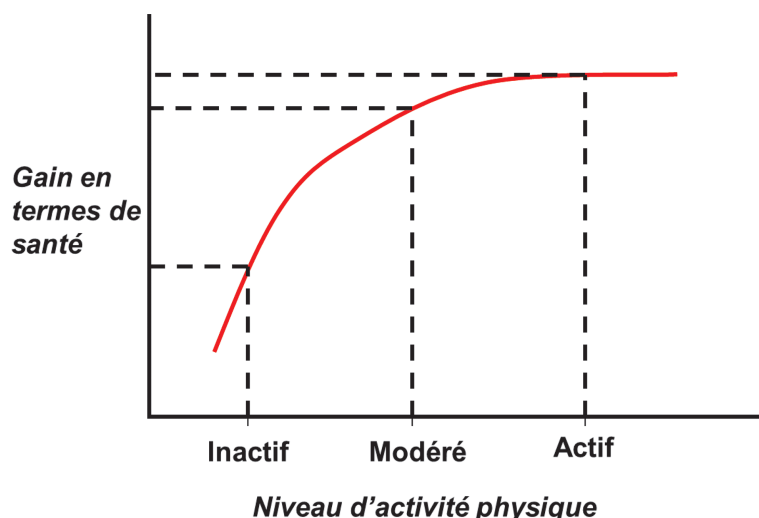


Fig. 1.1. Courbe dose-réponse de la relation entre le niveau habituel d'activité physique et le gain en termes de santé.

L'activité physique a un rôle de prévention de l'obésité notamment chez l'enfant, mais l'effet sur la perte de poids est modeste chez le sujet atteint d'obésité. Elle contribue également à la prévention de la perte d'autonomie chez le sujet âgé.

L'entraînement en endurance permet de maintenir ou d'améliorer les paramètres cardiovasculaires et métaboliques. Le renforcement musculaire (exercices de force) permet, lui, de prévenir la **sarcopénie** et de renforcer la densité minérale osseuse.

La relation observée entre la quantité d'activité pratiquée et le gain en termes de santé suit une courbe curvilinéaire (fig. 1.1).

Le gain observé le plus important est pour les sujets inactifs devenant au moins modérément actifs (au moins 30 minutes d'activité physique d'intensité modérée 5 fois par semaine).

Les effets bénéfiques cardiovasculaires de l'activité physique seraient plus liés à la quantité quotidienne qu'à son intensité.

La durée de **sédentarité** (temps passé assis sans bouger) semble également un élément important à considérer en termes de prévention et des mesures simples destinées à fragmenter le temps de sédentarité (ex. : pause de quelques minutes pour marcher...) sont intéressantes à promouvoir. Lors d'un alitement permanent, la fonte musculaire est précoce et rapide.

II. Promotion d'un mode de vie favorable à la santé

Tout médecin est amené à agir à des degrés divers sur les trois dimensions de la prévention dans son exercice clinique quotidien, et à promouvoir la santé des personnes atteintes ou non de pathologie(s) chronique(s), notamment *via* l'alimentation et l'activité physique, sans que cela passe obligatoirement par un « régime diététique ».

Au-delà de ces dimensions, le médecin devra, toujours dans une démarche de prévention :

- aider si besoin la personne à mieux gérer son stress, ses difficultés de vie et/ou à travailler sur son « écologie personnelle » ;
- l'alerter sur l'importance :
 - de tenir compte de ses différents besoins en : se fixant des limites, s'accordant des espaces de détente, un temps de sommeil suffisant,
 - de renforcer ses compétences psychosociales : savoir dire non, défendre ses besoins auprès des autres, se constituer un espace pour soi...

Savoir comment s'y prendre (objectifs et approche) pour promouvoir la santé des personnes qu'il accompagne est donc essentiel pour le futur médecin quel que soit son exercice professionnel.

A. Promouvoir une alimentation équilibrée

Une alimentation équilibrée est une alimentation permettant d'éviter les carences ou excès délétères pour la santé. Elle concerne donc à la fois les aspects qualitatifs et quantitatifs.

Sur le plan qualitatif, le Programme National Nutrition Santé (PNNS) propose les repères suivants :

- fruits et légumes : au moins 5 par jour ;
- produits laitiers : 3 par jour (3 ou 4 pour les enfants ou les adolescents) ;
- féculents : à chaque repas et selon l'appétit ;
- viandes, poissons, œufs : 1 à 2 fois par jour ;
- matières grasses : à limiter (privilégier les matières grasses végétales) ;
- produits sucrés : à limiter ;
- sel : à limiter ;
- eau : à volonté pendant et entre les repas.

À noter que le PNNS préconise également une activité physique d'au moins l'équivalent de 30 minutes de marche rapide par jour pour les adultes (au moins 1 heure pour les enfants et les adolescents). La marche rapide correspond à une activité d'intensité modérée, définie comme une activité s'accompagnant d'une accélération de la respiration sans que l'individu ne transpire obligatoirement ou de façon subjective. Suivre les recommandations du PNNS est associé à une réduction du risque de mortalité de 30 %.

Chez le jeune enfant, pour lutter contre la **néophobie alimentaire** et ainsi favoriser une alimentation diversifiée à l'âge adulte, il est nécessaire de l'habituer à consommer les différents aliments (notamment les légumes et les fruits) avant l'âge de 2 ans. La néophobie, notamment par rapport à certains aliments de saveur amère (légumes) est un processus physiologique qui ne doit pas faire l'objet d'un « forcing ». Les parents doivent simplement demander à leur enfant de goûter au moins l'aliment, lui représenter ultérieurement à plusieurs reprises sous une forme variée et dans la mesure du possible l'impliquer leur dans l'élaboration des préparations culinaires contenant cet aliment.

Sur le plan quantitatif, pour favoriser une bonne adéquation entre les apports et les besoins énergétiques d'une personne, il faut conseiller à la personne de :

- se baser sur ses **signaux alimentaires internes** (faim, rassasiement), c'est-à-dire d'arrêter de manger quand la sensation de faim a disparu et non quand l'estomac est tendu. Pour un enfant, on conseillera de ne pas l'obliger systématiquement à finir son assiette ;
- éviter les restrictions alimentaires (sources de frustration et de compensations secondaires) ;
- prendre le temps de manger dans une ambiance sereine en veillant à un temps de mastication suffisant (dans l'écoute des sensations alimentaires).

B. Comment promouvoir un comportement favorable à la santé ?

La motivation correspond à la probabilité qu'une personne va débiter, poursuivre et adhérer à une stratégie de changement. Elle résulte de facteurs conscients et inconscients déterminant les actions de l'individu, et est différente de la volonté et du courage.

La motivation personnelle (**motivation intrinsèque**) est le préalable à toute démarche de changement.

La **motivation extrinsèque** induite par les pressions extérieures (famille, médecin,...) n'est pas suffisante pour engager et encore moins maintenir un changement.

Amener la personne à s'engager dans des modifications de son mode de vie alors qu'elle n'y est pas réellement prête est donc la garantie d'un échec rapide. Le processus de changement de comportement(s) nécessite du temps et un accompagnement pour s'inscrire durablement dans la vie d'une personne.

Une absence de motivation pour modifier son ou ses comportements peut s'expliquer par les éléments suivants :

- absence de conscience des enjeux de santé et des déterminants des comportements à modifier ;
- **déni** des conséquences potentielles des comportements actuels (le déni est une conduite d'évitement servant à se protéger des angoisses et/ou jugements négatifs). La menace de complications, génératrice d'angoisse, n'est donc pas un élément mobilisateur pertinent pour amener les patients à changer leur(s) comportement(s) ;
- appréhension des contraintes/frustrations que la démarche de changement pourrait induire (balance bénéfices/inconvénients défavorable) ;
- faible sentiment d'**auto-efficacité** dans la mise en œuvre du changement ;
- absence d'**autodétermination** (fait de se sentir libre de ses propres choix et d'être à l'origine de ses comportements) de la personne quant au projet de changement.

Pour identifier dans la pratique clinique les différents freins ou obstacles au(x) changement(s) de comportement(s), se référer au chapitre 2.

Le soignant doit donc accepter de ne pas systématiquement fournir à son patient une réponse thérapeutique immédiate et être capable de réaliser d'abord un **travail motivationnel** afin de faire évoluer le patient vers une dynamique personnelle de promotion de sa santé.

Schématiquement, pour effectuer ce travail motivationnel sur le thème de l'équilibre alimentaire, il est conseillé de :

- déterminer quelle est la représentation de la personne quant à l'enjeu de santé concerné (comment elle considère la qualité de son alimentation ; quelles conséquences de l'alimentation sur la santé a-t-elle identifiées) et si besoin lui faire prendre conscience de l'impact négatif d'une alimentation peu diversifiée (non « équilibrée ») sur sa santé en veillant à ne pas générer un sentiment de stigmatisation/de jugement de ses comportements habituels ;
- identifier quelle est sa représentation du ou des changements nécessaires et de leurs impacts potentiels en termes de qualité de vie (contraintes/bénéfices), et si besoin rassurer sur :
 - les conséquences des changements induits par l'orientation vers une alimentation plus équilibrée : maintien du plaisir de manger, absence de nécessité d'une individualisation des repas, autres approches possibles en dehors du « tout ou rien »,
 - le respect de son libre arbitre : détermination en commun des objectifs (en acceptant que la personne décide de ne rien changer à court terme) ; absence de « forcing » au-delà de là où la personne souhaite aller en termes de changement(s),
 - l'aide à la mise en place de certains éléments (grâce à l'acquisition de compétences via des séances éducatives individuelles et/ou de groupe),
 - l'accompagnement dans la réalisation du changement et le réajustement des objectifs en fonction de ses difficultés,
 - l'absence de jugement négatif ;
- favoriser l'implication de l'entourage pour ne pas « isoler » la personne vis-à-vis de ses proches ;
- prendre en compte la situation alimentaire de la personne concernée, celle-ci étant fortement marquée par son histoire, sa culture et sa situation psychosociale.

Le meilleur moyen pour soutenir la motivation du patient une fois le projet de soins engagé, est d'entendre ses difficultés et de l'aider à ne pas aller trop vite, trop loin. Ce point est d'autant

plus important qu'il est souvent dans une logique du tout ou rien et dans une absence de temporalité et de hiérarchisation des enjeux. Cela est d'autant plus marqué dans les **populations socialement défavorisées** qui présentent :

- un faible **sentiment d'auto-efficacité** et une faible **estime de soi** : les sujets ne se sentent pas capables de réaliser les modifications attendues pour aller vers le comportement de santé qui de ce fait est rejeté. Cet obstacle trop souvent négligé peut être un des éléments de la non-réponse voire du rejet vis-à-vis des campagnes médiatiques ou des conseils qui prônent des comportements trop éloignés de leurs habitudes ;
- une **difficulté à se projeter dans l'avenir**, notamment en termes de santé en raison des difficultés immédiates de la vie. La relation avec la santé est plus vue à travers la maladie qui est perçue comme une fatalité sur laquelle le comportement individuel a peu de prise.

L'approche relationnelle à utiliser pour soutenir et accompagner un projet de changement chez une personne dans une démarche de promotion de la santé et/ou d'éducation thérapeutique :

- est basée sur l'empathie ;
- a recours à l'écoute active bienveillante qui laisse suffisamment d'espaces au patient pour l'expression de son point de vue, de ses représentations et de son ressenti ;
- et utilise largement les questions ouvertes et la technique de reformulation qui permet au patient de faire des liens et de s'assurer qu'il est bien compris dans ses difficultés par le soignant (cf. chapitre 2).

C. Les différents niveaux de promotion de la santé

Classiquement, les schémas d'action visant à améliorer les comportements de santé opposent l'approche populationnelle (en population générale) à l'approche ciblée (auprès de catégories particulières de la population ou d'individus).

8

1. Approche populationnelle

Elle regroupe une série de mesures destinées à l'ensemble de la population :

- *campagnes d'information* : ces campagnes ont un effet démontré sur les connaissances, sans réussir à modifier les comportements et surtout, elles n'atteignent pas ou peu les populations socialement défavorisées. Néanmoins le glissement progressif des concepts, de l'éducation pour la santé à la promotion de santé et maintenant au marketing social, permet d'améliorer l'efficacité des campagnes générales. Le marketing social est l'application des outils et des techniques du marketing commercial à des problématiques sociales ou environnementales ;
- *mesures visant à modifier l'environnement nutritionnel* :
 - législation sur l'étiquetage pour informer le consommateur,
 - taxation des produits gras, salés ou sucrés,
 - restriction de la publicité ;
- *mesures visant à promouvoir l'activité physique* :
 - développement de pistes cyclables,
 - amélioration de la marchabilité des villes.

2. Approche ciblée

- *Vers des populations à risque social* : actions ciblées sur des quartiers ou des écoles de quartiers défavorisés.
- *Vers des populations à risque* : ce sont notamment les patients en surpoids. C'est ici que les médecins ont un rôle majeur, que l'on néglige trop souvent, ils voient leurs patients

régulièrement, et sont les mieux placés pour les motiver au changement. Ces changements ne peuvent être obtenus et maintenus sans action sur l'environnement. Ils soulignent la nécessité d'une nouvelle approche de la médecine, moins individuelle, basée sur le travail en synergie avec les acteurs du social et du médico-social.

III. Expliquer les différents types d'activité physique, les évaluer

A. Expliquer les différents types d'activité physique

L'activité physique doit être différenciée du « sport » dont la représentation usuelle (tout au moins pour les personnes qui ne le pratiquent pas) est souvent assimilée à une source de contraintes. Elle doit être simplement définie comme le fait de mobiliser son corps, et présentée au-delà de ses effets positifs sur la santé (*cf. infra*), non pas comme un moyen de renforcer la dépense énergétique mais comme un élément promoteur :

- d'une réappropriation positive de son corps et de ses capacités;
- d'espace relationnel positif avec soi et les autres (soutien du lien social);
- du soulagement de certaines tensions (stress, agressivité...);
- du renforcement positif de l'humeur.

La promotion de l'activité physique nécessite la même approche éducative que la promotion de l'équilibre alimentaire.

Pour permettre à la personne d'identifier les différents types d'activité physique et le temps de sédentarité, on peut opter pour la caractérisation suivante :

- l'activité physique liée aux déplacements (trajets du domicile à l'école, au travail, lors des courses, montée des étages);
- l'activité physique liée à l'activité professionnelle (inclut les tâches ménagères);
- l'activité physique de loisirs (promenades, jardinage, bricolage, activités sportives encadrées ou non);
- le temps quotidien passé assis à un bureau ou devant un écran (la semaine et le week-end).

B. Évaluation du niveau habituel d'activité physique et de sédentarité

Le niveau habituel d'activité physique est défini dans ses trois composantes : déplacements (transports pour se rendre au travail ou à l'école...), professionnelle, de loisirs (sports, marche...); en précisant pour chaque activité la durée, l'intensité, la fréquence et le contexte de réalisation.

Le niveau de sédentarité est défini par le temps moyen passé assis (ou devant un écran) au quotidien.

Des outils (podomètre, semainier, mesure de la fréquence cardiaque, échelle visuelle analogique adaptée à différents paramètres tels que la dyspnée d'effort, les douleurs, la motivation...) peuvent servir à l'évaluation. Le podomètre ne sert pas qu'à atteindre un objectif de nombre de pas (en moyenne 30 minutes de marche en plus des activités habituelles correspondent à 10 000 pas par jour). Il aide surtout la personne à prendre conscience de son niveau d'activité physique spontanée et à identifier les situations qui lui permettent d'augmenter celle-ci de façon significative.

Les activités physiques et sportives antérieures seront questionnées pour déterminer le vécu de la personne face à ses activités et les raisons de leur interruption.

Au-delà des activités physiques et de la motivation de la personne (et des freins éventuels), il est intéressant d'identifier quels sont les centres d'intérêt de la personne et quelles autres activités de loisir elle a investi.

Les différentes approches de mesure de l'activité physique sont résumées dans le **tableau 1.1**. Chacune de ces méthodes permet d'évaluer des dimensions différentes de l'activité physique. Si la méthode considérée comme la référence est la calorimétrie indirecte, elle mesure uniquement la dépense énergétique liée à l'activité physique et non l'activité physique habituelle. Les questionnaires d'activité physique sont la méthode la plus répandue, reposant sur la déclaration d'activité physique des sujets. La VO_2 max mesure la capacité cardiorespiratoire du sujet, reflétant son aptitude aux sports d'endurance.

Tableau 1.1. Outils de mesure de l'activité physique.

Méthode	Paramètres mesurés
Calorimétrie indirecte	– VO_2, dépense énergétique totale – Dépense liée à l'activité = dépense totale – dépense de repos – Niveau d'activité physique = dépense totale/dépense de repos
Carnets, questionnaires	– Activité physique (type, intensité, durée, fréquence) – Dépense énergétique liée à l'activité (calculée)
Compteurs de mouvements	
Podomètre	– Nombre de pas, distance parcourue
Accéléromètre	– Activité et intensité sous forme d'accélération exprimée en « coups/min » en fonction du temps – Dépense énergétique liée à l'activité (calculée)
Marqueurs physiologiques	
Fréquence cardiaque	– Activité et intensité sous forme de battements/min en fonction du temps – VO_2 ou dépense énergétique liée à l'activité (calculée)

Points clés

- Alimentation et activité physique sont des facteurs environnementaux majeurs qui influencent la survenue des maladies les plus fréquentes : obésité, diabète de type 2, hypertension artérielle et autres maladies cardiovasculaires, cancers.
- La promotion d'un mode de vie favorable à la santé s'adresse à la population générale, à des populations socialement défavorisées et à des personnes en surpoids.
- La promotion d'un mode de vie favorable à la santé est basée sur l'application des repères du PNNS; elle comprend une évaluation de la prise alimentaire et du niveau habituel d'activité physique et de sédentarité, ainsi qu'un travail motivationnel systématique.