

RÔLE DES MÉDECINS DANS LA PRÉVENTION : IMPORTANCE DES CONSEILS NUTRITIONNELS

N° 200 | septembre 2019

Édito

Comme l'affirmait Hippocrate: « *Que ton aliment soit ta seule médecine.* »

Aujourd'hui, le lien entre nutrition, activité physique et santé est largement établi. L'amélioration du mode de vie permet de réduire les risques cardiovasculaires. La plupart des études épidémiologiques portant sur l'analyse des facteurs nutritionnels impliqués dans la prévention des maladies non transmissibles ont mis en évidence l'importance des fruits et légumes (F&L) pour prévenir et traiter le diabète de type 2 et l'obésité. L'Organisation mondiale de la Santé a également souligné la nécessité d'intégrer la « prescription » d'un régime équilibré et d'une activité physique aux consultations médicales.

Ce nouveau numéro confirme l'importance des médecins généralistes pour encourager leurs patients à changer leur mode de vie.

Dans les deux premiers articles, deux jeunes médecins généralistes partagent les résultats de leurs thèses, présentées au cours du Symposium Pré-EGEA 2018 (cf. GFVN n° 45) :

- Estelle Tang présente les difficultés potentielles de l'amélioration du mode de vie de patients souffrant d'une maladie cardiovasculaire, même si de nombreuses études ont clairement établi l'efficacité d'un programme de nutrition personnalisé en termes de prévention secondaire ou tertiaire. Un programme de suivi multidisciplinaire proposant un soutien permanent aux patients a entraîné une augmentation radicale de la consommation de F&L chez les $\frac{3}{4}$ d'entre eux. L'auteure a également mis en avant l'importance des entretiens motivationnels afin d'aider les patients à changer leurs habitudes.
- Dariny Rughoo aborde la nouvelle tendance des régimes végétarien/vegan. Les patients concernés étaient fortement demandeurs d'informations et de conseils nutritionnels auprès de leur médecin généraliste. Ce dernier ne semblait toutefois pas à l'aise face à leurs attentes, probablement en raison du manque de formation sur ce sujet particulièrement controversé. Il est donc important d'envisager d'intégrer au cursus de médecine une meilleure formation à la nutrition clinique, ou de mettre en place des programmes de formation continue dans ce domaine.

Autre sujet délicat : la stigmatisation, par les médecins des patients souffrant d'obésité. Ce phénomène est principalement dû à la croyance que chaque individu est maître de son poids, et que l'obésité n'est que la conséquence d'une alimentation de mauvaise qualité nutritionnelle et d'un manque d'activité physique. Cependant, de nombreuses études ont démontré que l'obésité est une véritable maladie. Une telle stigmatisation peut entraîner chez ces patients une perte de confiance en eux, une détérioration de leur image corporelle, une augmentation des troubles alimentaires, un rejet de toute activité physique, une dépression, ainsi qu'un refus de consulter un médecin alors qu'ils ont justement besoin de l'aide de ce dernier.

Sophie Bucher Della Torre présente une étude récente menée au sein de l'Hôpital universitaire de Genève. L'étude vise à évaluer les connaissances, attitudes et croyances du personnel médical/paramédical impliqué dans la prise en charge de l'obésité. Le niveau de stigmatisation au sein de cet hôpital était inférieur à celui observé lors d'études précédentes. Les professionnels de santé se sont toutefois plaints d'un manque de formation à la prise en charge de l'obésité. Pourtant, 80 % d'entre eux connaissaient les recommandations

nutritionnelles en termes de consommation de F&L.

En conclusion, les patients demandent et ont besoin d'un soutien objectif, d'informations et de conseils pratiques de la part de leur médecin généraliste, concernant leur mode de vie et leur alimentation. C'est la raison pour laquelle leur formation en nutrition clinique devrait être améliorée. Des connaissances approfondies et la pratique des entretiens motivationnels aideront les patients à changer leur mode de vie.

■ Dominique Durrer Schutz



septembre 2019

Freins et facteurs favorisant le changement de mode de vie des patients ayant une cardiopathie ischémique

Les cardiopathies ischémiques sont la 1^{ère} cause de mortalité au niveau mondial et en France (1, 2) et constituent le 1^{er} pôle de dépenses en soins médicaux en France (3). Vu les nombreuses complications de cette pathologie, il est nécessaire de prévenir sa survenue ou sa récurrence. Des changements de mode de vie tels que l'arrêt du tabac, une augmentation de la consommation quotidienne de fruits et légumes (au moins 5 portions par jour selon le PNNS), et une activité physique modérée semble avoir un rôle important dans la diminution du risque des cardiopathies ischémiques (4).

Cette étude qualitative a pour objectif principal de définir les contraintes auxquelles font face certains patients souffrant de cardiopathie ischémique pour suivre les recommandations hygiéno-diététiques. Son objectif secondaire serait d'adapter les pratiques en médecine préventive ambulatoire en termes de prévention secondaire et d'améliorer l'observance des règles hygiéno-diététiques chez ces patients.

Des entretiens ont été réalisés auprès de 14 patients ayant une cardiopathie ischémique et résidant dans la région Rhône-Alpes-Auvergne en France.

Les freins au changement du mode de vie

1/ Habitudes alimentaires culturelles

Le frein principal évoqué par la plupart des patients était le plaisir de manger, de fumer et de consommer l'alcool.

Tous les patients interrogés avaient un régime de type « occidental » défini par une consommation élevée de viande rouge, sucres, alcool, aliments transformés, et peu de fruits et légumes. De plus, ils étaient sédentaires à cause de l'urbanisation et le développement des technologies et loisirs tels que la télévision.

Certains patients ont souligné que les conseils diététiques fournis étaient difficiles à appliquer car ils ne prenaient pas en compte la dimension culturelle de leur régime alimentaire.

A contrario, les patients ayant de l'appétence pour les fruits et légumes, au-delà du régime occidental, ont réussi à améliorer plus facilement leurs habitudes alimentaires.

2/ Environnement social proche

Le changement du mode de vie a été plus simple pour les patients ayant des proches encourageants et non culpabilisants, contrairement aux autres.

3/ Connaissances des patients et suivi des recommandations

Les patients ayant une bonne connaissance des recommandations ont conscience de l'impact de l'alimentation sur la pathologie coronarienne et son risque de récurrence. Il a été facile pour eux de changer leur mode de vie, contrairement aux autres.

Certains ont souligné la difficulté à comprendre et à interpréter les messages sanitaires du PNNS. Associer ces messages aux publicités agro-alimentaires promouvant des aliments de mauvaise qualité nutritionnelle peut créer des confusions chez les patients.

4/ Manque de temps

Plusieurs patients ont évoqué le sentiment de manque de temps. Ceci représente un frein majeur à l'activité physique et la consommation de légumes, considérés comme des aliments plus difficiles/long à cuisiner.

La sédentarisation professionnelle croissante ainsi que les progrès technologiques (ex. télévision) provoquent ce sentiment de manque de temps, et limite la motivation pour l'activité physique et la cuisine considérés comme des tâches supplémentaires.

5/ Relation professionnel de santé-patient

Parmi les principaux freins, les patients ont souligné un manque d'accompagnement et d'explications. Etant donné que la consultation de médecine générale dure en moyenne 18 minutes (5), il semble difficile d'aborder plusieurs sujets dont celui du mode de vie. Le médecin devra encourager le patient à reprendre un prochain rendez-vous dédié aux questions hygiéno-diététiques.

6/ Facteurs physiopathologiques :

D'autres facteurs entrent en compte tels que les antécédents familiaux de pathologie cardiovasculaire, le vieillissement et ses conséquences (ménopause, pathologies rhumatologiques limitant l'activité physique...).

Quelles solutions ?

1/ Un suivi régulier multidisciplinaire afin d'avoir une réévaluation constante et maintenir les efforts à long terme. Une étude a montré une augmentation de la consommation en fruits et légumes chez 72% des patients ayant suivi un programme interventionnel basé sur l'accompagnement des patients par leur famille et une équipe multidisciplinaire contre 35% chez les autres (5).

2/ Motiver le patient via une approche centrée sur la personne : le médecin doit respecter le libre arbitre du patient tout en l'accompagnant. Trois qualités relationnelles sont nécessaires pour construire une relation de confiance : l'authenticité, l'empathie et le regard positif inconditionnel (6).

D'après : TANG E. Habitudes alimentaires et hygiène de vie des patients ayant une cardiopathie ischémique : Etude qualitative des freins et des facteurs favorisant le changement de mode de vie. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine. 2019.

Références

1. OMS. Les 10 principales causes de mortalité 2016 [En ligne]. 2018 [cité le 06/05/2018]. Disponible sur : <http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/thetop-10-causes-of-death>.
2. De Peretti C, et al. Disponible sur : http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2014/910/2014_9-10_3.html Institut de Veille Sanitaire Santé Publique France.
3. Heijink R, Renaud T. Disponible sur : <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes143.pdf>.
4. Yusuf S. et al. The Lancet, 2004. 364(9438) : 937-952.
5. Popeller AL, et al. Exercer. 2008; 80(1):56-7.
6. Rogers C. Éditions ESF ; 2016. p. 31-51.

Végétariens et végétaliens : quelles attentes de prise en charge au cabinet de médecine générale?

La prévention primaire en médecine vise à éviter l'apparition de maladies chroniques (maladies cardiovasculaires, obésité, diabète ou cancers). Il est démontré qu'une alimentation saine et variée joue un rôle dans la prévention¹. Elle occupe une place essentielle chez les français qui demandent souvent des conseils à leur médecin traitant².

Une phase de transition alimentaire vers le végétarisme*/ végétalisme**

A la fin du XX^{ème} siècle, la mise en évidence du lien entre les maladies cardiovasculaires et les cancers avec un apport excessif en graisses animales a permis d'actualiser les nouvelles recommandations qui visent désormais à réduire notre consommation de viande rouge et de charcuterie³.

De plus, en raison des crises sanitaires dans la filière de la viande (maladie de la vache folle en 1996), des conditions de vie et d'abattage des animaux^{4,5} ainsi que d'une prise de conscience écologique, la France a vu émerger le végétarisme et le végétalisme qui marquent une phase de transition alimentaire.

Afin de mieux comprendre ce phénomène, cette étude descriptive et qualitative a cherché à connaître les choix de vie, les attentes et questionnements des patients végétariens et végétaliens au cabinet de médecine générale.

Des entretiens semi-dirigés ont été réalisés auprès de 16 adultes : 10 végétariens et 6 végétaliens.

Motivations et convictions des végétariens/ végétaliens

Les principales motivations et convictions sont d'ordre éthique, environnemental et philosophique. L'entourage familial peut orienter certains vers ce changement alimentaire. D'autres raisons, comme la santé, le scandale sanitaire de la grippe aviaire, les raisons financières et le dégoût gustatif y contribuent.

Les difficultés rencontrées sont multiples et prédominent au sein de l'entourage familial, amical et professionnel.

Les premières sources d'information: internet

Internet reste la première source accessible pour les personnes, avant le médecin vers laquelle le patient se tourne en priorité pour trouver les informations dont il a besoin sur son régime.

14 patients ont abordé le sujet avec leur médecin. Ils ressentent globalement une réticence de sa part quand le sujet des régimes est évoqué, quel que soit le motif de consultation.

5 des 6 végétaliens abordent spontanément le fait de devoir prendre une supplémentation en vitamine B12 par crainte d'une carence mais aucune n'a été prescrite par un médecin...

Végétariens/végétaliens toujours demandeurs de conseils et de suivi médical

11 des 16 interviewés ont le sentiment d'un manque de connaissances du médecin sur leur régime. Cependant, ils se tourneraient vers lui s'ils percevaient une meilleure connaissance sur le sujet – ce qui confirme leur confiance envers le médecin traitant comme premier interlocuteur pour être conseillé.

Les attentes de ces patients sont nombreuses et portent sur des conseils nutritionnels dès leur transition alimentaire. Ils demandent un suivi médical, notamment un bilan biologique régulier pour dépister des carences selon les signes cliniques que le médecin devra prendre en compte.

Suite au changement de leurs habitudes alimentaires, ils se préoccupent de bien équilibrer leurs repas et de dépister certaines carences nutritionnelles.

Cependant, il nous semble que le médecin généraliste n'a pas encore trouvé sa place dans l'accompagnement des patients végétariens et végétaliens.

L'amélioration de cette prise en charge médicale nutritionnelle ne se fera qu'en tenant compte des attentes du patient : le respect de son choix de vie, un suivi médical avec des conseils nutritionnels adaptés et un bilan biologique personnalisé pour dépister les carences.

* régime alimentaire excluant toute chair animale (viande, poisson, crustacés et insectes)

** régime alimentaire plus restrictif excluant toute chair animale et toute consommation issue de l'exploitation animale notamment les produits laitiers, les œufs et le miel

Basé sur : RUGHOO D. Le choix de vie, les attentes et questionnements des patients végétariens et végétaliens : vers une meilleure prise en charge au cabinet de médecine générale ? Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine. 2019.

Références

1. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (France), Guilbert P, Escalon H, Union régionale des caisses d'assurance maladie (Franche-Comté), Comité départemental d'éducation pour la santé (Doubs), Institut agronomique méditerranéen (Montpellier). Baromètre santé nutrition 2002. Saint-Denis: Éd. INPES; 2004.
2. NUTRITION EN MEDECINE GENERALE : QUELLES REALITES ? Résultats de l'enquête SFMG réalisée en mars PDF [Internet]. [cité 12 oct 2018]. Disponible sur: <https://docplayer.fr/6188681-Nutrition-en-medecine-generale-queelles-realites-resultats-de-l-enquete-sfmg-realisee>
3. Recommandations relatives à l'alimentation, à l'activité physique et à la sédentarité pour les adultes / 2019 / Maladies chroniques et traumatismes / Rapports et synthèses / Publications et outils / Accueil [Internet]. [cité 24 janv 2019]. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-chroniques-et-traumatismes>
4. Rapport-Alimentation-HI-SITE.pdf [Internet]. [cité 9 nov 2018]. Disponible sur: <http://harris-interactive.fr/wp-content/uploads/sites/6/2017/02/Rapport-Alimentation-HI-SITE.pdf>
5. Lecerf J-M. Végétariens et végétarisme : contextes historique et psychologique. Médecine & Nutrition. 2003;39(4):153?7.

Importance de la formation dans la prise en charge de l'obésité : une étude dans un hôpital universitaire de Genève

Les individus en surpoids ou obèses sont victimes de discriminations dans le domaine de l'éducation, des médias, de l'emploi ou de la santé¹. Même certains personnels de santé (PS) avouent avoir des préjugés envers ces sujets¹. Cela peut avoir de graves conséquences psychologiques, médicales et sociales². Les personnes obèses qui ont subi des moqueries, voire des violences, en raison de leur surpoids, présentent un risque accru de dépression, de manque de confiance en eux, de mauvaise image de leur corps, de stress et de troubles psychiatriques^{3,4}. Globalement, la discrimination liée au poids altère la qualité de vie des personnes qui en sont victimes⁵, et peut favoriser la survenue de troubles alimentaires comme l'hyperphagie boulimique et/ou le rejet de toute activité physique, ce qui renforce le cercle vicieux chez les obèses⁶⁻⁸.

Transmettre des messages cohérents et éviter la stigmatisation

Malgré leur rôle crucial dans la prévention et le traitement du surpoids, certains PS ressentent un manque de compétences pour prendre en charge les patients obèses, et doutent de l'efficacité à long terme de leurs actions^{9, 10}.

Une première étape serait que tous connaissent les dernières recommandations en matière d'activité physique régulière, d'alimentation saine, ainsi que les objectifs et moyens de prise en charge des adultes et enfants obèses, pour transmettre des messages cohérents. La connaissance des directives actuelles et les attitudes à adopter pour empêcher toute stigmatisation sont particulièrement importantes.

Cette étude a évalué les connaissances, attitudes, croyances, perceptions d'opportunités d'intervention, pratiques, besoins en formation et en matériel pour les infirmières et les médecins concernant la prise en charge de l'obésité au sein d'un hôpital universitaire suisse.

834 médecins et infirmières ont participé à une étude en ligne

Nous avons développé un questionnaire fondé sur la littérature, les entretiens exploratoires et les revues de comités d'experts disponibles. Ses 110 items étaient divisés en 4 parties :

1. Caractéristiques professionnelles et personnelles sur le niveau de formation en matière d'obésité
2. Connaissance des recommandations actuelles sur la nutrition, l'activité physique, les objectifs et les moyens de prise en charge
3. Attitude vis-à-vis des patients obèses
4. Pratiques rapportées

Après un test préliminaire auprès de 15 d'entre eux, le questionnaire anonyme a été envoyé en ligne à l'ensemble des médecins et infirmières (n = 3 452) des différents services de l'hôpital. Le protocole de l'étude a été approuvé par une commission éthique.

Un total de 834 personnels de santé ((dont 72 % de femmes) ont participé à l'étude (taux de réponse : 24,2 %).

70 % des participants n'avaient suivi aucune formation sur l'obésité

Pendant leurs études, près de 70 % des participants ont déclaré n'avoir reçu aucune formation sur l'obésité, ou ne pas s'en souvenir. À peine 13 % (n = 108) ont déclaré avoir suivi une formation post universitaire sur ce sujet.

Si les participants ont rapporté peu d'attitude négative vis-à-vis des obèses, ils ont toutefois souligné des connaissances insuffisantes pour diagnostiquer l'obésité, ainsi qu'un manque de confiance et de formation en matière de prise en charge. Un tiers ne savait pas calculer l'Indice de Masse Corporelle (IMC).

Quant aux recommandations nutritionnelles, 60 % des sujets savent composer un menu sain, mais 81 % ignorent les quantités recommandées de F&L et 53 %, la fréquence recommandée d'aliments à haute densité nutritionnelle. Concernant l'activité physique, 72 % et 31 % des participants connaissent respectivement les recommandations pour les adultes et les enfants.

La moitié des participants considèrent que la prise en charge de patients obèses fait partie de leur rôle, mais 55 % estiment ne pas disposer d'une formation suffisante. Une grande majorité (93,8 %) des participants sont convaincus de la nécessité d'une équipe interdisciplinaire pour traiter l'obésité.

Améliorer la formation: un objectif essentiel !

Les personnels de santé sont en première ligne pour évaluer, diagnostiquer et prendre en charge les patients obèses. Notre étude montre que, si les infirmières et médecins interrogés au sein de l'hôpital universitaire ont rapporté un faible niveau d'attitude négative auprès des patient, ils ont reconnu un manque de connaissances et d'aptitudes en matière de prise en charge. Il est donc nécessaire d'améliorer la formation de ces professionnels afin de garantir des messages adaptés et cohérents.

Basé sur : Bucher Della Torre S. et al. Knowledge, attitudes, representations and declared practices of nurses and physicians about obesity in a university hospital: training is essential. Clin Obes. 2018; 8(2):122-130.

Références

1. Puhl RM, Heuer CA. The stigma of obesity: a review and update. *Obesity (Silver Spring)* 2009; 17: 941–964
2. Carr D, Friedman MA. Is obesity stigmatizing? Body weight, perceived discrimination, and psychological well-being in the united states. *J Health Soc Behav* 2005; 46: 244–259.
3. Schvey NA, Puhl RM, Brownell KD. The stress of stigma: exploring the effect of weight stigma on cortisol reactivity. *Psychosom Med* 2014; 76: 156–162.
4. Puhl RM, King KM. Weight discrimination and bullying. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab* 2013; 27: 117–127.
5. Latner JD, Barile JP, Durso LE, O'Brien KS. Weight and health-related quality of life: the moderating role of weight discrimination and internalized weight bias. *Eat Behav* 2014; 15: 586–590.
6. Vartanian LR, Shaprow JG. Effects of weight stigma on exercise motivation and behavior: a preliminary investigation among college-aged females. *J Health Psychol* 2008; 13: 131–138.
7. Schvey NA, Puhl RM, Brownell KD. The impact of weight stigma on caloric consumption. *Obesity (Silver Spring)* 2011; 19: 1957–1962.
8. Jackson SE, Beeken RJ, Wardle J. Perceived weight discrimination and changes in weight, waist circumference, and weight status. *Obesity (Silver Spring)* 2014; 22: 2485–2488.
9. Epstein L, Ogden A qualitative study of GPs' views of treating obesity. *Br J Gen Pract* 2005; 55: 750–754.
10. Bocquier A, Verger P, Basdevant A et al. Overweight and obesity: knowledge, attitudes, and practices of general practitioners in France. *Obes Res* 2005; 13: 787–795.

Favoriser la consommation de F&L et de baies chez les diabétiques de type 2

On compte actuellement 415 millions d'adultes diabétiques de type 2 dans le monde. Selon la Fédération Internationale du diabète, ils seront 640 millions en 2040. La prévalence du DT2 est liée au surpoids et à l'obésité, qui augmentent également le risque de maladie coronarienne et d'accident vasculaire cérébral. Une alimentation saine réduit le risque de DT2 et sa régulation est une cible essentielle dans la prise en charge. En dépit des progrès thérapeutiques, le comportement humain demeure un facteur clé pour améliorer la santé.

Promouvoir des changements de comportement à long terme chez les patients est un défi pour les professionnels de santé. De nombreuses recherches ont porté sur l'expérience et la motivation. La régulation alimentaire suppose, en plus du contrôle du poids, de sélectionner des aliments sains. On conseille aux diabétiques des aliments riches en fibres, comme les F&L, les baies et des graines complètes et de réduire les graisses, les sucres simples et le sel. Une alimentation de type Méditerranéen améliore le contrôle glycémique, la perte de poids et le HDL cholestérol. Une alimentation saine et un rythme alimentaire régulier comprenant un petit déjeuner, éviter l'hyperphagie sont associés au maintien du poids à long terme.

La théorie de l'autodétermination

Selon la théorie de l'autodétermination, les individus sont placés sur un continuum allant de l'absence de motivation jusqu'à la motivation intrinsèque :

- A une extrémité, les comportements sont motivés par des régulations externes. La personne suite à une contrainte peut contrôler temporairement son comportement, mais si elle cesse, le comportement s'arrête. Dans cette situation le sujet ne s'investit pas dans le comportement prescrit et fait un effort minimal.
- La régulation peut être introjectée : le sujet « internalise » la contrainte externe et exerce sur lui-même une pression pour changer. En cas d'échec il ressent de la culpabilité, s'il réussit il se sent fier. Cette motivation est ambivalente et instable.
- La régulation identifiée est plus auto-déterminée et implique une acceptation consciente de l'importance du comportement pour atteindre des objectifs personnels valorisés. Ainsi, le sujet maintient un comportement en dépit des difficultés.
- Dans la régulation intégrée, la personne s'identifie à la régulation et associe cette identification à ses autres valeurs personnelles.
- La motivation la plus forte est la motivation intrinsèque: les comportements sont motivés de façon autonome par la satisfaction qu'ils procurent et non pour atteindre des résultats personnels comme dans la motivation intégrée. Cependant, une minorité de patients DT2 sont intrinsèquement motivés pour contrôler leur comportement alimentaire.

Le rôle essentiel de l'autonomisation

Selon les recherches sur l'autodétermination, plus les comportements sont régulés de manière autonome, plus ils demeurent stables dans le temps. L'autonomisation dépend de 3 besoins importants :

- se sentir compétent
- se sentir autonome dans ses actions plutôt que contrôlé ou contraint
- avoir des relations sociales de soutien.

Ce modèle suppose qu'un environnement médical soutenant l'autonomie favorise la compétence perçue par le patient et la régulation autonome de son comportement. Un tel climat relationnel a prouvé son efficacité en terme de maintien à long terme du changement d'habitudes alimentaires. D'autres facteurs (comme la dépression et le

statut socio-économique) peuvent moduler la réussite. Ils ont été négligés dans la théorie de l'auto-détermination. Pourtant, la prévalence de la dépression est plus élevée chez les DT2 et est associée à une moindre auto-prise en charge du diabète. Un faible statut socio-économique prédit de plus mauvaises habitudes alimentaires.

5 167 diabétiques finlandais étudiés

Une étude finlandaise a analysé si :

- le soutien médical de l'autonomie, la motivation autonome et la compétence ressentie étaient positivement associés à une consommation de F&L et de baies chez les DT2
- la motivation autonome et la compétence personnelle servaient d'intermédiaire au soutien de l'autonomie.

5 167 diabétiques ont été recensés (57% d'hommes et 43% de femmes). Une étude pilote a testé la première version du questionnaire sur 50 sujets et la version finale a été adressée à tous les participants en septembre 2011.

Au final, le taux réponse était de 56% (57% pour les femmes et 54% pour les hommes). L'âge moyen était de 63 ans.

La consommation totale de fruits, légumes frais et cuits et de baies a été mesurée (*FVBI- Fruit, vegetables and berries intake*) durant la dernière semaine. Les auteurs ont calculé la somme moyenne des échelles de support d'autonomie perçue, de compétence, d'énergie, de bien être émotionnel, de sentiment de cohérence, de stress de la vie, de soutien social dans le diabète et de FVBI.

Soutenir la motivation autonome et la compétence du soin de soi des patients

La motivation autonome et le genre féminin sont les deux déterminants les plus fortement associés avec le FVBI chez les diabétiques de type 2. Autres déterminants: un haut niveau d'éducation et de support social, un âge avancé et un fort sentiment de cohérence. La motivation autonome et la compétence du soin de soi médiatisaient l'effet du support d'autonomie perçue d'un médecin sur la prise de fruits, légumes et baies.

Les médecins peuvent donc favoriser la consommation de ces végétaux chez leurs patients en soutenant leur motivation autonome et leur compétence du soin de soi.

D'après : A.M. Koponen et al, Health Psychology Open, January-June 2019:1-11; How to promote fruits, vegetables and berries intake among patients with type 2 diabetes in primary care ? A self-determination theory perspective.

LES FICHES NUTRITION ET SANTÉ SONT DISPONIBLES !

Dans le cadre du programme d'information européen « Fruits et légumes pour la santé », et suite à la conférence EGEA 2018 « Nutrition et santé : De la science à la pratique », Aprifel propose en libre téléchargement des fiches pratiques à destination des professionnels de santé.*

Objectif ? Appuyer l'action des praticiens pour améliorer les habitudes alimentaires de leurs patients.

Le rôle clé des professionnels de santé dans la promotion d'un mode de vie sain

Face à l'expansion de maladies chroniques – maladies cardiovasculaires, cancers, obésité ou encore diabète de type 2 – les effets bénéfiques d'une alimentation saine, riche en fruits et légumes sur la santé ne sont plus à démontrer. Pourtant, les habitudes alimentaires et notamment les consommations de fruits et légumes ne sont pas en phase avec les recommandations de santé publique. Seuls 14% des européens consomment au moins 400 g par jour de fruits et légumes.

Les professionnels de santé, en particulier les médecins généralistes, pédiatres et gynécologues, sont des interlocuteurs privilégiés pour conseiller et encourager leurs patients à adopter un mode de vie sain. En effet, ces derniers accordent une grande confiance à leur médecin et sont demandeurs de conseils nutritionnels pour améliorer leurs comportements alimentaires.

Des fiches conçues avec des associations de médecins

Dans le cadre du programme d'information « Fruits et légumes pour la santé », co-financé par l'Union européenne, Aprifel développe des fiches pratiques à destination des professionnels de santé. Ces fiches synthétisent les consensus scientifiques actuels sur l'alimentation et plus particulièrement la consommation de fruits et légumes, et la prévention des maladies chroniques. Elles sont élaborées avec le bureau du Collège universitaire de médecine générale de l'Université de Lyon 1, des associations européennes de médecins généralistes, médecins de famille (WONCA Europe) et pédiatres (ECOG) et le comité scientifique d'EGEA 2018.

Un contenu axé sur la pratique médicale

Grâce à des messages courts et pratiques, ces documents ont vocation à appuyer l'action des professionnels de santé et à faciliter le dialogue avec les patients. Au total, 14 fiches seront développées d'ici fin 2020. Les six premières viennent d'être publiées :

- Conseils et fiches pratiques pour les professionnels de santé
- Fruits & légumes – Composants essentiels d'une alimentation saine
- Consommation de fruits & légumes pendant la grossesse
- Comment et pourquoi les fruits & légumes contribuent-ils à prévenir les maladies cardiovasculaires ?
- Comment et pourquoi les fruits & légumes contribuent-ils à la prévention des cancers ?
- Comment et pourquoi les fruits & légumes contribuent-ils à la prévention du diabète de type 2 ?

* « Fruit & Veg 4 Health »

Pour plus d'information :



septembre 2019

- Télécharger les fiches pratiques : www.egeaconference.com
- Découvrir le Communiqué de presse : www.aprifel.com
- Le programme « Fruits et légumes pour la santé » : www.aprifel.com



septembre 2019