



HAL
open science

**La place du médecin généraliste dans la nutrition en
prévention primaire : expériences et attentes de patients
âgés de moins de 40 ans**

Émilie Ferrer

► **To cite this version:**

Émilie Ferrer. La place du médecin généraliste dans la nutrition en prévention primaire : expériences et attentes de patients âgés de moins de 40 ans. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01412699

HAL Id: dumas-01412699

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01412699>

Submitted on 8 Dec 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE DE NICE SOPHIA ANTIPOLIS
FACULTE DE MEDECINE DE NICE

**LA PLACE DU MEDECIN GENERALISTE DANS LA NUTRITION EN
PREVENTION PRIMAIRE : EXPERIENCES ET ATTENTES DE
PATIENTS AGES DE MOINS DE 40 ANS**

THESE

Pour l'obtention du
Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine

Présentée et soutenue le 12 Octobre 2016

Par

Emilie FERRER

Née le 14 octobre 1987

MEMBRES DU JURY

Président :

Monsieur le Professeur Stéphane SCHNEIDER

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Olivier GUERIN

Monsieur le Professeur Gilles GARDON

Monsieur le Docteur Jean-Luc PHILIP

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Philippe FAUQUE

Liste des professeurs au 1er septembre 2016 à la Faculté de Médecine de Nice
Doyen**M. BAQUÉ Patrick**

Vice-Doyen

M. BOILEAU Pascal

Assesseurs

M. ESNAULT Vincent

M. CARLES Michel

Mme BREUIL Véronique

M. MARTY Pierre

Conservateur de la bibliothèque

Mme DE LEMOS Annelise

Directrice administrative des services

Mme CALLEA Isabelle

Doyens Honoraires

M. AYRAUD Noël

M. RAMPAL Patrick

M. BENCHIMOL Daniel

Professeurs Honoraires

M ALBERTINI Marc

M. BALAS Daniel

M. BATT Michel

M. BLAIVE Bruno

M. BOQUET Patrice

M. BOURGEON André

M. BOUTTÉ Patrick

M. BRUNETON Jean-Noël

Mme BUSSIERE Françoise

M. CAMOUS Jean-Pierre

M. CANIVET Bertrand

M. CASSUTO Jill-patrice

M. CHATEL Marcel

M. COUSSEMENT Alain

Mme CRENESSE Dominique

M. DAR COURT Guy

M. DELLAMONICA Pierre

M. DELMONT Jean

M. DEMARD François

M. DOLISI Claude

M. FRANCO Alain

M. FREYCHET Pierre

M. GÉRARD Jean-Pierre

M. GILLET Jean-Yves

M. GRELLIER Patrick

M. GRIMAUD Dominique

M. HARTER Michel

M. INGLES AKIS Jean-André

M. JOURDAN Jacques

M. LALANNE Claude-Michel

M. LAMBERT Jean-Claude

M. LAZDUNSKI Michel

M. LEFEBVRE Jean-Claude

M. LE BAS Pierre

M. LE FICHOUX Yves

Mme LEBRETON Elisabeth

M. LOUBIERE Robert

M. MARIANI Roger

M. MASSEYEFF René

M. MATTEI Mathieu

M. MOUIEL Jean

Mme MYQUEL Martine

M. OLLIER Amédée

M. ORTONNE Jean-Paul

M. SAUTRON Jean Baptiste

M. SCHNEIDER Maurice

M. TOUBOL Jacques

M. TRAN Dinh Khiem

M VAN OBBERGHEN Emmanuel

M. ZIEGLER Gérard

Liste des professeurs au 1er septembre 2016 à la Faculté de Médecine de Nice

M.C.A. Honoraire

Mlle ALLINE Madeleine

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques
M. BASTERIS Bernard
Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie
Mme DONZEAU Michèle
M. EMILIOZZI Roméo
M. FRANKEN Philippe
M. GASTAUD Marcel
M.GIRARD-PIPAU Fernand
M. GIUDICELLI Jean
M. MAGNÉ Jacques
Mme MEMRAN Nadine
M. MENGUAL Raymond
M. PHILIP Patrick
M. POIRÉE Jean-Claude
Mme ROURE Marie-Claire

Liste des professeurs au 1er septembre 2016 à la Faculté de Médecine de Nice
PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M.	BENCHIMOL Daniel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	DESNUELLE Claude	Biologie Cellulaire (44.03)
Mme	EULLER-ZIEGLER Liana	Rhumatologie (50.01)
M.	FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	GASTAUD Pierre	Ophthalmologie (55.02)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénérologie (50.03)
M.	LEFTHERIOTIS Geogres	Physiologie- médecine vasculaire
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M.	PRINGUEY Dominique	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	TRAN Albert	Hépto Gastro-entérologie (52.01)

Liste des professeurs au 1er septembre 2016 à la Faculté de Médecine de Nice
PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
Mme	ICHAÏ Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)

Liste des professeurs au 1er septembre 2016 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BAILLIF Stéphanie	Ophtalmologie (55.02)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
Mlle	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CARLES Michel	Anesthésiologie Réanimation (48.01)
M.	CHEVALIER Nicolas	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	DELLAMONICA Jean	réanimation médicale (48.02)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
Mlle	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	GUÉRIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénéréologie (50-03)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M.	ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	ROUX Christian	rhumatologie (50.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
M.	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	VENISSAC Nicolas	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)

Liste des professeurs au 1er septembre 2016 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M. HOFLIGER Philippe Médecine Générale (53.03)

MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

M. DARMON David Médecine Générale (53.03)

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme LANDI Rebecca Anglais

Mme ROSE Patricia Anglais

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme ALUNNI Véronique Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M. AMBROSETTI Damien Cytologie et Histologie (42.02)
Mme BANNWARTH Sylvie Génétique (47.04)
M. BENOLIEL José Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme BERNARD-POMIER Ghislaine Immunologie (47.03)
Mme BUREL-VANDENBOS Fanny Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M. DOGLIO Alain Bactériologie-Virologie (45.01)
M. DOYEN Jérôme Radiothérapie (47.02)
M. FAVRE Guillaume Néphrologie (52.03)
M. FOSSE Thierry Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M. GARRAFFO Rodolphe Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme GIOVANNINI-CHAMI Lisa Pédiatrie (54.01)
Mme HINAULT Charlotte Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
M. HUMBERT Olivier Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme LAMY Brigitte Bactériologie-virologie (45.01)
Mme LEGROS Laurence Hématologie et Transfusion (47.01)
Mme LONG-MIRA Elodie Cytologie et Histologie (42.02)
Mme MAGNIÉ Marie-Noëlle Physiologie (44.02)
Mme MOCERI Pamela Cardiologie (51.02)
Mme MUSSO-LASSALLE Sandra Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M. NAÏMI Mourad Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
Mme POMARES Christelle Parasitologie et mycologie (45.02)
Mme SEITZ-POLSKI barbara Immunologie (47.03)
M. TESTA Jean Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M. TOULON Pierre Hématologie et Transfusion (47.01)

Liste des professeurs au 1er septembre 2016 à la Faculté de Médecine de Nice

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

M. DURAND Matthieu Urologie (52.04)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M. GARDON Gilles Médecine Générale
M. GONZALEZ Jean-François Chirurgie Orthopédique et traumatologie (50.02)
M. PAPA Michel Médecine Générale
M. WELLS Michael Anatomie-Cytologie (42.03)

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

M BALDIN Jean-Luc Médecine Générale
Mme CASTA Céline Médecine Générale
Mme MONNIER Brigitte Médecine Générale

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M. BERTRAND François Médecine Interne
M. BROCKER Patrice Médecine Interne Option Gériatrie
M. CHEVALLIER Daniel Urologie
Mme FOURNIER-MEHOUAS Manuella Médecine Physique et Réadaptation
M. JAMBOU Patrick Coordination prélèvements d'organes
M. ODIN Guillaume Chirurgie maxilo-faciale
M. PEYRADE Frédéric Onco-Hématologie
M. PICCARD Bertrand Psychiatrie
M. QUARANTA Jean-François Santé Publique

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury :

A Monsieur le Professeur Stéphane Schneider,
Merci de me faire l'honneur de présider cette thèse. Votre présence est pour moi indispensable afin de soumettre les résultats de cette étude à votre jugement aguerri en tant que professeur de nutrition.

A Monsieur le Professeur Olivier Guérin,
Je suis sincèrement touchée de l'honneur que vous me faites en participant à ce jury. Je vous remercie de la confiance que vous m'avez accordée durant mon semestre en gériatrie mais aussi en me proposant de poursuivre ma formation à vos côtés. Veuillez trouver l'expression de ma respectueuse reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Gilles Gardon,
Je vous remercie d'avoir accepté de juger cette thèse. Votre expérience en tant que médecin généraliste libéral permettra d'apporter un regard critique et avisé de ce travail.

A Monsieur le Docteur Jean-Luc Philip,
Merci d'avoir accepté cette invitation. C'était un plaisir de vous avoir comme maître de stage durant mon internat. Vous m'avez fait découvrir et aimer la médecine générale à travers votre enseignement mais surtout par votre dévouement envers vos patients. Vous suscitez mon profond respect et mon admiration.

Directeur de thèse

A Monsieur le Docteur Philippe Fauqué,
Je tiens à vous exprimer toute ma reconnaissance pour la confiance que vous m'avez accordée en acceptant d'encadrer cette thèse. Vous avez su me conseiller, m'encourager et me soutenir. J'ai eu la chance de vous rencontrer et travailler à vos côtés. Votre grande expérience dans le domaine de la nutrition m'a beaucoup appris. Je souhaite que ce travail puisse vous témoigner toute mon estime.

Aux maîtres de stage

Au Docteur Van Elsland. Merci pour ces longues réflexions, remises en questions et l'apport de vos compétences qui m'ont énormément enrichie. Grâce à vous je me suis sentie un peu moins interne et un peu plus docteur.

Au Docteur Augier qui m'a fait découvrir une médecine rurale passionnée et de qualité. Pour ma première immersion en libérale, j'ai pu me rendre compte de toute la complexité de cette profession.

Je tiens à remercier tous les maîtres de stage pour votre disponibilité et votre enseignement. C'est grâce à vous que nous pouvons nous former et devenir médecins.

A ma famille et à mes amis

A ma mère. Merci d'avoir été à mes côtés durant ces années difficiles. Merci pour ton soutien incommensurable et ton dévouement sans faille. Tu as toujours cru en moi dans mes moments de doute. Si je suis ici ce soir, c'est grâce à toi. Je t'aime fort.

A mon père. Merci de m'avoir permis de réaliser ces études. C'est à toi que je dois cette vocation de pratiquer la médecine. Tu as su me transmettre ta rigueur et ton sérieux nécessaire à cette profession. Tu es mon modèle. Je t'aime fort.

A mon frère. Merci d'être là quand j'en ai besoin. Sans se le dire, nous savons que nous pouvons toujours compter l'un sur l'autre. Je t'aime.

A mes grands-parents. Merci pour votre amour inconditionnel. Vous avez toujours été présents pour nous. Je vous exprime toute ma reconnaissance. Je vous aime.

A ma tante pour sa relecture précieuse. Merci pour tout l'amour que tu nous portes.

A Claire, pour tous ces moments passés ensemble depuis notre première rencontre au début de mon internat. A tous ces fous rires incoercibles.

A Fanny et Alexia, pour nos petites réunions hebdomadaires et votre soutien inconditionnel tout au long de cette année.

A Sonia pour ta présence depuis le début de ces années de médecine. Merci d'avoir toujours été là pour moi.

A tous mes amis, pour leur grand soutien pendant ces longues années et tous ces bons moments partagés.

ABREVIATIONS

AET	Apports Energétique Totaux
CoDES	Comité Départemental d'Education pour la Santé
CRES	Centre Régional d'Education pour la Santé
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
HAS	Haute Autorité de Santé
INCA	étude Individuelle Nationale de Consommations Alimentaires
INPES	Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
OMS	Organisation Mondial de la Santé
PACA	Provence Alpes Côte d'Azur
PNNS	Programme National Nutrition Santé
PNA	Plan National Alimentation
SFMG	Société Française de Médecine Générale
SFN	Société Française de Nutrition
SFNEP	Société Francophone de Nutrition Clinique et Métabolisme
VPO	Viande Poisson Œuf

Table des matières

INTRODUCTION	7
PREMIERE PARTIE : Le contexte	8
I. Ce que nous savons	8
A. Historique : évolution de la consommation alimentaire et état nutritionnel	8
B. Rôle de l'alimentation dans la prévention	8
C. Actions de santé publique.....	9
II. Ce que l'on ne sait pas	10
A. Le médecin généraliste comme source d'information la plus fiable	10
B. Les freins des médecins généralistes à éduquer leur patient	10
C. Place de la prévention primaire	11
D. Collaboration avec les autres professionnels de santé.....	11
III. Notre étude	11
DEUXIEME PARTIE : Matériel et méthode	12
I. Choix de la méthode	12
A. Enquête qualitative	12
B. Par entretiens individuels semi-dirigés.....	12
II. La sélection	13
A. Caractérisation de l'échantillon.....	13
B. Recrutement.....	13
C. Taille de l'échantillon.....	13
III. L'entretien	14
A. Guide d'entretien	14
1. Elaboration.....	14
2. Validation.....	14
3. Test.....	14
B. Organisation des entretiens.....	14
TROISIEME PARTIE : Résultats	15
I. Résultats quantitatifs	15
A. Entretiens.....	15
B. Description de l'échantillon	16
1. Etat civil.....	16
2. Mode de vie.....	17
3. Médecin généraliste	18
4. Consultation avec un spécialiste	18
II. Résultats qualitatifs	19
A. Ce qu'ils savent :	19
1. Des connaissances variées	19
2. Idées reçues.....	20
3. Impact sur la santé	20
4. Représentation de l'alimentation	23
5. Sources d'information :.....	24
6. Fiabilité des sources d'information.....	29
B. Leurs habitudes alimentaires	30
1. Ceux qui font attention à maintenir un équilibre alimentaire	30
2. Ceux qui font moins attention à leur alimentation.....	32
3. Adaptation de l'alimentation en fonction du sport	35
4. Ceux qui ont modifié leurs habitudes alimentaires.....	36
5. Consultation diététicienne.....	38
6. Besoins pour modifier les habitudes alimentaires	39

C.	Expériences et attentes de leur médecin généraliste.....	39
1.	Expériences avec leur médecin.....	39
2.	Attente des patients.....	41
3.	Limites :.....	46
D.	Perspectives d'amélioration.....	46
1.	Rôle de l'état.....	46
2.	Education.....	47
3.	Moyens de diffusion.....	47
4.	Avis.....	48
QUATRIEME PARTIE : Discussion.....		49
I.	Validité interne de l'étude.....	49
A.	Qualité méthodologique.....	49
B.	Biais.....	50
1.	Biais d'interprétation.....	50
2.	Biais de recrutement.....	50
3.	Autres difficultés.....	51
II.	Validité externe de l'étude.....	52
A.	La population.....	52
B.	Connaissance des patients sur une alimentation saine.....	52
1.	L'alimentation en générale.....	52
2.	Impact sur la santé et représentations.....	53
3.	Sources d'information.....	53
C.	Pratiques alimentaires.....	54
D.	Attente des participants.....	55
E.	Perspectives d'avenir.....	56
1.	A l'échelle nationale : l'Etat.....	56
2.	A l'échelle locale.....	57
3.	A l'échelle individuelle.....	58
CONCLUSION.....		60
BIBLIOGRAPHIE.....		61
Annexe 1 : Guide d'entretien.....		65
Annexe 2 : Consentements.....		65
RESUME.....		67

INTRODUCTION

La nutrition et la santé préoccupent de plus en plus les français.[1] Il est clairement établi que l'alimentation fait partie des facteurs qui jouent un rôle essentiel dans l'apparition d'un certain nombre de maladies chroniques comme les cancers, les maladies cardiovasculaires, le diabète et l'obésité.[2] Outre leur impact sur le plan humain, ces pathologies engendrent des dépenses considérables en termes de santé publique.[2] Il est donc nécessaire d'avoir une action de prévention afin d'enrayer l'augmentation de l'incidence de ces maladies. Pour faire face à ce problème, les pouvoirs publics ont mis en place depuis 2001 le Programme National Nutrition Santé (PNNS) avec la diffusion massive du slogan : « Mangez 5 fruits et légumes par jour ».[3]

Par ailleurs, le champ de la médecine générale se définit par des missions spécifiques relevant de la prévention et de l'éducation à la santé. [4][5] La médecine générale est donc un cadre privilégié et adapté pour élaborer des approches en matière de conseils nutritionnels, en partie du fait que les médecins rencontrent un large éventail de la population. [6]

De plus, les patients perçoivent leur médecin généraliste comme la source la plus fiable pour obtenir des informations sur la nutrition.[7] Les médecins généralistes peuvent promouvoir les bénéfices d'une bonne nutrition pour leurs patients, les conseiller sur les bonnes pratiques diététiques dans des conditions spécifiques et les orienter vers des spécialistes pour des conseils plus approfondis.[4]

Le médecin généraliste a donc un rôle important à jouer à tous les niveaux de la prévention : primaire, secondaire et tertiaire.

Or, différentes études montrent qu'en matière de nutrition, les conseils sont en général prodigués à des patients âgés de 40 ans et plus, présentant une ou plusieurs pathologies chroniques donc essentiellement en prévention secondaire.[8][9][10]

D'après plusieurs études, les conseils nutritionnels sont surtout donnés verbalement.[1][10][11] Et d'après Campbell MK, l'information individuelle personnalisée est plus efficace que les outils standards non personnalisés pour entraîner des changements de comportement alimentaire.[12]

De nombreuses études ont été réalisées à partir de points de vue de médecins généralistes (leur frein, leur pratique). Cependant, très peu prennent en considération les attentes réelles des patients.[1][10][11][12]

Aussi, le but de cette thèse sera de déterminer quelles sont les attentes des patients envers leur médecin généraliste en matière de nutrition.

Il semble donc intéressant voire indispensable de s'interroger sur la participation de ce dernier dans la prise en charge ainsi que le suivi des patients. Les hypothèses formulées permettront peut-être d'apporter des améliorations quant aux comportements alimentaires dans un contexte de prévention des pathologies liées à l'alimentation.

Nous avons décidé de conduire une enquête qualitative auprès de personnes âgées de moins de 40 ans afin de connaître leurs expériences et leurs attentes quant à la place du médecin généraliste dans leur parcours nutritionnel.

PREMIERE PARTIE : Le contexte

I. Ce que nous savons

A. Historique : évolution de la consommation alimentaire et état nutritionnel

En France, comme dans l'ensemble des pays industrialisés, les habitudes alimentaires ont beaucoup plus changé au cours des 50 dernières années qu'au cours des siècles précédents.[13]

Ces profondes modifications comportent, sur le plan nutritionnel et sur le plan de la santé, des aspects positifs et d'autres négatifs, des avantages et des inconvénients pour la santé.[13]

D'importantes modifications du mode de vie ont abouti à réduire les dépenses énergétiques dans la vie quotidienne.[13] Les conséquences nutritionnelles de l'évolution de l'alimentation en France (comme celle des autres pays industrialisés), au cours des dernières décennies, se caractérisent par :

- Une réduction globale de l'apport énergétique
- Une diversification importante de l'alimentation
- Une modification de la répartition des différents macronutriments dans la couverture des besoins énergétiques
- Une réduction des apports en de nombreux micronutriments
- Une diminution de l'apport en fibres alimentaires [13]

Si les grands problèmes de carences sévères ont disparu, l'évolution de l'alimentation en France a eu quelques conséquences négatives en termes de facteurs de risque de certaines maladies qui ont un poids relatif considérable en termes de santé publique. Manger beaucoup plus que ce qui est nécessaire pour couvrir les besoins, avoir une activité physique insuffisante, consommer trop de lipides, notamment d'acides gras saturés, ou trop d'alcool, consommer trop peu de glucides complexes et de fibres, de vitamines ou de minéraux, avoir une alimentation déséquilibrée accroît le risque de voir apparaître des maladies métaboliques et nutritionnelles qui peuvent non seulement diminuer l'espérance de vie, mais aussi altérer une bonne partie de la vie. [14]

B. Rôle de l'alimentation dans la prévention

Le rôle de l'alimentation dans l'augmentation ou la prévention de certaines maladies comme le cancer, l'obésité ou les maladies cardio-vasculaires est aujourd'hui établi. [2][15] En Allemagne, Nöthlings a montré que la consommation de fruits et légumes était associée à une diminution de la mortalité cardio-vasculaire chez les patients diabétiques.[16]

L'évolution de l'alimentation au cours des dernières décennies conduit de plus en plus la population générale vers des maladies métaboliques.[2]

L'alimentation joue un rôle à tous les stades de la vie :

- Rôle dans le vieillissement et la fragilité, la dénutrition et la survenue de pathologies et handicaps[2]
- Rôle chez la femme enceinte : un déséquilibre nutritionnel peut être source de complications durant la grossesse et pour le devenir de l'enfant, comme le diabète gestationnel qui favorise l'apparition d'un diabète chez l'enfant et chez la mère, un faible poids de naissance qui est un facteur de risque d'obésité et de syndrome métabolique à l'âge adulte[17]
- Rôle chez l'enfant et l'adolescent dans la prévention de l'obésité [17]

C. Actions de santé publique

Afin de mieux prévenir ces maladies et améliorer l'état de santé de la population française, il est indispensable de bien connaître son alimentation et son état nutritionnel. Dans ce but l'Anses réalise tous les sept ans une étude Individuelle Nationale des Consommations Alimentaires (INCA) sous l'égide des ministères de la Santé et de l'Agriculture.[18]

Les études INCA sont réalisées tous les 7 ans : INCA1 (1998-99), INCA2 (2006-07), INCA3 (2014). Elles permettent de situer l'alimentation de la population au regard des recommandations du Programme National Nutrition Santé (PNNS) et d'envisager de poursuivre, de modifier ou renforcer les priorités de la politique nutritionnelle en France.[15]

Les adultes ont des apports énergétiques totaux (AET) quotidiens de 2162 kcal en moyenne. Les glucides y contribuent pour 44%, les lipides pour 39,1% et les protides pour 16,9%. Cette répartition est éloignée des recommandations des apports nutritionnels conseillés qui préconisent une répartition respectivement de 50-55% de glucides, 30-35% de lipides et 11-15% de protides de l'AET. Les apports nutritionnels de la population en France semblent donc trop riches en lipides et protides et à l'inverse trop pauvres en glucides.[18]

La mise en place d'une politique nutritionnelle est apparue, au cours des dernières années, comme une priorité de santé publique.

L'amélioration de l'état nutritionnel de la population constitue, en ce début de 21ème siècle, un enjeu majeur pour les politiques de santé publique menées en France, en Europe et dans le monde. Une nutrition satisfaisante est un facteur de protection de la santé.[3]

Lancé en janvier 2001, le Programme National Nutrition Santé (PNNS) est un plan de santé publique visant à améliorer l'état de santé de la population en agissant sur l'un de ses déterminants majeurs : la nutrition. Le programme a été prolongé en 2006 puis en 2011. Le troisième PNNS de 2011-2015 a pour objectifs de réduire l'obésité et le surpoids dans la population, d'augmenter l'activité physique et diminuer la sédentarité à tous les âges, d'améliorer les pratiques alimentaires et les apports nutritionnels et réduire la prévalence des pathologies nutritionnelles.[3][19][20]

II. Ce que l'on ne sait pas

A. Le médecin généraliste comme source d'information la plus fiable

Selon une enquête réalisée par l'INPES auprès des français en 2008 sur « la perception, les connaissances et les attitudes en matière d'alimentation », les principales sources d'information sur l'alimentation sont, dans l'ordre décroissant d'importance : les médias (51 %), et en deuxième ex æquo, les professionnels de santé (19,7 %) et l'entourage proche (c'est à dire les parents et amis) (19,7%). Les médias regroupent : les journaux et les livres (23,3 %), la télévision (19,8 %), l'Internet (5,1%) la radio (2,8 %). Les professionnels regroupent les médecins (12,7 %), les diététiciens (5,6 %), les infirmières (1%) et les pharmaciens (0,4 %).[21]

La source d'information indiquée semble influencer sur le niveau d'information global perçu par les enquêtés : les personnes citant les professionnels de santé se considèrent mieux informées que celles citant les médias.[21]

Si les médias sont davantage cités depuis les premières enquêtes réalisées en 1996, les professionnels de santé le sont de moins en moins.

Ces résultats confirment l'intérêt que représentent les médias pour diffuser des informations sur la santé.[22]

Toutefois, certaines études montrent que l'on accorde plus de confiance aux informations nutritionnelles délivrées par les professionnels de santé que par les médias.[23][24][7]

Par conséquent les professionnels de santé (médecins et autres praticiens) doivent profiter de leur forte crédibilité pour s'impliquer davantage dans le domaine de l'éducation nutritionnelle auprès de leurs patients afin de compléter si besoin, les informations provenant d'autres sources.[24]

B. Les freins des médecins généralistes à éduquer leur patient

D'après l'étude de Wallace et Haines en Angleterre, les patients acceptent et attendent des conseils sur leur style de vie de la part de leur médecin généraliste.[25] Il est considéré par les patients comme leur source principale d'information en nutrition.[7] En raison de leurs contacts répétés avec les patients, avec toutes les catégories de population, et de la confiance que leur accordent les patients, les médecins généralistes ont théoriquement un rôle de premier plan à jouer dans l'éducation nutritionnelle.

Des études en France et aux Etats-Unis ont montré que les médecins généralistes considèrent l'éducation nutritionnelle comme étant de leur responsabilité. Néanmoins, les médecins généralistes mentionnent aussi des obstacles à l'éducation nutritionnelle. [26][11]

Selon une enquête réalisée en 2006 par la SFMG auprès de 300 médecins généralistes, les principales difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans la pratique pour effectuer un véritable conseil nutritionnel sont : le manque de temps, le manque de travail en équipe avec des professionnels et le manque de supports d'information adaptés et fiables.[9][1]

C. Place de la prévention primaire

L'éducation nutritionnelle fait partie de la mission des médecins généralistes. Le médecin généraliste a un rôle clé dans la politique de prévention et d'éducation à la santé, fonction décrite dans la convention médicale de février 2005.[5]

Les sujets les plus fréquemment évoqués par les patients en consultation dans le cadre nutritionnel sont le surpoids et l'obésité, le cholestérol et les graisses, les aliments popularisés par les effets de mode des médias, le diabète et le sucre.[1]

Les médecins abordent les conseils diététiques en général avec des patients de 40 ans et plus, présentant une ou plusieurs pathologies chroniques donc essentiellement en prévention secondaire.[8][10]

Il serait intéressant de promouvoir une prévention primaire aux patients indemnes de toute pathologie.

D. Collaboration avec les autres professionnels de santé

L'étude Nutrimège réalisée en 2007 auprès de 60 médecins généralistes du Val de Marne, a révélé que peu de patients (5,4%) étaient adressés à un professionnel de santé dans un but nutritionnel.[10] Les médecins affirment eux-mêmes un manque de travail en équipe avec des professionnels. Pourtant en nutrition, il ne s'agit pas de traiter une maladie, mais bien de prendre en charge un patient dans sa globalité : soutien psychologique, modifications comportementales, modification des habitudes de vie... Une collaboration interprofessionnelle orientée vers le patient s'avère nécessaire.

Le fait que les consultations chez un diététicien ne soient pas remboursées serait-il un frein à l'orientation des patients ? Qu'en est-il de la place des réseaux de soins ?

III. Notre étude

Partant du constat que les connaissances des patients sur la nutrition sont faibles alors qu'il s'agit d'un prérequis pour éviter l'apparition de maladies, nous avons décidé de conduire une enquête qualitative auprès de personnes âgées de moins de 40 ans.

L'objectif principal de cette étude est de décrire l'expérience et les attentes des patients concernant la place du médecin généraliste dans la nutrition en prévention primaire.

Découvrir l'évolution de leurs habitudes alimentaires au cours de leur vie nous permettra de comprendre la place des différents intervenants et de faire émerger des suggestions pour l'amélioration de la pratique et de la connaissance de la nutrition.

DEUXIEME PARTIE : Matériel et méthode

I. Choix de la méthode

A. Enquête qualitative

La recherche qualitative est un type d'étude particulièrement adapté pour l'étude des domaines peu connus. L'histoire de la recherche qualitative remonte au début du XXème siècle. D'abord utilisée par les anthropologues et les sociologues pour étudier les phénomènes humains dans leur environnement naturel, elle a ensuite été utilisée dans le marketing puis depuis les années 1990 par les chercheurs en santé.[27]

Elle permet aux chercheurs de collecter des données auxquelles ils ne pourraient pas avoir accès en n'utilisant que les seules méthodes quantitatives.[28]

Elle est, depuis quelques années, utilisée dans le domaine de la médecine générale car les outils quantitatifs de l'épidémiologie et des essais randomisés ne permettent pas de répondre à la totalité des questions soulevées par l'exercice quotidien.

Cette méthode permet d'explorer les émotions, les sentiments des patients, ainsi que leurs comportements et leurs expériences personnelles. Elle permet ici de recueillir le vécu, l'expérience et le ressenti des participants.

B. Par entretiens individuels semi-dirigés

Les deux modes de recueil de données sont ceux des entretiens individuels ou ceux des entretiens par « focus groupe ».

Nous avons opté pour des entretiens individuels : les entretiens par « focus groupe » présentent certains avantages mais dans ce contexte de compréhension des perceptions de chacun, nous nous sommes orientés vers la réalisation d'entretiens individuels afin d'éviter les phénomènes de *leader effect* intragroupe et les mimétismes inter participants.[29]

L'entretien semi-dirigé est une méthode de recherche qualitative. Il sert à l'étude des représentations, ainsi qu'à l'étude des comportements, aussi bien des fournisseurs que des consommateurs de soins.[30][31]

L'entretien est partiellement structuré et utilise une grille préétablie de questions ouvertes appelée « guide d'entretien ». Le guide d'entretien sert alors de fil conducteur tout au long de l'interview, auxquels peuvent venir s'ajouter d'autres éléments au fil de la conversation : il s'agit d'un guide semi-structuré qui reprend la liste des thèmes à aborder. Les questions sont posées de façon claire et intelligible, simples et faciles à poser oralement, pour lesquelles on ne peut pas répondre simplement par oui ou par non. Il existe des sous questions dites de « relance » qui permettent d'amener les points importants si le patient ne les a pas développés spontanément.[30][32]

Une seule information donnée pendant l'entretien peut avoir un poids équivalent à une information répétée plusieurs fois dans une enquête quantitative utilisant un questionnaire. Elle offre la possibilité de faire émerger des problématiques inattendues, auxquelles l'enquêteur n'aurait pas forcément pensé en élaborant un questionnaire dans le cadre d'une étude quantitative.

II. La sélection

A. Caractérisation de l'échantillon

Pour obtenir un échantillon riche, les critères d'inclusion ont été larges. La population à étudier devait être concernée par le sujet abordé. Ainsi une limite d'âge supérieure a été fixée.

- Personnes majeures
- Agées de moins de 40 ans
- Quel que soit le type de pathologie qu'elles présentent
- Qu'elles aient ou non un médecin traitant

Critères de non inclusion :

- Personnes mineures car elles n'auraient pas assez de recul sur les attentes de leur médecin
- Personnes majeures présentant une barrière de la langue
- Personnes âgées de plus de 40 ans car elles pourraient présenter des maladies induites par l'alimentation

L'échantillonnage en recherche qualitative n'a pas pour but la représentativité statistique. L'échantillon, tout en étant le plus diversifié possible, n'est pas tenu d'être représentatif de la population générale.[31]

B. Recrutement

Les modes de recrutement ont été variés afin d'assurer une certaine diversité et permettre une taille d'échantillon acceptable :

- Contact de certains médecins généralistes maîtres de stage de la région de Nice
- Mises-en ligne sur des forums d'une proposition de participation à une enquête
- Mises-en ligne sur des réseaux sociaux de participation à une enquête
- Contacts aléatoires de personnes dans la rue
- Contacts par lettre postée dans les boîtes aux lettres

C. Taille de l'échantillon

Le nombre de patients inclus n'a pas été préétabli. En général en recherche qualitative, les échantillons sont le plus souvent composés de moins de trente individus. La sélection des participants doit permettre la diversification des données.[33]

La taille de l'échantillon est déterminée par la réalisation elle-même de l'étude.

Les entretiens se sont poursuivis, avec, en parallèle, une analyse progressive des données recueillies. C'est la poursuite de l'analyse, jusqu'au moment où elle n'apporte plus de nouvel élément, qui entraîne l'arrêt du recueil des données : c'est la saturation des données.[27][31]

III. L'entretien

A. Guide d'entretien

1. Elaboration

La construction du guide d'entretien s'est articulée autour de 6 parties :

- Les connaissances des participants sur une alimentation équilibrée
- Leur mode de vie
- Leur parcours nutritionnel
- La place du médecin généraliste
- Les suggestions pour l'amélioration de la pratique et des connaissances
- L'état civil

2. Validation

L'entretien a été soumis à l'expertise d'un médecin généraliste et d'un autre médecin compétents dans le domaine de la nutrition et de la prévention primaire. Ces deux professionnels m'ont conseillée quant au cadre de l'entretien et de l'attitude à adopter.

3. Test

L'entretien a été testé sur une interne de médecine générale ainsi que sur une personne étrangère au domaine de la médecine afin de s'affranchir de certaines questions ou formules qui auraient pu être mal comprises.

B. Organisation des entretiens

Les entretiens se sont déroulés de février 2016 à juillet 2016. Ils ont été réalisés soit directement dans un cabinet de médecine générale où s'effectuait le recrutement, soit au domicile de l'enquêteur, soit au domicile du participant, soit encore par téléphone lorsque l'éloignement ou la disponibilité de la personne ne permettait pas une rencontre. Ces différents modes d'entretien et recueil des données ont permis d'assurer l'exhaustivité de l'échantillon et une diversification des réponses.

Avant chaque entretien oral, les objectifs de l'étude et le déroulement de l'entretien ont été expliqués. Un consentement éclairé a été signé par l'ensemble des participants permettant l'utilisation des données de chaque entretien. Ce document leur garantissait l'anonymat de leur réponse.

L'ensemble des entretiens ont été enregistrés à l'aide de deux appareils d'enregistrement numérique : un ordinateur portable muni d'un logiciel d'enregistrement et un téléphone portable muni d'une fonction de dictaphone.

Les enregistrements ont été retranscrits dans leur intégralité sur le logiciel Microsoft Word. Cette retranscription s'est faite dans les jours qui suivaient l'entretien. Puis, les entretiens ont été analysés via le logiciel N°VIVO permettant de définir des « nœuds » correspondant aux différents thèmes de l'entretien et « sous-nœuds » caractérisant chaque idée principale.

TROISIEME PARTIE : Résultats

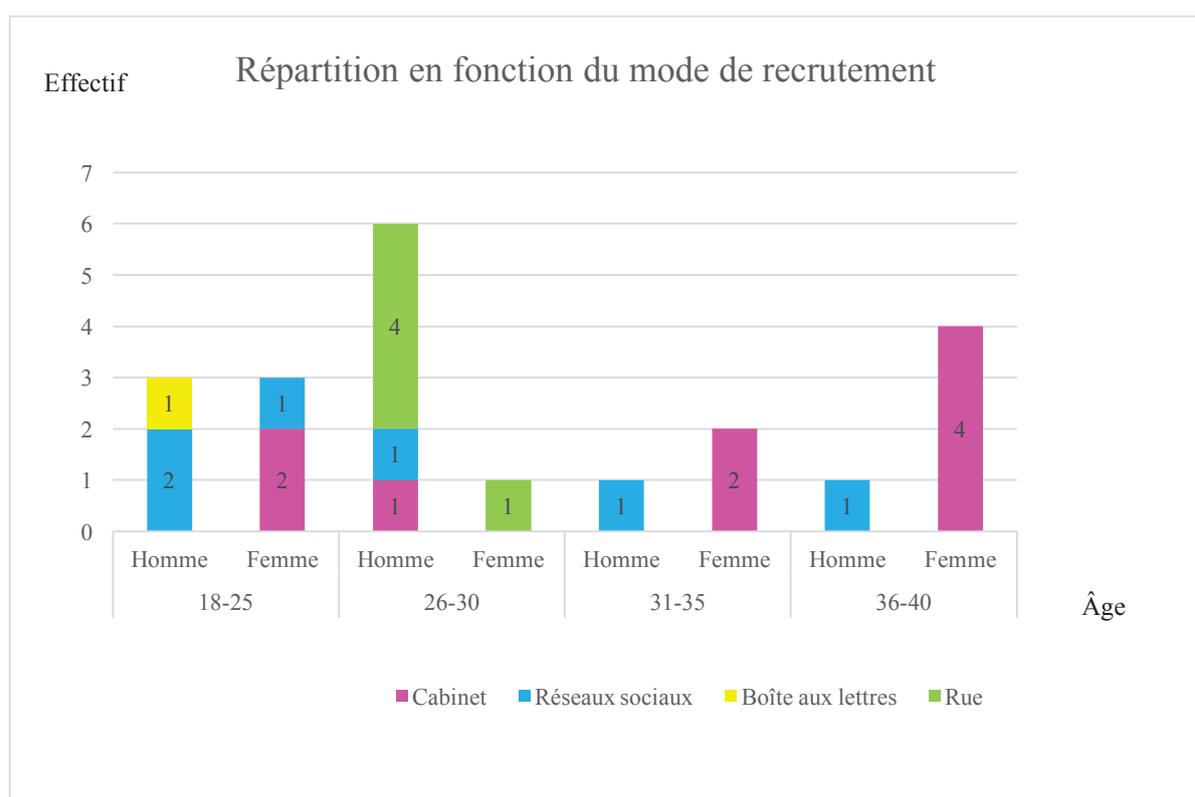
I. Résultats quantitatifs

A. Entretiens

Pour notre étude nous avons réalisé 21 entretiens semi-dirigés entre Février 2016 et Juillet 2016.
Les modes de recrutement ont été variés

Patients d'un cabinet de médecine générale	9 (43%)
Contacts via des réseaux sociaux	6 (28%)
Contact par l'intermédiaire de boîtes aux lettres	1(5%)
Contact avec des gens dans la rue	5 (24%)

La durée moyenne des entretiens était de 21 minutes
Un seul entretien s'est déroulé par téléphone.



Les thèmes retenus pour l'analyse ont été :

- Ce que les patients savent
- Leurs habitudes alimentaires
- Ce qu'ils attendent de leur médecin généraliste
- Leurs suggestions

B. Description de l'échantillon

1. Etat civil

- Sexe :

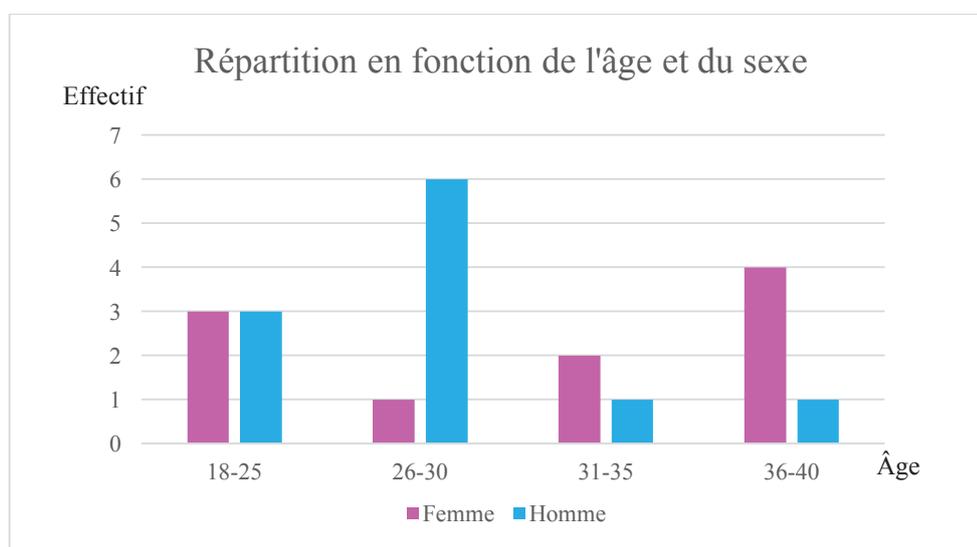
10 (47,6%) femmes et 11(52,4%) hommes ont participé à l'étude

- Age :

L'âge moyen des participants était de 29,6 ans

Le plus jeune avait 18 ans et le plus âgé 40 ans

18 – 25 ans	6 (29%)
26 – 30 ans	7 (33%)
31 – 35 ans	3 (14%)
36 – 40 ans	5 (24%)



- IMC :

L'IMC des participants a varié de 16,2 à 26,8

L'IMC moyen était de 21,6

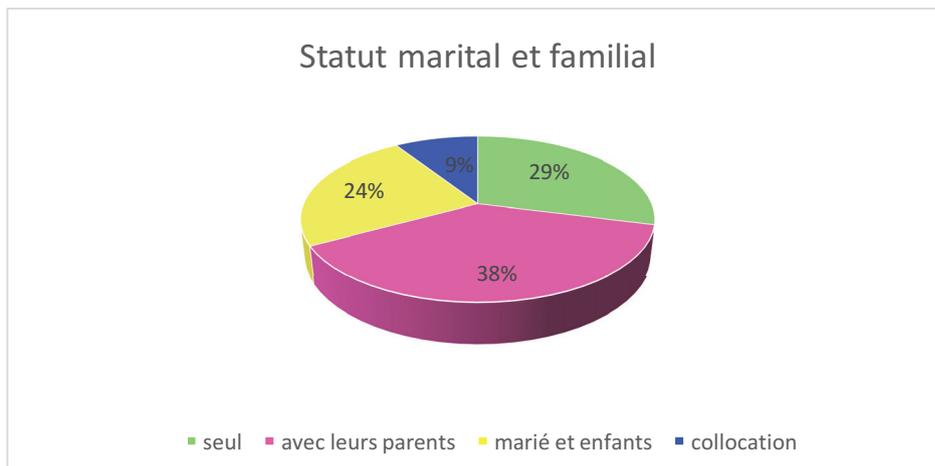
- Niveau d'études :

BEP/CAP	3 (14%)
BAC	7 (33%)
BAC +1 à +5	11 (53%)

- Professions

Plusieurs catégories socio-professionnelles ont été représentées : commerçants, professionnels intermédiaires de la santé, cadres techniques d'entreprise, ouvriers, personnel des services directs aux particuliers, employés administratifs d'entreprise, étudiants.

- Statut marital et familial



2. Mode de vie

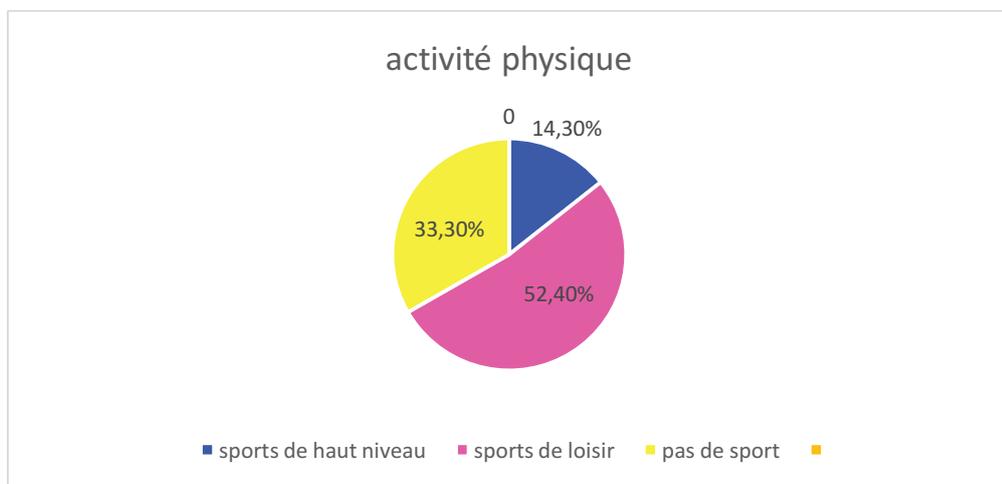
- Courses

- 8 (38%) participants ne s'occupent pas des courses

- Repas

- 11 (52,4%) participants ne font pas la cuisine
- 9 (42,9%) consomment des sandwiches ou fréquentent des snacks pour leur repas du midi
- 9 (42,9%) apportent des plats préalablement préparés chez eux
- 6 (28,6%) ne consomment pas de repas complet le soir (grignotage, sorties...)

- Pratique d'une activité physique



3. Médecin généraliste

Seuls 2 (10%) participants n'ont pas de médecin généraliste.

Parmi les 19 (90%) participants qui ont un médecin généraliste, 8 (42%) ont abordé le sujet de la nutrition avec leur médecin et 11 (58%) participants souhaiteraient que leur médecin généraliste leur en parle.

- Fréquence de consultation :
 - 5 (24%) consultent 1 fois par mois ou 1 fois tous les 2 mois
 - 13 (62%) consultent environ 2 fois par an
 - 3 (14%) consultent 1 fois tous les 2 ans

- Motifs de consultation :
 - 8 (38%) consultent leur médecin essentiellement pour des certificats de sport
 - 5 (24%) consultent pour des motifs en lien avec la nutrition :
 - 2 personnes pour suivi d'anémie
 - 1 personne présentant un pré-diabète
 - 1 personne pour une chute de cheveux
 - 1 personne qui a son fils en surpoids
 - Les autres (38%) consultent pour des problèmes de santé aigus

4. Consultation avec un spécialiste

5 (24%) participants ont déjà consulté un spécialiste en Nutrition (diététicien). Un seul a consulté pour une demande de prise de poids, les quatre autres pour une demande de perte de poids.

II. Résultats qualitatifs

A. Ce qu'ils savent

1. Des connaissances variées

a) Connaissances générales d'une alimentation saine

- Manger de tout

« Une alimentation constituée de végétaux, avec des légumes, des fruits et un petit peu de viande. Je dirai qu'il faut consommer un peu de tout » E13

« Je pense qu'il faut des féculents, des protéines, des vitamines » E9

- Place des fruits et légumes

« Manger 5 fruits et légumes par jour » E14

« Je vais associer l'alimentation saine à tout ce qui est légume. Je me dis que, quand je mange des légumes, je suis nettoyé » E17

« C'est 5 fruits et légumes par jour, parce qu'il faut plusieurs vitamines (A, B, C, D, du magnésium...) et tout ça on les retrouve dans les fruits et légumes » E20

- Les nutriments

« Les glucides ce sont les féculents et les protéines tout ce qui est viande, poisson, ce qui permet de nourrir les muscles, et les lipides ce sont le gras et la graisse mais qui permet de donner un peu d'énergie aussi en complément des glucides pour l'effort » E20

« Manger une viande, pas trop de féculents » E8

« Les protéines, je les trouve dans le soja déjà et aussi le tofu, vu que maintenant il y a du tofu aux herbes. Et beaucoup de steak haché de soja, que je cuisine comme si c'était de la viande » E11

b) Aliments à consommer sans excès

« Tout ce qui est sucre, boissons gazeuses comme les sodas, tout ce qui est un peu trop chimique, tout ce qui est excès et grignotage, des barres sucrées, tout ça à mon avis c'est pas bon, et les bonbons aussi » E12

c) Impression des connaissances

« J'ai l'impression que les bases je les ai. Après peut être que je n'ai pas les bonnes bases, peut-être je n'en ai pas assez » E14

« En diététique je crois que je sais tout ! Enfin ce qu'on sait maintenant, les 5 fruits et légumes par jour, manger de tout, des légumes, des protéines, éviter le gras. » E7

d) Manque de connaissance

« Tout ce qui concerne la nutrition je ne connais pas vraiment et j'aimerais connaître » E11

« Franchement je ne m'y connais pas du tout entre ce qui est féculent, sucres lent » E12

« Une alimentation saine qu'est-ce que c'est ? Je ne peux pas vous le dire, parce que je n'ai pas de base là-dessus. Je ne sais pas du tout » E2

2. Idées reçues

a) Les féculents font grossir

« Par exemple, manger des pâtes. Voilà, ce n'est pas bon pour le poids » E14

« J'évite, j'en prends de temps en temps mais j'essaie d'éviter... ça fait trop grossir » E15

« Avant, j'étais aussi persuadé que les féculents ça faisait grossir. » E17

b) La viande rouge à consommer avec modération

« Je sais qu'il y a certaines viandes et notamment les viandes rouges qu'il faut consommer avec parcimonie, dans la semaine. » E13

c) Mauvaise constitution des plats préparés

« Acheter des préparations toutes faites et qui ne sont pas bonnes pour la santé » E11

« Les plats tous prêts sont en général plein de sel et plein de sucre » E17

d) Surgelé

« Du surgelé parce qu'ils disent qu'il y a plus de vitamines dans les surgelés que dans les trucs frais » E16

3. Impact sur la santé

a) Le poids

- Surpoids et obésité

« Essentiellement l'obésité » E3

« Grossir. A part ça, je n'ai pas trop de notion » E21

« Il y a un rapport avec tout ce qui est fast-food et autre qui est corrélé à l'obésité dans certains pays » E3

- Perte de poids

« Je sais que si je ne mange pas assez pendant 2-3 jours je vais perdre vite du poids, je me sens vide et il m'est impossible d'aller courir » E2

« J'ai passé une semaine avec des sportifs. Et pour la nourriture, on mangeait un peu de tout...et j'ai même perdu 4 kg en 15 jours. Donc voilà la preuve, une alimentation bien équilibrée et bien planifiée et on se sent mieux » E20

b) Maladies cardio-vasculaires

- Diabète et cholestérol

- Ceux qui savent que l'alimentation peut induire ces maladies

« Pour la santé, c'est mieux de manger sain et tout parce qu'il y a des risques de cholestérol ou de diabète et ça fait un peu peur. Donc, j'essaie de manger équilibré » E12

« J'ai des notions sommaires. J'imagine que le cholestérol ça va boucher les artères. Donc, oui j'imagine que les conséquences sont graves mais je ne connais pas toutes les maladies qui peut y avoir par rapport à ça » E14

« Avec du sucré, ce n'est pas très bon pour le diabète. Après je ne sais pas trop... on peut être plus fragile pour certaines maladies, si on mange trop gras avec le cholestérol » E11

- Ceux qui pensent que l'alimentation ne peut pas être responsable de l'apparition de ces maladies

« Le diabète jusqu'à très longtemps j'ai pensé que c'était une maladie qu'on avait, et que ce n'était pas du tout une chose qu'on pouvait attraper. Ça je l'ai appris il n'y a pas très longtemps » E14

« Pour le diabète, c'est qu'ils le sont à la base donc je ne pense pas que c'est ça qui amplifie grandement la chose. Ils doivent faire attention de base parce qu'ils sont diabétiques » E21

- Des problèmes cardiaques

« Après, si tu manges trop gras, à ce que j'ai pu comprendre, tu peux avoir des problèmes au cœur » E13

« Tout ce qui est artères bouchées, des problèmes de cœur » E8

« J'imagine qu'il y a des maladies qui vont avec notamment des risques cardiaques associés du fait qu'il y ait trop de graisse autour du cœur » E3

c) Problèmes organiques

- Problèmes articulaires

« Si tu manges comme un gros, tes rotules, elles, prennent un coup » E20

« Avec des problèmes aux genoux » E7

- Des douleurs diverses

« *Quand j'étais surveillant, plus d'une fois j'ai eu des petits qui n'étaient pas bien (mal de tête, mal de ventre). Et plein de fois, quand tu parlais avec eux, tu te rends compte qu'ils n'ont pas mangé le matin, qu'ils n'ont pas bu de la journée* » E17

« *Je devais avoir 12 ans. Je me réveille en pleine nuit, avec une forte douleur au ventre. Le médecin m'a proposé un verre d'eau, j'ai bu un grand verre d'eau et 15 min après je n'avais plus rien !* » E17

- Transit

« *J'ai fait 15 jours de préparation avec les équipes de France dans le rugby. On mangeait dans des CREBS et la nourriture c'est un peu comme au collège et au lycée, tout est planifié. On mangeait de tout et après on va aux toilettes tous les jours* » E20

- Atteinte osseuse

« *Sûrement des problèmes osseux aussi ! Enfin, ça on le verra plus tard* » E19

- Carences en vitamines

« *Essentiellement de la fatigue si on mange mal et des carences. Ça joue un rôle dans tout : dans les cheveux, dans les ongles* » E4

« *Si tu n'as pas assez de vitamines et pas assez de fer tu deviens anémique* » E16

- Cancer

« *Tu peux avoir du cancer, si tu manges vraiment mal, parce que tu vas affaiblir ton système immunitaire à certains endroits* » E13

d) Croissance

« *Même la taille pour les enfants surtout* » E4

« *C'est la base, pour les enfants, pour grandir, pour se développer* » E5

e) Bien-être général

- Somatique

« *Déjà pour se sentir bien. Une bonne alimentation ça aide à se sentir mieux. Ça se ressent quand même sur le corps. Et quand on commence à vieillir on a mal un petit peu partout et je trouve qu'en mangeant mieux, le corps suit* » E11

« *Je pense que l'alimentation, l'eau y compris ça tient une place importante dans le bien-être de chacun, dans le bien-être intérieur et extérieur de chacun* » E17

« *C'est l'essence que tu mets dans la voiture ! Si on ne veut pas avoir à nettoyer les filtres tous les 6 mois il ne faut pas mettre de la mauvaise essence, c'est pour être en forme* » E14

- Psychologique

« Ça nous met dans de bonnes conditions morales. De toute façon moi quand je n'ai pas le moral je ne mange pas » E19

f) Certaines personnes n'ont pas conscience des conséquences

« Des maladies, je n'irais pas jusqu'à dire ça puisqu'il y a des gens qui mangent très mal mais ne sont pas malades pour autant » E4

« Je n'ai pas une idée concrète des maladies » E17

« Je ne sais pas, je ne suis pas assez renseigné là-dessus » E3

4. Représentation de l'alimentation

a) Plaisir

- Plaisir gustatif

« Un bonheur !!!! J'adore manger. Quand je mange je déguste, je mange très lentement, je peux rester 30-40 min et je déguste vraiment mon plat » E1

« La vie ! J'aime bien manger, c'est un plaisir, pas non plus jusqu'à m'en gaver l'estomac mais j'aime ça » E15

« C'est tellement bon, c'est enrichissant, c'est le voyage ! Moi j'adore voyager et manger des choses différentes. La nourriture c'est le plaisir ! » E20

- Moment de partage et de convivialité

« Vraiment un plaisir et j'aime le partager avec des gens c'est convivial » E1

« Des moments très sympathiques entre amis au restaurant... ça peut être des moments très conviviaux » E8

b) Besoin

- Pour vivre

« C'est un bien primaire. Sans ça on meurt » E20

« On est obligé de manger sinon on ne va pas bien. C'est un besoin » E4

« C'est un peu le fuel, l'essence de notre corps. C'est grâce à ça que le corps fonctionne. C'est un besoin, c'est ce qui va nous donner de l'énergie au cours de notre journée » E3

- Pour la santé

« Bien manger c'est la base. Au niveau de l'hygiène de vie bien s'alimenter c'est le principal je dirais » E8

« L'alimentation, c'est tout ce qui nous aide à vivre quand même, à être en bonne santé » E9

« Pour moi, c'est la base de la santé. Ce qu'on mange, c'est ça qui permet d'avoir tous nos apports » E18

- Pour le sport

« C'est un besoin et, en tant que sportif, c'est une obligation aussi » E2

« L'alimentation, c'est très important. Parce que, quand on fait du sport si on ne surveille pas ce que l'on mange, ça ne sert à rien de faire du sport, on perd tout. Donc, l'alimentation tient une grande place » E14

c) Contrainte

« Des fois une contrainte parce qu'on ne sait plus quoi faire à manger, on manque d'idées » E16

« Ça peut aussi être une contrainte parce qu'on n'a pas le temps et il faut quand même s'alimenter » E8

« C'est trop compliqué, c'est tellement vaste » E12

5. Sources d'information :

a) L'éducation

- Reçue par la famille
 - Inculcation des bonnes habitudes alimentaires
 - La famille cuisinait de façon équilibrée

« Enfin mes parents. Ma mère était quelqu'un de très équilibrée qui nous faisait une alimentation équilibrée avec des légumes » E7

« Quand j'étais chez mes parents c'est ma mère qui cuisinait. Elle faisait toujours tout équilibré. On avait toujours une entrée, soit un peu de saucisson, soit une petite salade et après soit des légumes qui accompagnent la viande avec des pâtes. Ça m'a donné des idées et une ligne de conduite » E16

« Essentiellement par la famille. Je crois que c'est ça qui permet de faire attention quand on a moins de 18 ans. Ce sont plutôt les parents qui cuisinent. Ce sont plutôt eux qui nous donnent des habitudes de consommation sur comment manger sainement et équilibré » E3

- La famille a appris aux enfants comment manger

« Mais après c'est sûr que ma famille m'a éduqué sur ça. Il ne faut pas rester une semaine sans manger de salade et de fruits et légumes. C'est sûr aussi que si on mange 3 kilos de viande dans la semaine il y a un problème. Il y a un minimum à respecter » E21

« Dans ma famille, c'est sûr, mes grands-parents ont toujours fait des bons repas. Enfin avec des bonnes choses. On ne mangeait pas de pizzas et des choses comme ça. Enfin quand on mange sainement depuis petit on tend vers ça » E19

➤ La famille mettait des limites aux enfants

« Ma mère nous interdisait de boire des sodas à table et depuis, c'est resté. Dans nos habitudes de consommation on boit tout le temps de l'eau à table et même à côté de ça on se limite et on ne va pas aller boire du coca dehors parce qu'on en a pas spécialement envie ou besoin » E3

« Mes parents ne nous ont jamais conseillé de manger tout ce qui est chocolat. Même eux quand ils allaient faire les courses, ils évitaient de nous acheter tout ça » E12

« Ma mère m'a souvent mis en garde puisque quand j'étais petit j'étais très sucrerie » E15

➤ Des membres de la famille déjà atteints de maladies

« Sa mère avait du diabète, et ma mère, elle, a un peu de cholestérol. C'est par rapport à son expérience personnelle et par rapport à son entourage qu'elle m'a mis en garde » E15

« Par rapport au diabète, j'ai un frère qui est diabétique donc je sais qu'il doit faire très attention avec tout ce qui est sucre et tout ça » E12

➤ On reproduit ce que l'on a connu

« Je suis dans une famille qui aime bien manger des choses on va dire plutôt saines. Mes grands-parents sont un peu italiens, donc on va dire que la cuisine méditerranéenne-provençale, ils connaissent par cœur donc j'ai été un peu élevé à l'huile d'olive si on veut » E13

« C'est ma mère qui m'a cuisiné des petits plats jusqu'à très longtemps donc forcément on apprend à cuisiner les mêmes choses qu'elle » E14

« Ma mère a fait moins de protéines. Mais on a essayé de cuisiner plus sainement peut être en mettant moins d'huile, moins de beurre ou de matière grasse pendant la cuisson. Et moi, c'est rentré dans mes habitudes lorsque je cuisine et je mets pratiquement aucune matière grasse maintenant » E3

○ Des parents peu vigilants quant aux mauvaises habitudes alimentaires

« Quand on voit leur goûts, c'est des paquets de chips et des sodas. Quand les parents viennent les chercher, ils arrivent avec des canettes de soda. Ce n'est pas vraiment approprié sachant que c'est déjà la maternelle donc je n'ose pas imaginer ce que ça va être plus tard. Ça vient des parents. » E5

« Ce sont les parents qui y sont pour beaucoup pour la nourriture, pour l'éducation qu'ils le veulent ou non, c'est un peu de leur faute si je ne mange pas équilibré. Je bois du coca depuis que je suis toute petite, toute la journée » E4

« Ma mère cuisinait très gras. Je ne pense pas que c'était très équilibré parce qu'elle faisait beaucoup de sauces, et je faisais comme ma mère m'avait appris. Avant ils cuisinaient très gras » E11

○ Manque de connaissance du fait que les parents ne savaient pas eux-mêmes

« Ma mère ne faisait pas à manger, elle faisait que des pâtes et mon père ne faisait pas à manger. Donc forcément, je ne sais pas cuisiner » E8

« Mes parents ne sont pas du tout dans l'équilibre alimentaire. Ce n'est vraiment pas quelque chose qui les touche de près ou de loin » E1

- La famille comme source d'information :

« En premier lieu vers ma famille puisqu'elle est assez informée là-dessus comme ma tante qui suit beaucoup tout ce qui concerne la nutrition. Donc si on a une question on demande à cette personne parce qu'elle est très au point sur le sujet » E3

« J'ai pris des conseils auprès de ma belle-mère et de ma grand-mère » E8

- Reçue par l'école

- Au travers d'ateliers

« Il me semble qu'on le faisait avant. Il y avait souvent la journée du goût, la journée ci, la journée ça. Il y a des petites journées pour sensibiliser les enfants » E17

« L'école elle sensibilise un peu, je me souviens qu'il y avait des intervenants qui venaient nous dire qu'il ne fallait pas manger ci ou pas manger ça » E15

« Il y a des ateliers cuisine et ils apprennent depuis tout petit. Ils ont chaque atelier : atelier dessin, atelier cuisine, atelier où ils s'occupent des enfants...on les met dans l'atelier et on leur montre il y a les légumes, il y a les tomates, il y a les bananes... c'est un petit snack en fait, on leur montre il y a le pain, il y a le poulet et ils leur font faire » E5

- Au travers des professeurs et instituteurs

« De toute façon, nous, (institutrices) on leur fait passer souvent des mots disant que à la récréation c'est une compote ou un fruit c'est jamais de gazeux, jamais de sucre » E5

« Ma professeur d'histoire, un jour, elle m'a dit ce qu'il y avait dans des aliments et depuis ça me dégoute, comme des nuggets, des merguez ou des trucs comme ça » E9

- Par la cantine

- Repas équilibrés selon certains

« La cantine, il y a toujours des repas bien. Il faut toujours qu'il y ait des légumes et ils doivent nous les mettre avec de la viande » E9

« Quand ils mangent à la cantine, c'est équilibré. Même si ce n'est pas bon, je l'avoue, c'est équilibré. Ils ont du poisson deux fois par semaine, de la viande une fois, ils ont beaucoup de légumes et de fruits » E5

- Repas non équilibrés selon d'autres

« Il mange à la cantine, mais à la cantine les repas ne sont pas équilibrés » E6

- Formation dédiée aux petites classes :

« Après CP, CE1, CE2, l'enfant n'en fera plus de ça. Donc c'est vraiment en maternel » E5

b) L'entourage

- Les amis

« Je pense que je demanderais autour de moi à des personnes qui s'y connaissent ce qui est le mieux. Je prendrais conseil auprès de quelqu'un » E18

- L'entourage sportif

« Surtout des conseils en magasins spécialisés de sport, avec mes collègues de travail de Décathlon et à des sportifs de haut niveau » E2

« Vu que je fais pas mal de sport, c'est en parlant avec des sportifs » E17

c) Médias et autres

- Internet

- Idées de recettes :

« Et beaucoup sur internet. Je vais sur les sites de végétariens, je prends des recettes et j'essaie de les faire » E11

« J'ai toujours apprécié aller sur certains sites. Je regarde un peu comment faire une recette » E13

- Informations nutritionnelles

« Je regarde un peu sur internet les comparatifs de ce qu'il y a comme sucre dans un verre de coca » E12

« Je tape sur Google les mots clés et après je regarde sur plusieurs sites pour voir ce qu'il peut se dire en général » E15

- Avoir des conseils d'autres personnes :

« J'ai regardé sur internet aussi, j'ai feuilleté des forums » E6

« Ça peut être des vidéos sur You Tube. On trouve des personnes qui donnent des conseils sur la nutrition et la musculation. Et c'est vrai que ça aide quand on ne s'y connaît vraiment pas. Ils donnent des conseils sur ce qu'il faut manger, ce qu'il faut éviter pendant les repas, après les repas, entre les repas ! » E12

- Télévision

- Publicités

« Les médias, ils y participent. Quand tu entends à la télé qu'il faut manger 5 fruits et légumes par jour, à force de l'entendre ça commence à rentrer et on le fait de plus en plus. Mais ce ne sont pas forcément les médias qui me disent « fais attention à toi, tu vas grossir » » E19

« Les publicités, on entend qu'il faut manger 5 fruits et légumes par jour et manger pas trop gras, pas trop sucré, pas trop salé » E9

➤ Reportages

« Je regarde souvent les reportages d'athlètes pour savoir comment ils mangent et après je fais du mimétisme » E20

« Je crois que c'est dû surtout à causes des reportages que j'avais vu à propos de l'alimentation, des OGM et tout ce qu'on pouvait mettre en général dans la nourriture et qui était distribué en supermarché. Ça m'a un peu inquiété » E15

○ Livres et magazines

« Je me suis achetée des livres végétariens pour ne manquer de rien » E11

« Sur des articles parfois il y a des choses de nutrition qui passent » E18

« Des bouquins mais des choses faciles et rapides, des recettes en fait » E8

d) Professionnels

○ Spécialistes en nutrition

« Quand j'avais 11-12 ans ma mère m'a emmené voir un diététicien » E15

« Ma mère a souvent dû voir des nutritionnistes. Donc effectivement, elle était plutôt au point sur le sujet. C'était des bons conseils. Et comme elle cuisine plutôt bien et plutôt souvent on prend modèle. Moi, ça m'a servi à savoir ce qui est bon et ce qui n'est pas bon » E14

○ Professionnels médicaux et paramédicaux

« Il y avait le pédiatre. Il me disait comment leur faire à manger et je mangeais comme eux, sauf bien sûr quand ils étaient bébés. Mais j'ai rééquilibré tout ça. Le pédiatre me disait ce qu'il fallait faire, comme un mode d'emploi » E7

« Il y a quelques temps de ça, j'étais de plus en plus constipé, mal au ventre, flatulences. Mon ostéopathe m'a dit « tu n'es pas un veau, le lait c'est pas pour toi, tu en as bu quand tu étais petit, maintenant tu arrêtes de boire du lait, enfin en excès tous les matins », donc depuis j'ai arrêté le lait » E17

○ Formation professionnelle

« A travers le sport, j'ai un diplôme « performance sportive ». Donc je sais comment me nourrir normalement ou comment donner des conseils aux gens » E20

« Je travaille dans les écoles maternelles et j'ai fait de nombreux stages. Au fil du temps j'ai appris ce qui était bon ou pas et pas. C'était des stages sur la nutrition des enfants » E5

« A l'école, mais récemment. Je suis en terminale en accompagnement soins et services à la personne » E9

6. Fiabilité des sources d'information

a) Confiance aux professionnels

○ Confiance aux médecins

« Généralement on écoute les médecins parce que ils ont un bac + 8. Ce sont des médecins et ils sauvent votre vie donc on les écoute plus facilement » E20

« Le pédiatre me disait ce qu'il fallait faire, comme un mode d'emploi. Parce que quand on ne sait pas, on écoute son pédiatre » E7

« On a plus confiance en un médecin que les gens que l'on croise dans une salle de sport ou autre. Donc forcément, si un médecin fait un programme alimentaire, on aurait tendance à plus suivre son programme alimentaire que celui d'une personne qui s'est autoproclamée coach sportif » E12

○ Professionnels

« C'est mieux d'avoir une personne diplômée en face de soi qui nous donne des conseils que les différents magazines ou internet » E8

« Mon ostéopathe est aussi un interlocuteur privilégié. Et quand il me dit quelque chose je l'écoute » E17

b) Confiance en son entourage et sa famille

« Ma mère est fiable. Mes amis aussi parce que je pense que quand ils me donnent des conseils c'est pour me donner des bons conseils » E14

« Après dans la famille il y a un fort impact vu que c'est testé par des personnes de confiance. Donc, on y croit d'autant plus que lorsque ça a été recherché à partir d'autres sources ou des livres. Surtout quand d'autres personnes de la famille ont pu réellement vérifier ces informations »

c) Réserves quant à l'information des médias

○ Internet

« Je pense que l'information que l'on trouve sur internet n'est pas fiable à 100%. Mais ça permet de faire un débrouillage et après je peux aller voir le spécialiste. Internet ça me donne des idées » E1

« Je regardais un peu sur internet mais tout le monde m'a dit de ne pas suivre internet » E5

« On ne sait jamais vraiment tout ce qu'on trouve sur internet » E3

○ Les publicités

« Aucune presque, je me méfie un peu de tout ce qui est média en général » E15

« Forcément quelque chose qui réveille les gens c'est le slogan « mangez 5 fruits et légumes », à la télévision. Alors, c'est bien ou ce n'est pas bien ça on ne sait pas. C'est comme tout, des fois on nous dit quelque chose pendant des années et du jour au lendemain, on nous dit que, finalement, ce n'est pas si bien que ça » E17

« Par exemple il y a des publicités qui disent : « Manger 5 fruits et légumes par jour » ou alors « buvez un litre et demi d'eau ». Moi je ne sais pas si c'est totalement vrai » E13

d) La multiplicité des informations amène à la confusion

« Il y a beaucoup de publicités qui vont aller à l'extrême opposé de ce qu'il faudrait faire. Du coup on est un peu embrouillé et on ne sait pas ce qu'il faut vraiment faire » E13

« Mais chacun a sa version ! Du coup je ne sais pas trop où me situer, et au final, je continue comme j'ai toujours fait, sans me prendre la tête » E12

« Dans la salle de sport où je suis, par exemple il y a 3 coachs mais chacun va donner une version différente de l'autre. Il y en a qui vont dire d'éviter tout ce qui est sel, et d'autres qui disent que vu mon gabarit je peux tout me permettre » E12

B. Leurs habitudes alimentaires

1. Ceux qui font attention à maintenir un équilibre alimentaire

a) Certaines personnes sont attentives à leur alimentation

- Pour leur bien être

« J'essaie de faire attention à ne pas mettre trop de beurre, trop de sel et d'éliminer le gras sur certains plats. J'ai l'impression de bien manger, je m'efforce de maintenir un certain équilibre. Je ne me ressers pas deux fois, je prends un fromage ou un dessert, je ne bois pas de boissons sucrées » E14

« Pour mes repas, j'essaie de cuisiner sans matière grasse c'est à dire que je ne rajoute pas d'huile ou de beurre pour faire cuire mes aliments et j'essaie au maximum de rajouter des légumes pendant que je cuisine. Il y a toujours une part de protéine dans mes repas que ce soit de la viande comme du poulet, des steaks hachés ou des œufs » E3

- Pour le bien-être des enfants

« Quand on a la petite une semaine sur deux, c'est lui (le père) qui fait à manger. Tous les repas sont à table parce que c'est moi qui instaure ça en famille donc il fait à manger » E8

« Moi, je sais que je travaille, je fais 10h par jour et bien le soir je prépare un gros repas. Et comme je sais que le lendemain midi mes filles sont seules, elles n'ont plus qu'à chauffer et le soir quand j'arrive, je refais la même chose pour le lendemain » E5

« Je travaille, je cuisine et le matin le petit déjeuner est prêt pour tout le monde. J'ai trois enfants et je prépare tout la veille » E7

b) Organisation sur une journée

- Petit déjeuner complet

« Le matin, c'est quasiment tout le temps du pain de la confiture et du beurre et un café, et des fois du jus de fruit » E14

« Le matin, je me lève et je prends un grand verre d'eau. Ensuite, je prends un café avec une cuillère à café de sucre, et ensuite je prends des céréales avec du lait » E3

« Le matin, c'est chocolat et lait de soja ou thé, avec tartines, pain, céréales, yaourts naturels » E7

- Organisation par rapport au travail

- Ils se préparent un repas équilibré

« La plupart des repas il y a des pâtes, du couscous ou des pommes de terre congelées. Avec ça une source de protéines que ce soit du blanc de poulet ou des steaks hachés, accompagnés de légumes. En dessert, on prend en général une compote de pomme » E3

« Je me fais des salades, mais je me les fais. Je ne les achète pas toutes faites. Sinon l'hiver ce sont des plats cuisinés que je fais et que j'emporte au travail » E19

« Au travail, j'essaie souvent de ramener de la maison comme du riz avec du blanc de poulet » E12

- S'ils mangent à l'extérieur ils font tout de même attention à ce qu'ils prennent

« Le midi, je suis au travail donc je vais au restaurant et je prends un plat, sans dessert. C'est le plat du jour. C'est un plat complet avec des féculents, des protéines et des légumes » E14

- Le soir ils prennent du temps pour cuisiner

« Le soir ce sont des repas plus complets avec de la viande, des légumes. Enfin un peu de tout le soir » E18

« Le soir j'essaie de prendre un peu plus de temps pour varier mon alimentation. J'essaie de changer par rapport à ce que j'ai mangé à midi » E2

« Le soir ça dépend des motivations. On consomme toujours un peu de féculents avec des légumes et de la viande mais ce n'est pas automatique le soir et pareil en dessert une compote de pomme » E3

- S'ils font des excès ils essaient de compenser

« Je fais des sortes de pause de temps en temps. Quand on sait qu'on a fait un excès la veille, le lendemain on fait attention. Je compense : si je fais un écart le midi, le soir je fais attention » E14

« Il faut garder un bon équilibre entre tout, c'est à dire ne pas tomber dans l'excès. Par exemple ça peut nous arriver de manger mac Donald plusieurs fois d'affilé mais déjà, on ne se sent pas très bien. Donc on va essayer de compenser les jours suivants » E3

- Plaisirs occasionnels

« Le week-end on consomme un peu plus tout ce qui est pizza et restaurant. Mais c'est le week-end en général où il y a des écarts » E12

« J'essaie de ne pas trop manger de fast-food. Mais de temps en temps je me fais plaisir » E16

2. Ceux qui font moins attention à leur alimentation

a) Raisons diverses et variées

- Contraintes d'organisation

- Manque de temps pour cuisiner

« Pour faire très rapide, il y a beaucoup de repas surgelés, et sinon il y a des pizzas ou mac Donald » E6

« Moi je cours tout le temps et des fois je n'ai pas le temps de me poser, de faire un menu complet avec entrée, plat, dessert » E8

« C'est de l'organisation. Et puis il y a certains plats qu'il faudrait faire un peu à l'avance. Comme ça on a toujours dans le frigo des plats bien cuisinés et pas toujours des plats préparés à la va-vite » E13

- Manque de temps pour faire les courses

« C'est de la facilité de consommer certains produits comme par exemple des pâtes qui se font rapidement, parce que faire les courses, comme par exemple tout ce qui est fruits et légumes au marché, ça demande un du temps... » E13

« Si j'avais le temps j'aimerais pouvoir aller faire mon marché et aller acheter des produits locaux. Et si j'avais encore plus de temps j'aimerais encore mieux les faire pousser moi. Je n'ai pas le temps pour ça donc j'essaie quand même d'acheter des produits bio » E19

- Manque de connaissance

- Manque de savoir-faire en cuisine

« Je ne sais pas du tout cuisiner en fait et quand je fais les courses je ne pense pas forcément à acheter les légumes. C'est la préparation qui me fait peur » E1

« Déjà je ne savais pas faire la cuisine donc c'était réglé, mais après j'ai toujours mangé tout et n'importe quoi » E6

- Manque de guide

« J'aimerais le faire mais comme je n'ai pas de programme je ne suis pas trop » E12

- Problème de coût

« C'est un petit peu coûteux aussi » E13

« On choisit ce que l'on achète plus en fonction du prix plus que de la qualité en elle-même. On regarde le prix au kilo. Peu importe si c'est de la bonne qualité, sans se soucier d'où ça provient et sans se soucier si c'est bon ou pas pour la santé » E3

- Périodes de vie

« Je sors de la période de ramadan donc j'ai perdu 6 kg donc là j'essaie de reprendre un maximum au plus vite. Du coup je ne fais pas forcément attention à ce que je mange » E12

« C'est plus difficile quand on est jeune d'avoir un équilibre. Il y a souvent beaucoup d'excès » E14

- Goûts

« Je ne sais pas pourquoi je mange mal. Mais c'est difficile parce que la viande ça me dégoûte, le poisson et les œufs aussi. Je suis compliquée donc après il ne reste pas grand-chose à manger » E4

« Je n'aime rien. Je suis très difficile. J'aimerais mais je ne le fais pas parce que je grignote toute la journée » E8

- Ils n'en subissent pas les conséquences

« Quand je suis tout seul je ne fais pas attention à ce que je mange. Je mange ma viande, ma charcuterie, mon fromage. Quand j'ai faim je mange ce que j'ai envie de manger parce que, pour moi, ça ne me pose pas de problème au niveau du poids » E21

« Je n'ai pas l'impression que ce soit mauvais pour mon corps et comme je ne grossis pas je ne me pose pas plus de questions que ça » E3

b) Organisation sur une journée

- Ils ne prennent pas de petit déjeuner

- Par manque de faim

« Le matin je n'ai pas très faim » E2

« Je déjeune jamais le matin parce que je n'ai jamais faim. C'est trop tôt. Je prends juste un café et un jus de fruit » E16

« Je ne mange pas le matin. Le matin pour moi c'est café-clope ! » E21

- Par manque de temps

« Le matin, des fois, j'ai rarement le temps de prendre un petit déjeuner donc ça m'arrive de prendre de la protéine justement » E12

« Je déjeune dans ma voiture un pain au chocolat avec un jus d'orange » E8

- Contraintes de travail

- Contraintes d'horaires

« Je mange à chaque fois tard. J'essaie de me faire mon repas le plus tôt possible mais déjà le repas de midi, soit je le saute soit je le mange à 14h-14h30 » E15

« Ça peut être des coupures, le soir finir à 22h. Mes horaires sont décalés. Par rapport à mon fils et à son alimentation, je pense que ça joue beaucoup » E6

- Sandwichs ou plats industriels

« Entre midi et deux, vu que j'ai le domicile le matin et le cabinet l'après-midi, je mange beaucoup de sandwichs ou des plats à la va-vite » E21

« Le midi c'est plus lourd, en général, une pizza qu'on achète en boulangerie. Ce n'est pas vraiment ce qu'il y a de plus équilibré ! Enfin c'est très gras, plein de sel, des plats tout prêts » E17

« Des fois, je vais m'acheter mac Donald, des fois je prends des biscuits » E6

- Le repas du soir n'est pas organisé

- S'ils n'ont pas eu un repas équilibré le midi

« Le soir ça dépend quand je rentre, soit je me mange tout ce qui est à ma disposition comme du pain et du fromage et après ça dépend : s'il y a des pâtes je vais manger des pâtes » E6

« Le soir je me jette sur la nourriture parce que j'ai très faim. Je vais manger de la charcuterie avec du fromage, du pain, en attendant le repas du soir. Et puis, quand c'est l'heure de manger je ne mange plus parce que je n'ai plus faim. Ensuite je finis toujours par une note sucrée parce que j'ai besoin de sucre » E8

- Seuls, ils ne font pas la cuisine

« Je fais un peu la grève. Je mange rien, juste un fruit, une tisane et je vais me coucher » E1

« Des fois, je mange tout seul et je grignote. Je ne suis pas forcément très équilibré le soir » E14

- Les grignotages coupent l'appétit

« Je grignote beaucoup, c'est ça qui me coupe un peu l'appétit. Le matin, je mange souvent et en plus, comme je travaille à Décathlon, j'ai souvent à disposition des barres de céréales ou du chocolat. Je mange souvent entre les repas et l'après-midi c'est pareil » E2

« Je grignote toute la journée, des biscuits, des bonbons et du Coca-Cola, parce que je ne bois pas d'eau du tout. Mais quand je dis que je n'en bois pas, je n'en bois pas. C'est vraiment 2 litres de Coca-cola par jour » E6

« Des galettes de riz. Mais si je n'ai pas assez mangé le matin, c'est tout au long de la journée ! » E1

- Mauvaises habitudes alimentaires

« J'ai commencé à travailler à KFC en attendant de trouver du travail. Et depuis je mange beaucoup dehors et je me nourris mal. Ce sont des cochonneries, parce qu'on sait très bien que c'est très gras et que ça n'apporte rien d'essentiel » E4

« Pizza, fast-food, au moins une fois par jour et après je grignote toute la journée, des M&M'S, des gâteaux » E20

« Je mange plein de cochonneries quand même. Moi je suis très bonbons, très sucré, très Coca-Cola, mais tout ce qu'il ne faut pas faire ! Vraiment tout le contraire ! » E6

3. Adaptation de l'alimentation en fonction du sport

a) *Ceux qui adaptent leur alimentation pour le sport*

- Intérêt des féculents pour l'énergie

« Si j'ai une course le lendemain, dans ce cas j'essaie de manger un peu plus que ma faim. Si je sais que je vais faire une activité physique, j'essaie de manger plus de féculents la veille, par exemple si je fais un marathon ou un trail, la semaine d'avant je mange beaucoup de poulet et de féculents » E2

« Je fais du sport, je suis marathonnienne. Donc quand je sais que je dois courir, je fais attention, je sais que je vais manger plus de pâtes et de sucres lents, je suis obligée d'en prendre la veille » E7

« Avant de partir à la salle de sport, je mange un peu de féculents, un peu de pâtes ou de riz, de la viande parce que c'est important. Donc oui, j'essaie de bien manger avant d'aller à la salle de sport pour avoir de l'énergie et ne pas être trop fatigué » E15

- Les sources de protéines

« Généralement après le sport on prend des bonnes sources de protéines soit avec des œufs durs soit avec une ration supplémentaire de steak haché » E3

« Ma fille fait de la boxe française, donc pour elle je fais plus attention. Elle mange beaucoup de riz, beaucoup de viande blanche, beaucoup de thon » E5

- Consommation de compléments alimentaires

« Quand on fait du sport, pour trouver tout dans l'alimentation ça revient cher. Le corps a besoin de beaucoup de protéines...Donc ça, on les trouve dans les compléments alimentaires. Pour aller dans la performance, il faut faire attention à tout » E20

b) *Ceux qui ne l'adaptent pas*

« J'essaie de faire au moins 2h par semaine de la piscine le week-end. L'alimentation reste la même. Quand j'ai faim je mange ce que j'ai envie de manger » E21

c) *Ceux qui s'autorisent plus d'écart parce qu'ils ont fait du sport*

« Je me permets de manger ce que je veux derrière parce que je fais un peu de sport. Je pense souvent que je fais un petit peu de sport et un petit peu d'excès juste derrière parce que je fais du sport pour ça » E14

« Après le sport, je mange beaucoup plus le soir ! Je ne mange pas mieux mais je mange plus. Je me permets beaucoup plus d'excès si je fais du sport » E17

4. Ceux qui ont modifié leurs habitudes alimentaires

a) De quelles manières ?

« J'ai changé mon alimentation. Avant, je mangeais beaucoup de plats surgelés le soir, parce que je n'avais pas le temps. Et là, je mange plus équilibré, avec des fruits bien entendu ! » E11

« J'ai changé en terme de proportions. Maintenant j'essaie de faire un peu plus attention. J'essaie de faire le marché de temps en temps et manger un peu plus de fruits et légumes » E13

« On fait attention. On met moins d'huile dans nos plats, on met moins de sel, moins de viande, on essaie de rendre moins riche le plat » E15

b) Pour quelles raisons ?

- Pour les enfants

« Quand j'ai eu les enfants j'ai tout rééquilibré tout ça. C'est pour le bien-être des enfants. C'était important pour moi » E7

« Quand la petite est là on se met à table et on fait plus attention. On mange des légumes des fruits » E8

- Pour soi

- Bien-être personnel

« Je pense que je ne me sentais pas bien avec mon ancienne alimentation. Ça fait longtemps que je recherche une alimentation saine » E11

« Ça m'intéresse pour savoir comment manger sainement » E1

- Pour des raisons de santé

« C'est aussi depuis que j'ai un problème de fer que je me suis dit qu'il fallait que je fasse plus attention à ce que je mange » E11

« Même pour ma santé, pour les années qui vont venir je me dis que ce n'est pas une mauvaise chose non plus d'avoir une alimentation saine » E15

- Suite à une prise de poids :

« Une fois, j'étais en Tunisie et là-bas, je prenais que du Fanta tous les jours et j'ai trouvé que j'avais un peu pris du visage donc là, je me suis dit qu'il fallait vraiment se calmer » E12

« Au début j'étais à 59 kg et pour essayer de prendre du poids je ne faisais pas attention à mon alimentation. C'est qu'après quand j'ai commencé à arriver vers les 75-80kg que là je me suis dit qu'il fallait faire plus attention » E12

- Pour le sport

« C'est surtout depuis que je fais beaucoup de sport que je m'intéresse à la diététique, pour pouvoir améliorer mes performances ou pouvoir finir une course sans avoir d'hypoglycémie ou de malaise ou de manque d'énergie » E2

« Comme je fais beaucoup de sport, ça m'intéresse de savoir comment manger correctement » E17

- Curiosité personnelle

« Mon père ne s'intéresse pas du tout à ce qu'il mange. Un jour, suite à un problème de cholestérol, il s'est mis à ne manger que du riz midi et soir. Donc forcément comme mon père était un petit peu excessif ça m'a forcé à m'y intéresser un petit peu » E17

c) Par qui ?

- Initiative personnelle

« C'est de moi-même, ça faisait longtemps que j'y pensais » E11

« Je me dis qu'il faut quand même faire attention. Il ne faut pas trop forcer sur tout ce qui est protéines, Coca-Cola et tout ce qui fait grossir. J'essaie de trouver un juste milieu mais ce n'est pas évident » E12

- Par les personnes avec qui on vit

« En rencontrant mon ex compagnon qui mangeait très équilibré avec un peu de tout comme des légumes, de la viande, des féculents. Il cuisinait très bien et j'ai su apprécié » E1

« Mon mari me fait découvrir des plats niçois, par exemple nous on cuisine au beurre et lui il cuisine à l'huile d'olive. Voilà ce sont des choses différentes. Mais depuis que je suis avec lui je mange beaucoup mieux » E8

« Ma mère a fait plus attention à ce qu'elle cuisinait. Elle essayait de faire plus équilibré donc je dirai qu'on a commencé à manger un peu plus sainement » E3

- Entourage

« J'ai parlé avec une amie qui est en médecine, il y a quelques années de ça, qui m'a dit que les féculents c'était bon à tous les repas mais pas en excès. Le reste de la discussion je ne m'en rappelle pas forcément. Maintenant je me dis que je mange un peu de féculents tout le temps » E17

5. Consultation diététicienne

a) Motifs

- Pour une perte de poids

« Je suis allé voir une diététicienne il y a un an. Je suis allé la voir pour perdre du poids parce que j'étais monté à 110kg » E20

« Quand j'avais 11-12 ans ma mère m'a emmené voir un diététicien parce que j'étais en surpoids et elle voulait que je perde tout ça. On l'a suivi pendant quelques mois, ça avait porté ses fruits » E15

« J'étais allée voir un diététicien parce qu'à une période, j'avais 10 kilos de plus effectivement » E8

- Pour une prise de poids

« Ma mère, quand j'étais plus jeune, me trouvait maigre. Donc elle m'a emmené chez un nutritionniste, vers l'âge de 15-16 ans » E21

b) Initiatives :

- Personnelle :

« C'est moi qui l'ai appelée. J'avais un peu envie de voir ce qu'elle allait me dire mais je savais déjà tout ce qu'elle m'a dit donc je n'y suis pas retournée » E20

« C'est moi qui l'ai contactée. J'ai cherché une diététicienne proche du travail pour que ce soit pratique pour aller la voir » E8

« En fait j'avais une amie qui avait 30kg à perdre. Pendant un an je ne l'ai plus vue, et quand je l'ai revue elle avait tout perdu. Moi j'avais juste 4kg à perdre et depuis il nous suit. Je le vois une fois par mois et c'est un entretien » E7

- Par le médecin

« Justement quand j'étais petit, le médecin a vu que j'avais un taux de cholestérol un peu élevé pour mon âge, et il a conseillé à ma mère qu'on aille voir un diététicien » E15

c) Arrêt du suivi par le spécialiste

- Coût

« Donc voilà j'y suis allé, mais j'y suis allé qu'une seule fois, ça coûtait un peu cher » E20

- Insatisfaction de prise en charge

« Elle ne savait pas comment m'aider par rapport au sport. En fait, elle m'a juste dit qu'il faudrait que j'ai un mixte de ça, ça et ça... » E20

6. Besoins pour modifier les habitudes alimentaires

a) D'améliorer ses connaissances

« J'aimerais en savoir plus. Je pense que je n'en sais pas assez. On n'en sait jamais assez de toute façon. Il faut toujours se documenter sur tout parce que c'est très vaste » E11

« Je dirais qu'il faut tout revoir. Donc mes besoins sont divers et variés » E8

« Savoir ce qu'il faut vraiment manger, comment leur faire manger sainement » E6

b) D'avoir un guide

« Il faudrait être coaché » E8

« J'aimerais bien avoir un programme strict et essayer de le suivre à la lettre. Comme je n'en ai pas, je ne le fais pas » E12

« J'ai besoin qu'on m'épaule, voilà mardi soir tu manges ça, j'ai besoin d'être cadré » E20

c) Modification des comportements alimentaires quand cela aura des conséquences sur la santé

« Si j'en subis les conséquences. Si un jour on me détecte une maladie et qu'on me dit que c'est parce que j'ai trop mangé de viande par exemple. Mais s'il n'y a pas de conséquences non. Moi je vis sur les conséquences » E21

C. Expériences et attentes de leur médecin généraliste

1. Expériences avec leur médecin

a) Demandes des patients

- Demande pour un problème spécifique

« Justement ! Avec mon problème de fer, j'aurais aimé qu'il me conseille sur quoi manger. Peut-être que ce n'est pas son travail non plus mais bon ! » E11

« J'ai une chute de cheveux, ça fait un moment que ça dure. Je suis là pour lui demander. J'aimerais bien manger bien » parce que je pense que mes problèmes de chute de cheveux il y a un peu de ça ! » E4

- Réponses du médecin insatisfaisantes

« Je lui ai parlé pour savoir si je devais faire un régime pour le petit parce que pour moi il prenait du poids. Il m'a toujours répondu « non parce qu'il va grandir ». Je trouve que mon médecin, il ne cherchait pas plus. Pour moi, il n'a pas pris en charge » E6

« Une fois je suis allé le voir et je lui ai demandé comment ne pas perdre trop de poids vu le nombre d'heures de sport que je fais par semaine. Et il m'a juste répondu « il faut boire beaucoup d'eau ». Sa réponse ne m'a pas trop convenu » E2

- Le médecin est resté vague

« Peut-être des fois à des périodes il me disait que j'étais un peu maigre. Il me demandait qu'est-ce que je mangeais et je lui répondais que je mangeais normalement. Mais c'est tout, il ne rentrait pas dans les détails » E16

« Alors il me dit « mangez moins de gâteaux ! Ne grignotez plus ! » » E7

b) Dépistage réalisé

« Sur une prise de sang, je suis ensuite revenue le voir une semaine plus tard, il m'a dit que j'avais une chute de fer et pas assez de vitamine D » E4

« Il l'a pesé, il l'a mesuré » E6

« Il me pèse à chaque consultation » E8

c) Prise en charge

- Prescriptions réalisées

« A l'époque il m'avait conseillé de prendre des protéines. Il me prescrivait des ordonnances, j'allais en pharmacie, c'était des compléments alimentaires. C'est déjà fait et il n'y a plus qu'à boire donc on avait commencé avec ça » E12

« Il m'a demandé la première fois que je suis venue le voir pour ça si je mangeais bien, je lui ai répondu que non et c'est là qu'il m'a prescrit du fer. Il avait vu que j'avais une chute de fer. Donc par exemple, je faisais attention à prendre ça pour être en forme » E4

- Conseils donnés qui ont permis une modification des comportements

« Mon médecin, un jour où je m'étais fait mal à l'épaule, m'avait conseillé de prendre du poids parce que j'étais très fin et je risquais de refaire des rechutes par rapport à mon poids. Il m'avait conseillé de muscler tout ce qui est épaule et tout donc je me suis mis à la musculation » E12

- Orientation vers un spécialiste

« Il nous a dit qu'il fallait en voir un (diététicien). Il nous a dit qu'il fallait faire attention à l'alimentation, qu'il fallait manger plus sainement » E15

2. Attente des patients

a) Nutrition et activité physique :

- Dépistage :

- La nutrition fait partie de la médecine générale

« Beaucoup ne se préoccupe pas plus que ça de l'alimentation. Donc c'est bien d'en faire prendre conscience de temps en temps, juste 2-3 min, ça peut faire tilt » E18

« Tant que ça touche à ta santé, la nutrition c'est ta santé, le sport c'est ta santé, ils doivent avoir un rôle minimum » E20

« L'alimentation ça fait partie du quotidien des gens et c'est quelque chose qui affecte directement notre santé » E15

- S'informer des habitudes alimentaires de ses patients :

« Qu'il se renseigne, « qu'est-ce que vous mangez, qu'est-ce que vous ne mangez pas ». Et après, derrière, si lui il a les connaissances pour nous orienter vers tel ou tel menu à adopter, oui, ça peut être quelque chose de bien » E12

« Lors d'un entretien par exemple pour le sport, ou pour une personne âgée qui vient faire un contrôle complet, qu'il prenne 5-10 min pour en parler. Je pense que ça peut être intéressant de connaître les habitudes alimentaires et ça permet de connaître pas mal de choses sur la personne » E17

« En nous posant des questions sur nos habitudes d'alimentation peut être « comment est-ce qu'on se nourrit » si on est renseigné sur « qu'est-ce que c'est qu'un repas équilibré » ça pourrait être une bonne façon » E3

- Prévention :

- Prévention primaire

« Parler des risques que ça provoque. Je pense que c'est par la peur que les gens apprennent le plus que juste par une mise en garde, leur expliquer et leur dire concrètement ce qui peut leur arriver s'ils ne suivent pas les conseils de leur médecin » E15

« Peut-être pas pour dire qu'il ne faut pas aller manger à tel endroit ou tel endroit. Mais simplement pour te dire qu'une alimentation saine c'est important » E19

« Faire un peu de prévention sur la nutrition parce que c'est quand même la base de beaucoup de choses. Qu'il soigne la raison pour laquelle on va le voir mais qu'il puisse donner des conseils derrière pour éviter tout ça » E18

○ Prévention secondaire

« Avec le carnet de santé et de voir son évolution et qu'il dise « attention, là votre petit il est en train de prendre du poids » et pouvoir dire « stop freinez » » E6

« Il doit alerter « attention il est quand même en surpoids, il faudrait penser à revoir son alimentation » surtout quand il voit souvent des enfants et qu'il voit qu'ils sont en surpoids. Il doit dire aux parents de faire attention et ne pas attendre que ce soit trop tard, au moment où l'enfant n'arrive plus à courir, n'arrive plus à respirer » E5

● Prise en charge

○ Prescrire des séances de sport :

« Je sais que, maintenant, il y a une réforme de l'état qui dit qu'on peut prescrire des séances de sport ou des choses comme ça. Mais moi je n'en ai pas vu encore. Mais je pense que ce serait bien que le médecin le fasse davantage. Selon moi ce serait un bon complément. Personnellement, je paierais mon médecin 5 ou 10 euros de plus par séance si, à côté, il me prescrivait des choses comme ça » E20

○ Donner des conseils alimentaires

« Si lui il a des connaissances, il pourrait me conseiller. Par exemple si je manque de fer, il pourrait me dire ce qu'il faudrait que je mange » E16

« Il devrait donner des conseils sur comment manger et de leur dire d'arrêter tout ce qui est sucré, tout ce qui est gras, de donner plus de fruits, plus de légumes justement et d'insister sur le fait d'arrêter tous ces plats préparés » E5

○ Donner des exemples de menus à suivre :

« Moi, il me faudrait des exemples de menu. Enfin, moi, il faut tout m'écrire sinon ça ne rentre pas et je n'ai pas envie » E8

« Me donner des conseils et pourquoi pas me donner des exemples d'un menu sur une semaine » E2

« Me donner des exemples aussi sur comment se compose un repas » E9

○ Orienter

« Le médecin généraliste est vraiment là pour voir ce qui ne va pas et après nous orienter vers le spécialiste » E15

« J'aimerais qu'il me conseille d'aller voir un nutritionniste ou une diététicienne. Enfin que le médecin accompagne vraiment l'enfant dans les démarches » E6

« Il faudrait leur dire, tout simplement. Leur donner des adresses. Les gens ont peut-être plus besoin d'être orienté, dirigé vers un spécialiste s'il le faut » E7

- Éduquer les parents

« Mais je pense que quand tu es petit tu ne fais pas attention à ce genre de chose, il faudrait plus en parler aux parents. C'est sûr qu'il faut éduquer les enfants mais aussi les parents » E18

« Si ça doit se faire à un moment donné, c'est quand l'enfant est petit. Si les parents acceptent d'écouter et de suivre ses conseils, ça pourrait être une bonne idée. Les parents sont d'autant plus sensibles quand ils ont un nouveau-né sur la façon peut-être d'élever cet enfant en bonne santé, à être bien » E3

« Il a un rôle important. De toute façon, quand les familles vont voir leur médecin, de toute façon, c'est une obligation à prendre, à dire, à donner des modes d'emploi. Parce que des fois on ne les a pas, quand on est jeune et qu'on a des enfants des fois on ne sait pas comment faire » E7

b) Moment :

- A tous les âges

➤ Dès l'enfance

« Il faut en parler plus tôt, dès qu'on est enfant, et en parler à nos parents. Moi ça m'aurait peut-être évité de prendre tout ce poids et d'aller voir un diététicien » E15

« Le plus tôt possible pour apprendre à manger équilibré, depuis tout petit...il faudrait que l'on soit informé dès l'enfance » E1

« Quand on est petit et qu'on va voir un médecin généraliste et que nos parents nous accompagnent, ça pourrait être l'occasion de préparer les habitudes de consommation à ce moment-là. Ça permettrait par la suite à l'enfant d'intégrer ces habitudes de consommation et qu'une fois qu'il est grand de les conserver et de les suivre. Les habitudes de consommation passent beaucoup par l'enfance » E3

➤ A l'adolescence

« Je dirais quand tu commences à être adolescent pour en faire prendre conscience pour le reste » E18

« Je pense que c'est important d'en parler au début de l'adolescence parce que quand tu es adolescent, tu n'as pas envie de te faire à manger et tu vas au plus simple c'est à dire dans les fast-food » E19

« Dès qu'on commence à grandir et qu'on prend conscience vers 12 ans-13ans » E9

➤ Dès qu'on prend son autonomie

« Je pense que, du moment où tu quittes tes parents, il faudrait savoir quoi mettre dans ton frigo, quoi manger. Dès qu'on commence à être un peu autonome et avoir son appartement, on gère son alimentation et on se gère de façon générale » E2

« Une fois qu'on a le bac et que les étudiants vont avoir un appartement et vont devoir se débrouiller tout seul, alors ça pourrait être l'occasion de leur proposer des informations sur l'alimentation » E3

➤ A tous les stades de la vie :

« Pour les personnes âgées, le médecin peut faire des petits contrôles en posant des questions simples : « vous mangez vers quelle heure ? tout va bien pour vos repas ? ». Si la personne te répond qu'elle mange à 23h et qu'elle ne fait pas attention à ce qu'elle mange, il est bon de le lui rappeler » E20

« Je pense qu'il n'y a pas vraiment d'âge, il faut toujours essayer de leur rappeler, de leur conseiller de faire attention, de prendre soin d'eux » E12

- A chaque consultation

« Etant donné que je ne le vois pas souvent. Je pense qu'une fois tous les 6 mois ce n'est pas du luxe » E18

« C'est plus le rappel à chaque visite, la répétition orale et le répéter plusieurs fois à ses patients » E15

« Chercher à savoir si je mange équilibré, si je fais du sport, à chaque consultation car on évolue au fil du temps » E1

- Lors d'un certificat de sport

« Essentiellement quand je lui demande un certificat pour faire le sport. Qu'il prenne 5-10 minutes, pour me demander « quelles sont vos habitudes alimentaires ? Qu'est-ce que vous mangez ? » et qu'il m'apporte certaines notions sur les bases comme boire beaucoup d'eau. D'autant plus quand on fait du sport et que l'on transpire beaucoup » E17

« Suivant le niveau de l'activité physique. Par exemple, moi, je fais beaucoup de sport, je suis tout le temps debout au travail donc j'élimine tout le temps » E2

c) Par quels moyens

- Oraux

« En posant des questions simples, comme par exemple « comment vous mangez ? » sans rentrer dans les détails mais il devrait le savoir parce que ça fait partie de la santé tout simplement » E13

« Ce serait bien que le médecin le fasse de temps en temps, pas de faire un speech pendant des heures mais juste rappeler quelques bases » E17

« Moi je suis jeune, je suis sportif, je pense qu'il aurait pu prendre le temps un jour de me dire, « pensez à bien manger, vous mangez quoi plus ou moins ? » Je pense qu'une discussion avec une personne ça affecte plus, surtout quand on considère la personne et que l'on estime que la personne fait bien son travail » E17

- Guides papier

« Je pense que d'avoir un support c'est important. Comme on dit les écrits restent. Donc c'est bien d'avoir un petit livre, une petite brochure, un prospectus et à côté, un ouvrage, une bande dessinée pour les enfants avec des bonnes habitudes que tu peux mettre à côté et de temps en temps consulter avec un petit récapitulatif à la fin et une petite histoire au début » E13

« Je pense qu'un support écrit par son médecin a du poids, même si le médecin peut en parler et résumer rapidement » E14

« Donner un petit fascicule assez simple et illustré qui ne demande pas un grand investissement personnel de temps pour être informé sur une alimentation saine de base. Je pense que tout simplement en informant la personne, si on n'a pas le temps pour une conversation, ça peut l'inciter à aller voir d'elle-même l'information » E3

- Par des affiches dans la salle d'attente

« Quand on arrive dans la salle d'attente, il pourrait y avoir une affiche sur la nutrition. Moi, je n'en ai jamais vu encore. Dans les colonies j'en vois, mais chez le médecin je n'en vois pas ! C'est un manque. Pourtant c'est juste une affiche » E20

« Mettre des affiches dans les cabinets de médecin par exemple dans la salle d'attente comme pour le sida » E21

d) Comment organiser le suivi

- Via des applications internet

« En créant une application » E1

« Ça pourrait se faire par mail ou par internet. Maintenant, de plus en plus de choses se font de ce côté-là. S'il y a une base de donnée des clients, alors il peut les contacter soit par un questionnaire internet rapide, soit par un suivi qui peut se faire sur internet ou autre. C'est à dire favoriser un peu tout ce qui est high-tech pour le suivi des patients » E3

- Suivi lors d'une prochaine consultation

« Pour savoir si je mange bien il pourrait me donner une feuille par exemple avec mon menu de la semaine pour savoir si c'est ce que j'ai mangé ou pas. Et à la fin du mois je pourrais revenir avec mes feuilles et lui dire voilà ce que j'ai réussi à faire ou pas » E2

« D'une consultation à une autre il pourrait s'informer » E13.

« Si c'est le médecin généraliste qui nous suit régulièrement, on peut effectuer un suivi avec lui et il peut nous demander à ce moment-là « alors est-ce que vous avez eu l'occasion de suivre mes conseils sur l'alimentation, est-ce que vous vous sentez mieux ? » » E3

- A partir d'une surveillance du poids

« Tout est noté dans son dossier. Donc d'un rendez-vous à un autre, il peut suivre notre évolution. Par exemple sur le poids et s'il y a un écart il nous remet sur le droit chemin » E1

« A mon avis juste en montant sur la balance pour savoir s'il y a une prise de poids ou pas » E2

3. Limites

a) Manque de temps

« Après, j'entends qu'il n'a pas le temps. Comme beaucoup de médecins généralistes dans un cabinet, il y a beaucoup de patients » E17

« C'est vrai que d'en parler et prendre 10-15 min pour en parler, je ne pense pas que ce soit possible dans les consultations actuelles. Soyons honnêtes, le médecin a des objectifs de rendez-vous donc il faut qu'il puisse caser, dans le rendez-vous, de parler un petit peu de ça. Donc si c'est pour ne parler que de ça, ça ne sert à rien » E14

b) Manque de connaissance du médecin :

« Je pense qu'ils ne doivent pas savoir. Je ne pense pas que les médecins soient informés, parce qu'ils ne disent pas en fait, je ne pense pas qu'ils s'en occupent. Il faudrait qu'ils soient mieux formés dessus » E6

« Une fois, je suis allé le voir et je lui ai demandé comment ne pas perdre trop de poids. Il m'a juste répondu « il faut boire beaucoup d'eau ». Sa réponse ne m'a pas trop convenu. J'ai pensé qu'il n'avait pas de connaissances à ce sujet. Je pense qu'il n'a pas le vécu d'un sportif de haut niveau et qu'il ne saurait pas quoi me conseiller sur quoi prendre ou comment m'améliorer. Je n'ai pas l'impression qu'il s'y connaisse vraiment là-dedans » E2

« Selon moi il n'est pas spécialisé dans la nutrition ou l'alimentation » E3

D. Perspectives d'amélioration

1. Rôle de l'état

« Il faudrait que les produits sucrés et salés augmentent de prix pour freiner les gens d'en acheter » E16

« C'est l'Etat qui doit mettre des taxes sur le sucres. C'est tout ! A partir du moment où le sucre coûte moins cher qu'un légume, les gens ont vite choisi ! Donc la notion de « mal bouffé » c'est parce que la société réfléchit économiquement. Des décisions doivent être prises politiquement, mais ne le sont pas » E14

2. Education

- Rôle de l'école

« En profiter, justement, quand les enfants sont à l'école soit à un stade très jeune. Peut-être faire des genres de portes ouvertes pour profiter de l'accès des parents avec les enfants pour leur divulguer l'information. Réunir tous les parents et les enfants au sein de l'école et d'en profiter pendant 1h ou 2h pour poser les bases d'une alimentation saine et équilibrée » E3

« L'école forcément. Tout ce qui est éducation. Tout ce qui permet à l'enfant d'avoir des habitudes alimentaires. Tous les moyens de communication au moment de l'apprentissage, les parents et l'école, ce sont des endroits privilégiés où on apprend à vivre » E17

« Déjà par les repas de la cantine. Expliquer aux enfants ce qu'ils mangent c'est un premier pas et ensuite leur expliquer pourquoi ils doivent le manger. C'est ça qui est important, plus que de nous dire « vous ne devez pas faire ci, vous ne devez pas faire ça ». Il faut sensibiliser dès le plus jeune âge mais ils ne le font pas assez dans les écoles » E15

- Par le travail

« Ça peut venir aussi de ton patron au travail pour être performant au travail. Quelqu'un que l'on voit régulièrement » E2

« Mon colocataire a été à la médecine du travail et c'est une infirmière qui s'est occupée de lui et elle lui a donné des conseils de nutriments. Et la nutrition, ça va aussi avec le repos donc avoir au moins 3 nuits par semaine complète. Donc voilà, des conseils un peu sur l'hygiène de vie » E13

- Culture

« Il faut remettre la culture dans la mode des jeunes. Parce que c'est une culture de savoir ce qu'est la bonne hygiène de vie. Tout ce qui est nutrition c'est aussi un peu de la culture. Par exemple, comment sont composés les aliments, qu'est-ce qu'il y a dedans, c'est un savoir » E13

3. Moyens de diffusion

- Par les médias

« Si on veut vraiment avoir un grand impact, ce serait de diffuser sur des grands moyens. Ça existe déjà mais ce serait de grandes annonces à la radio ou à la télévision. Je pense que ce sont ces médias-là qui touchent beaucoup de monde. Je pense que quand on l'entend, à chaque fois, ça nous interpelle plus que si on devait aller le lire » E18

« Peut-être qu'à la télévision ils n'en parlent pas assez non plus. Peut-être qu'ils devraient faire des émissions sur ça aussi » E11

« Je pense qu'il faudrait faire un reportage et le diffuser sur une grande chaîne avec des images vraiment très choquantes pour que les gens puissent se rendre compte des choses » E15

- Par internet

« Par exemple sur You tube typiquement, on va avoir beaucoup de gens qui vont te parler de différentes choses, qui vont faire de la vulgarisation de physique, de maths, de nutrition. Ça c'est quelque chose qu'il faut mettre en avant. Ces gens-là il faut les pousser, parce que du coup, les jeunes ils commencent à avoir un contact avec une population qui leur ressemble et ça les intéresse » E13

- Par le sport

« A travers le sport je pense. A travers des clubs sportifs ou des salles de sport. Il y a très peu de remise en question par rapport à la nutrition sauf quand on s'entraîne vraiment. S'il y avait un lien à faire entre médecins et les salles de sport je pense que ce serait un bon parti pour tout le monde en fait » E20

« Je pense qu'il faut promouvoir le sport. Il faut plus de sport, plus d'activités pour les jeunes, ne pas les laisser devant la télévision » E7

4. Avis

- Positifs

« Je trouve qu'on est de mieux en mieux informé. Je trouve que les enfants à l'école sont de mieux en mieux informés. Ma fille a 6 ans et il y a quelqu'un qui est passé à l'école pour lui dire quelles sont ses habitudes alimentaires, l'hygiène de vie... » E8

« A la télévision le slogan sur les 5 fruits et légumes par jour, ça a plutôt bien marché. Enfin, c'est plutôt rentré dans les mœurs. Les gens prennent plus l'habitude d'en consommer » E16

- Négatifs : manque d'informations

« C'est vrai qu'on n'est pas assez informé en fin de compte. Parce qu'il y a plein de choses qui sont très bien, même du point de vue médicaments avec des plantes, qu'on ne connaît pas et qui font du bien. Et on ne connaît pas assez. On ne nous dit pas assez ce qu'il faut manger, ce qu'il ne faut pas manger, ce qui est bien ou pas » E11

QUATRIEME PARTIE : Discussion

I. Validité interne de l'étude

A. Qualité méthodologique

Il s'agit d'un sujet d'actualité qui cherche à explorer les connaissances, les pratiques des patients ainsi que leurs attentes envers leur médecin généraliste.

De nombreuses études se sont attachées à étudier la pratique des médecins généralistes, mais peu d'études cherchent à évaluer ce que le patient sait, ce qu'il fait et ce qu'il attend.

De mêmes de nombreuses études sont faites sur les pathologies une fois qu'elles sont acquises, comme la thèse du Docteur Ache Encaoua sur « Les patients diabétiques et ce qu'ils retiennent des règles hygiéno-diététiques » ou encore la thèse du Docteur Rocca sur « Les mesures hygiéno-diététiques chez les patients hypertendus ». Mais aucune thèse n'a été rédigée sur la prévention primaire de l'ensemble de ces pathologies.[34][35]

Or, afin d'éviter l'apparition de ces maladies chroniques, une prise en charge en amont semble essentielle. Le médecin généraliste étant placé au premier rang de la prise en charge globale des patients pour tout ce qui se rattache à la santé.

A l'heure actuelle, l'intérêt de la nutrition en prévention primaire est encore trop faible.

De plus, aucune thèse ne s'est intéressée à l'avis de ces patients jeunes, indemnes de toute pathologie. Pourtant qui mieux que ces personnes pour parler de prévention primaire en exposant leurs suggestions à la lumière de leurs parcours.

Pour toutes ces raisons il nous a semblé évident de donner la parole à cette catégorie de patients et d'évaluer la place qu'ils accordent à leur médecin dans leur parcours de soins en nutrition.

L'échantillon de notre étude était diversifié en terme de parcours de vie, de profil des participants, d'âges et de sexes afin de permettre une certaine représentativité et permet de montrer à quel points les habitudes alimentaires peuvent être variées et les sources d'acquisition de ces connaissances multiples.

Afin de répondre au mieux à la question posée, nous avons opté pour une méthode qualitative. La force de la recherche qualitative est de donner un aperçu du comportement et des perceptions d'une population et permet d'étudier leurs opinions sur un sujet particulier. Elle est particulièrement adaptée lorsque les facteurs observés sont subjectifs et difficiles à mesurer, ce qui est le cas dans notre étude.

La recherche qualitative s'intéresse particulièrement aux déterminants des comportements des acteurs ce qui permet d'avoir une approche compréhensive de leurs habitudes.

Cette méthode permet aussi d'explorer les émotions, les sentiments des patients ainsi que leurs comportements et leurs expériences personnelles. Elle contribue ainsi à une meilleure compréhension du

fonctionnement des sujets et des interactions entre eux. Elle permet un abord plus élargi de la compréhension de la santé et des déterminants de soins.

Il s'agit donc d'une étude complémentaire à l'ensemble des précédentes études réalisées pour mieux appréhender ce que le patient sait et fait en matière de nutrition et la place du médecin généraliste dans un but de prévention primaire.

Nous avons réalisé des entretiens individuels semi-dirigés. Il s'agit d'un moment privilégié d'écoute, d'empathie, de partage. Cette méthode permet aux participants de parler assez librement sans crainte d'un jugement éventuel dès lors où la mise en condition se fait correctement. Rencontrer chaque participant a permis d'instaurer un climat de confiance.[36]

Les limites de cette méthode d'entretiens reposent sur le fait que qu'idéalement, le chercheur devrait adopter une « posture neutre et empathique » ce qui est bien évidemment contradictoire et difficile à réaliser compte tenu du caractère singulier des individus et de l'interaction. Cette méthode d'entretiens implique des contraintes géographiques du fait que le chercheur rencontre les participants, de même comme le recrutement s'est également fait aléatoirement dans la rue, il devait être à proximité du domicile du chercheur ou d'un lieu calme et adapté pour l'enregistrement de l'entretien.[36]

B. Biais

1. Biais d'interprétation

Le recueil et l'analyse des entretiens a été réalisé par la même personne. Il n'y a donc pas eu de double codage. De plus, la validité interne d'une recherche qualitative consiste à vérifier si les données recueillies représentent la réalité. Une des façons d'y parvenir est de recourir à la technique de triangulation des sources et des méthodes. La triangulation permet de comparer les résultats obtenus à partir d'au moins deux techniques de recueil de données (exemple : entretiens et observations), ou plus simplement d'au moins deux sources données (exemple : entretiens avec étudiants et enseignants) ce qui n'a pas été fait dans cette étude.[27]

2. Biais de recrutement

Du fait de la rigidité organisationnelle liée à la méthodologie des entretiens individuel, nous devons sélectionner des participants proches d'un lieu de rencontre adéquat.

Le fait de diversifier les modes de recrutement a permis d'avoir un échantillon large de la population.

Une partie des entretiens s'est déroulée dans un cabinet de médecine générale. Le recrutement s'est fait lorsque des patients attendaient dans la salle d'attente ou au décours de leur consultation avec leur médecin, après qu'il leur en ait parlé. Les entretiens se déroulaient dans une autre salle d'examen, en toute intimité.

D'autres participants ont été interpellés dans la rue ou via une demande par boîte aux lettres. Le recrutement s'est fait après interrogation de leur âge et de leur accord pour participer à l'étude. Les entretiens se sont ensuite déroulés soit au domicile du participant, soit au domicile de l'enquêteur. La sélection des participants devait être proche de ces adresses.

Certains participants ont été recrutés à l'aide de réseaux sociaux. De même les participants devaient habiter la région de Nice ou ses alentours. Le lieu de l'entretien a été défini après un contact préalable par mail ou par téléphone, soit au domicile du participant soit au domicile de l'enquêteur.

Les cabinets de médecine dans lesquels étaient réalisés certains entretiens se situaient dans le même quartier que celui où ont été recrutés les patients dans la rue. Il s'agit d'un quartier populaire de Nice. Afin de diversifier notre échantillon, le recrutement à partir des réseaux sociaux a permis de l'étendre à l'ensemble de la ville. Nous avons donc eu des participants de différentes catégories socio-professionnelles.

Les participants recrutés à partir des cabinets étaient essentiellement représentés par une population féminine âgée de plus de 30 ans alors que ceux recrutés dans la rue ou à partir de réseaux sociaux étaient majoritairement une population masculine âgée de moins de 30 ans.

Même si en approche qualitative, la représentativité n'est pas nécessaire, nous souhaitons que notre échantillon soit la plus caractéristique de la population pour permettre une plus grande diversité.

3. Autres difficultés

La méthode d'investigation par entretiens individuels requiert certaines qualités de communication de la part des patients interrogés, ce qui exclut d'emblée une partie de participants ayant des difficultés à s'exprimer (notamment ceux ne parlant pas couramment la langue française) : cette catégorie de personnes n'est pas prise en compte dans ce genre d'études alors qu'elle a probablement encore plus de difficultés de compréhension des notions analysées dans notre étude.

Des difficultés ont été rencontrées dans le recrutement des participants. En effet, les personnes abordées dans la rue n'avaient pas forcément ni l'envie ni le temps à nous accorder pour réaliser l'entretien.

II. Validité externe de l'étude

A. La population

La population étudiée dans cette étude était des personnes âgées de moins de 40 ans.

L'âge moyen des participants était de 29,6 ans.

Les participants recrutés dans les cabinets de médecine générale étaient essentiellement des femmes (38%). Dans une étude menée par la DREES (Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques) en 2004 auprès de 922 médecins généralistes, on retrouve en effet que les consultations et visites des médecins généralistes concernent plus souvent des femmes (55%).[37]

B. Connaissance des patients sur une alimentation saine

1. L'alimentation en générale

Une grande partie des patients ont des notions générales d'une alimentation saine. Mais leurs connaissances sur la répartition au cours d'une journée sont plus limitées. Comme le montre l'étude de l'INPES de 2008, le niveau de connaissance sur l'alimentation a très significativement augmenté depuis 1996, notamment concernant le repère des fruits et légumes et des produits laitiers.[21]

Dans notre étude nous constatons que pour les participants la notion d'alimentation équilibrée va de pair avec la consommation de fruits et légumes suggérant qu'une consommation suffisante de fruits et légumes serait le meilleur marqueur d'une alimentation équilibrée. Cette image santé des fruits et légumes n'est pas nouvelle mais a été renforcée depuis la diffusion du message du PNNS : « manger au moins 5 fruits et légumes par jour », via les messages sanitaires apposés sur les publicités pour les aliments et les boissons.[3][38][39]

La quasi-totalité des participants évoque les fruits et légumes ainsi que les produits du groupe « VPO » (« Viandes et volailles, produits de la pêche, œufs »), avec à l'inverse une perception plus négative du groupe des féculents qui pour eux « font grossir ». Ces résultats sont à rapprocher de ceux obtenus par Jean-Pierre Poulain qui montrait déjà en 2002 l'intérêt de la population pour les fruits et légumes en priorité mais aussi pour les produits de la mer et la viande.[38]

Pour une grande partie des participants, la perception de l'équilibre alimentaire a été représentée par les notions de « manger de tout, varié et sans excès »

2. Impact sur la santé et représentations

En matière d'impact sur la santé, le poids arrive en tête des préoccupations des participants. Leur poids semble être le reflet et l'indicateur de leurs pratiques alimentaires.

Il est aussi, pour certains, lié à l'apparition de maladies comme le cholestérol et le diabète. D'après eux, ces pathologies n'apparaîtraient que lorsque la personne est en surpoids. Le poids tient donc une place importante qui peut s'expliquer par la pression sociale à l'égard de la minceur et plus largement de l'apparence physique.

Ils ont, par ailleurs, des notions très vagues des facteurs de risque et des maladies cardio-vasculaires que l'alimentation peut induire, considérant pour la plupart que ces maladies sont indépendantes de l'alimentation.

Néanmoins pour la plupart, ils considèrent qu'une alimentation saine joue un rôle dans le bien-être général.

Pour l'ensemble de la population interrogée, manger représente un plaisir à la fois gustatif et de partage, un besoin pour vivre, un moyen de conserver la santé mais également une contrainte. Dans l'étude INPES de 2008, il a été montré un rapport avec l'alimentation qui variait avec l'âge. La relation entre alimentation et santé est davantage prépondérante à partir de 50 ans.[21] Cela s'explique en partie par la prévalence des pathologies liées à la nutrition qui croît avec l'âge.[40] Avant 35 ans, la notion de plaisir gustatif prime sur les autres.

3. Sources d'information

Les principales sources d'information sur l'alimentation citées par les participants sont les médias (essentiellement représentés par la télévision et Internet). Nous apercevons un moindre recours au corps médical pour s'informer de sa santé ce qui a également été retrouvé dans une étude française.[41] Ces résultats confirment l'intérêt que représentent les médias pour diffuser des informations sur la santé.[24][22]

Toutefois notre étude a montré que les participants accordent plus de confiance aux informations nutritionnelles délivrées par les professionnels de santé que par les médias. Par conséquent les professionnels de santé doivent profiter de leur forte crédibilité pour s'impliquer davantage dans le domaine de l'éducation nutritionnelle auprès de leurs patients afin de compléter les informations provenant d'autres sources.[24]

Enfin, on note que l'éducation reçue par leur famille et les habitudes de consommation acquises durant l'enfance ont un grand impact sur leurs habitudes futures. Il semble donc primordial de sensibiliser les parents et de les éduquer sur une alimentation équilibrée afin que les enfants eux-mêmes puissent acquérir des connaissances et être sensibilisés pour leur vie future.

Notre étude a montré que les participants se sentent concernés par leur alimentation. Mais devant la multitude des sources d'information et la diversité des informations nutritionnelles elles-mêmes, chacun a de la difficulté à s'y retrouver. Ils ont montré au travers de leur discours qu'ils attendent de leur médecin généraliste un éclairage concret sur ce sujet. Celui-ci est considéré comme la source d'information la plus fiable, par conséquent, il se doit de synthétiser et de critiquer les différentes données pour une prévention primaire. Mais, lui-même, sur quelles sources fiables peut-il se reposer ?

C. Pratiques alimentaires

Malgré des connaissances plus ou moins justes d'une alimentation saine, on peut voir que la pratique concrète diffère.

Certains, soucieux de maintenir un bon équilibre alimentaire, essaient d'appliquer leurs connaissances lors de la composition de leur repas. D'autres, moins soucieux, vont y attacher moins d'importance.

C'est lors du déjeuner que se distingue ce déséquilibre alimentaire. En effet, les contraintes de travail vont favoriser la prise de snacks ou de fast-food à midi, ce qui est associé à une alimentation « plus grasse et plus riche », de densité énergétique élevée. Ce résultat est corrélé avec celui trouvé dans l'étude de Jean-Pierre Poulain qui montre une croissance lente mais régulière de l'alimentation hors foyer.[38]

La consommation de l'alimentation hors repas ou les grignotages vont aussi contribuer à ce déséquilibre. Le fait de trop grignoter est un coupe faim et l'organisation des trois repas principaux en sera modifiée. Certains, sauteront un repas du fait de leurs grignotages excessifs.

L'attention portée à l'alimentation est dépendante de l'âge également. Les jeunes, par leur mode de vie, cuisinent peu. En général par besoin d'émancipation ou parce que entrant dans la vie étudiante, vivant la plupart du temps seuls, et par leurs sorties, ils consomment, pour beaucoup, des repas à l'extérieur de leur domicile.

Au-delà de 25 ans, le fait de se mettre en couple ou l'arrivée d'un enfant modifie à nouveau leurs habitudes alimentaires. Ce changement de comportement se voit principalement dans la population féminine. En effet, les femmes continuent à jouer un rôle nourricier au sein du foyer familial, en tenant une place centrale dans les achats alimentaires et la préparation des repas. Soucieuses du bon développement de leurs enfants et par envie de « bien faire pour eux » elles sont plus sensibles à modifier leurs pratiques alimentaires à cette période de leur vie. Cette importance des cycles de la vie dans l'évolution du rapport à l'alimentation a déjà été rapportée dans la littérature.[42][43]

Des modifications des comportements alimentaires se voient aussi lors de la pratique régulière d'une activité sportive. Il semble nécessaire, surtout aux participants exerçant une activité intense, de maintenir un bon équilibre alimentaire essentiellement pour leurs besoins en énergie et leurs besoins musculaires.

Quelques participants ont déjà consulté une diététicienne. Pour la majorité d'entre eux, le motif était un désir de perte de poids. Peu d'entre eux l'ont fait en coordination avec leur médecin traitant. Même si une majorité se posent des questions sur la façon d'améliorer leurs connaissances et leurs pratiques en terme d'alimentation, ils n'abordent pas le sujet avec leur médecin. Avant d'aller consulter des spécialistes, le médecin doit s'informer des interrogations que ses patients se posent sur la nutrition et tenter d'y répondre. Il peut suffire dans la diffusion d'informations nutritionnelles en générale. Mais si le patient présente une demande ciblée comme c'est le cas pour les sportifs de haut niveau qui ont des besoins nutritionnels spécifiques ou le cas de patients présentant des carences en vitamines, et que ces demandes dépassent le champ de compétence du médecin, il devrait pouvoir orienter ses patients vers des spécialistes en nutrition. Le fait que les consultations ne soient pas remboursées par la sécurité sociale ne serait-il peut-être pas un frein à ce recours ? Certains des participants, ayant déjà consulté ces spécialistes, ont interrompu leur suivi pour des problèmes de coût. Pouvoir proposer pour chacun ayant des besoins spécifiques, après évaluation par le médecin généraliste, une consultation avec une diététicienne remboursée serait une idée pour permettre l'accès à tous à des conseils nutritionnels personnalisés.

D. Attente des participants

Cette étude montre que pratiquement tous les participants attendent de leur médecin généraliste qu'il aborde le sujet sur la nutrition.

Or, les actions des professionnels de santé s'inscrivent le plus souvent dans le cadre de la prise en charge des problèmes de santé liés à la nutrition (obésité, diabète, maladies cardio-vasculaires) comme en témoignent les différentes recommandations de l'HAS.[44][45]

La HAS a élaboré des recommandations dans le but d'améliorer la prise en charge par le médecin d'adultes et d'enfants ayant un surpoids ou une obésité.[44] De même des recommandations existent sur la prévention du diabète de type 2 pour des patients présentant des facteurs de risque.[45] Avant d'être sujet à l'ensemble de ces pathologies ne pourrait-on pas envisager plus d'actions de prévention ? Notre étude montre que les patients attendent une prévention en amont, avant l'arrivée de ces facteurs de risque et de ces maladies.

Ce manque de prévention primaire s'explique par le fait que le système de santé français est davantage orienté sur le versant curatif, répondant à la demande des patients. La répartition des dépenses de santé reflète bien ce déséquilibre.[46]

Leurs attentes sont diverses : ils attendent que leur médecin s'informe de leurs habitudes alimentaires afin d'identifier les « fautes » sur leurs pratiques nutritionnelles, ils attendent que leur médecin les informe des risques que cela peut avoir sur leur santé en leur parlant concrètement des pathologies induites par l'alimentation, ils attendent que leur médecin leur donne des conseils pour améliorer leur alimentation.

Même pour les patients indemnes de toutes pathologies et sans facteur de risque identifié le médecin a un rôle à jouer dans la prévention.

Le médecin se doit de sensibiliser les jeunes parents à la pratique d'une bonne hygiène alimentaire afin qu'eux-mêmes puissent éduquer leurs enfants. En effet, au cours de l'enfance, les prises alimentaires sont influencées par l'environnement familial. La famille joue un rôle fondamental dans l'élaboration des comportements alimentaires précoces des individus essentiellement à partir du modèle quotidien qu'elle offre à ses membres et notamment aux enfants.[14] C'est cette influence reçue par la famille qui aura le plus d'impact sur les pratiques ultérieures. Des conseils nutritionnels simples peuvent être rappelés à tous les parents : nécessité de diminuer la consommation d'aliments à forte teneur en graisse et en sucre, privilégier les fruits et légumes, respecter les rythmes alimentaires à savoir 3 repas par jour, et éviter les prises alimentaires et grignotages hors des 3 repas.

Cette étude a montré également que même les patients qui consultent principalement pour des demandes de certificats médicaux pour le sport sont en attente de conseils. Le médecin doit porter une attention particulière à ces patients. En effet s'ils demandent des certificats sportifs, c'est qu'ils pratiquent une activité sportive régulière de plus ou moins forte intensité et donc qu'ils ont des besoins en nutrition. Une bonne hygiène alimentaire est indispensable pour ce groupe de population.

Néanmoins, les limites relevées par les patients sont le manque de temps et le manque de connaissances des médecins.

Les résultats de l'enquête réalisée par la SFMG sur la nutrition en médecine générale, mettent également en exergue le manque de temps de la part des praticiens du fait que la nutrition est un sujet très chronophage.[1] Par ailleurs, la majorité se sent à l'aise pour donner des conseils nutritionnels. On constate donc une différence entre le ressenti du médecin sur ses connaissances et ce que le patient perçoit.

La nutrition est reconnue en tant que discipline universitaire autonome depuis 1990 et un enseignement spécifique de Nutrition a été intégré au programme de formation depuis 2013.[47] Les médecins ont donc reçu, depuis ces années, un enseignement en nutrition. Compte tenu de la complexité du champ de la nutrition et de l'importance des enjeux qui s'y attachent, on peut se demander si cette formation est suffisante pour avoir les connaissances nécessaires à l'éducation des patients.

Les patients souhaiteraient aussi plus de supports écrits. Alors que l'enquête réalisée en 2006 par la SFMG pour l'Observatoire du pain révèle que les conseils nutritionnels sont majoritairement dispensés par oral (90%), résultats également retrouvés dans la thèse du Dr Covi sur « L'éducation nutritionnelle en médecine générale ».[1][10]

Le rôle des acteurs du système de soins est donc tout à fait essentiel pour relayer auprès de la population les campagnes d'information nutritionnelle, conforter les recommandations et assurer la prise en charge précoce de problèmes nutritionnels.

E. Perspectives d'avenir

1. A l'échelle nationale : l'Etat

L'Etat se sent de plus en plus impliqué dans la politique nutritionnelle. En témoignent les différentes actions de santé publique réalisées à savoir la réalisation des PNNS successifs, les différentes enquêtes d'évaluation de la consommation alimentaire des français (études INCA), les différentes campagnes de communication (ex celle des « 5 fruits et légumes par jour »).[15][3][19][20]

Par ailleurs, il a été proposé par des participants de taxer les produits sucrés afin d'en limiter leur consommation. Cette mesure a déjà été prise en 2012 avec la taxe soda. Elle s'est avérée bénéfique. En effet, on a pu observer en France une diminution des ventes de sodas sucrés gazeux de 4%. Etendre cette taxe pour l'ensemble des produits sucrés, gras ou trop salés serait peut-être une proposition.[48]

A l'échelle nationale, l'Etat peut poursuivre ses efforts de communication en utilisant les médias pour sensibiliser l'opinion et promouvoir une meilleure nutrition, renforcer l'activité des institutions nécessaire pour traiter les problèmes d'ordre nutritionnel, dispenser des formations sur les questions concernant la nutrition notamment dans le secteur de la santé, renforcer les systèmes d'éducation et les mécanismes de communication sociale afin d'améliorer les connaissances d'ordre nutritionnel.

2. A l'échelle locale

- L'école

Le code de l'éducation prévoit qu'une information et une éducation à l'alimentation soient dispensées dans les écoles.[49]

L'éducation alimentaire joue un rôle fondamental dans la construction des comportements alimentaires, et à ce titre, le milieu scolaire constitue un lieu privilégié d'information et d'éducation des enfants et des adolescents dans ce domaine.

La restauration scolaire constitue également un moment privilégié d'éducation nutritionnelle.

Dans le cadre de la politique de santé des élèves, la circulaire de rentrée n°2011-071 du 2 mai 2011 rappelle la place prépondérante de l'éducation et de la prévention des problèmes de surpoids et d'obésité à l'école.[50] Dans ce domaine, l'Education nationale travaille en partenariat avec le ministère chargé de la santé et le ministère de l'Agriculture, au sein du Programme national Nutrition Santé (PNNS) et du Plan National Alimentation (PNA).

La politique nutritionnelle à l'école concerne plusieurs champs d'intervention qui sont :

- La nutrition dans les programmes d'enseignement
- L'offre alimentaire en milieu scolaire
- L'éducation nutritionnelle au goût et à la consommation
- La pratique de l'activité physique
- La prévention des problèmes de surpoids et d'obésité, d'anorexie, de troubles du comportement alimentaire.[51]

Ces actions doivent concerner l'ensemble du cursus scolaire, avec peut-être une insistance particulière entre la 6^{ème} et la 3^{ème}, période où les enfants acquièrent souvent une plus large autonomie sur le plan alimentaire.

Dans la région PACA, le réseau du CRES et des CoDES développent régulièrement des programmes d'éducation à la santé à vocation régionale. Un programme d'éducation nutritionnelle dans les écoles maternelles du Var et des Alpes Maritimes est prévu de 2014 à 2017.[52] Il prévoit l'organisation de séances d'éducation nutritionnelle dans les 3 sections de maternelles.

- La mairie

Chaque ville se sent personnellement impliquée dans la prévention et notamment dans la nutrition.

Nice comme de nombreuses villes de France fait partie du Réseau français des Villes-Santé de l'OMS. L'objectif est de soutenir la coopération entre les villes ou les établissements publics de coopération intercommunale qui ont la volonté de mener des politiques favorables à la santé et à la qualité de la vie urbaine.

A Nice on a pu voir une action de sensibilisation au petit déjeuner et de l'équilibre alimentaire pour les enfants de petite section de maternelle au CM2.

- Le milieu professionnel

Les lieux de travail et les lieux de restauration collective constituent également des sites privilégiés pour développer des actions et des campagnes d'information autour des objectifs nutritionnels prioritaires.

Les médecins du travail doivent jouer un rôle majeur dans ces projets, en relayant l'information et notamment le guide alimentaire national ou ses dérivés au sein des entreprises.[14]

3. A l'échelle individuelle

- Les objets connectés :

Certains participants ont évoqué la possibilité d'utiliser des applications afin que leur médecin puisse avoir un suivi sur leur mode de vie. Dans cette ère nouvelle du tout numérique avec la création de diverses applications sur la santé, le médecin doit savoir utiliser et mettre à profit ces nouveaux outils. L'ensemble de ces pratiques qui permettent de mesurer, comparer avec d'autres personnes des variables relatives à son mode de vie se regroupe sous le terme de « quantified self ».[53] Que ce soit au travers d'une application mobile de santé ou d'une balance connectée, ces usages se fondent sur des captures de données de plus en plus automatisées. Ces échanges de données se font à l'initiative des individus eux-mêmes qui souhaitent partager leurs données. Aujourd'hui il s'agit essentiellement de bracelets, de podomètres, de montres ou d'applications mobiles recourant aux capteurs du smartphone.

C'est ce qu'exploite la start-up Ignilife pour mener des actions de prévention sur la santé. A travers une plateforme web et mobile, Ignilife propose un accompagnement global sur la santé, en prenant compte la condition physique et l'état psychologique de la personne. Elle prévoit une approche basée sur la prévention individuelle en donnant des conseils en santé personnalisés. Elle promet des programmes de prévention dans les domaines de la nutrition, de l'activité physique et de la santé psychique. Elle souhaite également s'étendre à l'accompagnement de patients atteints de multi-pathologies pour faciliter le parcours de soins.[54]

Cette nouvelle plateforme pourrait être un aide aux médecins généralistes et palier à leur problème principal qu'est le manque de temps.

- Le médecin généraliste :

Les attentes des participants envers leur médecin généraliste sont claires : ils demandent à ce que leur médecin s'implique davantage dans la prévention primaire au cours des différentes consultations.

Améliorer le temps d'éducation nutritionnel au cours des consultations au cabinet de médecine générale paraît essentiel. Une revalorisation tarifaire pour ce type de consultation qui sont en général plus longues serait à envisager. Pouvoir proposer une consultation dédiée uniquement à la prévention primaire pourrait également être une alternative.

Les enfants ont des visites médicales obligatoires. Chacune de ces visites devrait être l'occasion de dépister les situations à risque, de promouvoir une nouvelle fois les bonnes pratiques alimentaires à avoir et d'accompagner les parents à des modifications de leurs habitudes nutritionnelles.

Le rôle du carnet de santé comme outil de dépistage et de suivi ne doit pas être négligé. Il permet de vérifier le bon déroulement de la croissance de l'enfant. Lorsque le médecin détecte le moindre écart de poids ou de taille, il peut ainsi insister sur le rappel des mesures hygiéno-diététiques.

Pour les adultes, le suivi par des pesées à chaque consultation est à encourager. En effet, le poids est un paramètre biomédical qui participe à l'évaluation de l'état de santé. L'HAS préconise d'ailleurs de peser tous les patients régulièrement et au mieux à chaque consultation, afin de dépister une obésité.[44]

Afin de diffuser les bonnes informations nutritionnelles, le médecin pourrait plus largement utiliser l'espace de sa salle d'attente et de l'ensemble de son cabinet par la mise en place d'affiches ou de livrets d'information à disposition des patients.

Le travail en réseau entre les médecins, les associations de patients de maladies chroniques, les diététiciennes sont à promouvoir également. Malheureusement, il existe toujours un frein financier à adresser les patients vers des spécialistes non pris en charge par la sécurité sociale. Mais les médecins généralistes peuvent s'appuyer également sur un réseau de médecins nutritionnistes pour pallier à ce problème de coût.

La diversité des sources rend le tri difficile et la rigueur scientifique des données est hétérogène. Le public a accès à une information qui peut être exempte d'approche scientifique. Les médecins doivent être conscients de ce phénomène et pouvoir conseiller leurs patients. Ils doivent pouvoir décrypter et critiquer les différentes sources d'information afin d'en faire une synthèse compréhensible et valide pour ses patients. Bien que l'HAS a publié de nombreuses recommandations nutritionnelles sur la prévention secondaire de maladies chroniques, il manque pour les médecins des recommandations officielles de sociétés savantes pour leur conduite à tenir en prévention primaire. Ils ont besoin de références sur lesquelles s'appuyer.

Même si pour les patients, leur médecin est une source d'information fiable, certains remettent en doute leurs connaissances. On pourrait se poser la question, du fait de l'hétérogénéité de la population de médecins généralistes installés, quels sont ceux qui ont reçu une formation de nutrition au cours de leur cursus.

Eux-mêmes, comment mettent-ils à jour leurs connaissances nutritionnelles ? Les techniques d'e-learning seraient peut-être une solution pour améliorer la mise à niveau des connaissances des médecins généralistes. La participation à des congrès, à des séminaires ou encore l'inscription à des formations complémentaires comme les Diplômes Universitaires ciblés sur la nutrition sont aussi des moyens accessibles aux médecins généralistes pour enrichir leurs connaissances.

CONCLUSION

La nutrition se trouve au cœur de notre quotidien. Elle est le pilier de tout être humain, lui permettant de vivre plus sainement et de limiter tout risque de développer des pathologies induites par une mauvaise alimentation.

Cette étude, menée sur une population âgée de moins de 40 ans, cherchait à déterminer la place du médecin généraliste dans la nutrition en prévention primaire.

Au travers des entretiens, nous avons pu évaluer leurs connaissances, leurs pratiques alimentaires et ce qu'ils attendaient de leur médecin. Elle a permis de montrer l'intérêt majeur que portent ces individus à leur alimentation.

Devant la multitude des sources d'informations à leur disposition, ils considèrent leur médecin généraliste comme une référence pour diffuser des conseils nutritionnels. Par conséquent, en tant que premier interlocuteur de la santé, le médecin généraliste doit profiter de sa forte crédibilité pour s'impliquer davantage dans le domaine de l'éducation nutritionnelle auprès de ses patients. Ce dernier se sent très impliqué quand il s'agit de prévention secondaire, mais moins en prévention primaire lorsqu'il prend en charge des patients jeunes en bonne santé. Or, nous avons montré que la place du médecin généraliste en prévention primaire dans la nutrition est prépondérante pour cette sous-population.

Le médecin doit s'attacher à accorder un temps de sa consultation pour la nutrition dans le but de connaître les habitudes alimentaires de ses patients, de leur délivrer des conseils personnalisés et ainsi d'améliorer progressivement leur façon de s'alimenter et éviter certaines maladies. Il doit pouvoir connaître les attentes de ses patients afin d'y répondre de manière adaptée ou pour les orienter vers des spécialistes de la nutrition lorsqu'ils ont des besoins spécifiques.

Malgré la confiance qu'ils accordent à leur médecin, cette étude a également mise en exergue le manque de connaissances de ces derniers sur le thème de la nutrition. Une mise à jour de leurs connaissances et des recommandations officielles sur la nutrition en prévention primaire seraient un point de départ à une meilleure éducation nutritionnelle.

Cette enquête a également permis de proposer de nouvelles suggestions pour une meilleure pratique. A l'échelle nationale, poursuivre les efforts de communication aux travers de campagnes ; à l'échelle locale, majorer les actions de promotion de l'éducation nutritionnelle dans le milieu scolaire et dans le milieu du travail ; puis à l'échelle individuelle avec l'utilisation d'objets connectés.

Une meilleure implication des médecins généralistes dans le domaine de la nutrition est attendue à tous les niveaux. Cela passe par un accès à une meilleure formation du médecin, une diffusion plus large de l'information auprès de ses patients, un suivi plus approfondi de ces derniers, et, le cas échéant, d'une orientation auprès des spécialistes en nutrition.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] O. Kandel et P. Boissault, « Nutrition en Médecine Générale : quelles réalités? », SFMG, Enquête, 2007.
- [2] P. Guilbert, H. Perrin-Escalon, et P. Lamoureux, « Baromètre santé nutrition 2002 », INPES, 2002.
- [3] « Programme National Nutrition-Santé, PNNS 1 », Ministère de l'emploi et de la solidarité, 2001.
- [4] C. Brotons, R. Ciurana, R. Piñeiro, P. Kloppe, M. Godycki-Cwirko, M. R. Sammut, et EUROPREV, « Dietary advice in clinical practice: the views of general practitioners in Europe », *Am. J. Clin. Nutr.*, vol. 77, n° 4 Suppl, p. 1048S-1051S, avr. 2003.
- [5] Ministère des solidarités, de la santé, et de la famille, *Arrêté du 3 février 2005 portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes*. 2005, p. 2275.
- [6] L. J. Mitchell, L. MacDonald-Wicks, et S. Capra, « Nutrition advice in general practice: the role of general practitioners and practice nurses », *Aust. J. Prim. Health*, vol. 17, n° 2, p. 202-208, 2011.
- [7] G. J. Hiddink, J. G. Hautvast, C. M. van Woerkum, C. J. Fieren, et M. A. van 't Hof, « Consumers' expectations about nutrition guidance: the importance of primary care physicians », *Am. J. Clin. Nutr.*, vol. 65, n° 6 Suppl, p. 1974S-1979S, juin 1997.
- [8] C. B. Eaton, M. A. Goodwin, et K. C. Stange, « Direct observation of nutrition counseling in community family practice », *Am. J. Prev. Med.*, vol. 23, n° 3, p. 174-179, oct. 2002.
- [9] G. Pavlekovic et O. Brborovic, « Empowering general practitioners in nutrition communication: individual-based nutrition communication strategies in Croatia », *Eur. J. Clin. Nutr.*, vol. 59 Suppl 1, p. S40-45; discussion S46, août 2005.
- [10] A. Covi, « L'éducation nutritionnelle en médecine générale: fréquence, modalités, déterminants », thèse d'exercice, Créteil, Paris XII, 2008.
- [11] D. Gruaz, D. Fontaine, et O. Guye, « Médecins généralistes et éducation nutritionnelle en Rhône-Alpes », Observatoire Régional de la Santé Rhône-Alpes, Février 2004.
- [12] M. K. Campbell, B. M. DeVellis, V. J. Strecher, A. S. Ammerman, R. F. DeVellis, et R. S. Sandler, « Improving dietary behavior: the effectiveness of tailored messages in primary care settings », *Am. J. Public Health*, vol. 84, n° 5, p. 783-787, mai 1994.
- [13] S. Hercberg et J.-F. Desjeux, « Les aspects historiques de l'alimentation », 1996.
- [14] S. HERCBERG et A. TALLEC, « Pour une politique nutritionnelle de santé publique en France », INSERM, juin 2000.
- [15] ANSES - Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail, « Les études INCA ». 22-juin-2016.
- [16] U. Nöthlings, M. B. Schulze, C. Weikert, H. Boeing, Y. T. van der Schouw, C. Bamia, V. Benetou, P. Lagiou, V. Krogh, J. W. J. Beulens, P. H. M. Peeters, J. Halkjaer, A. Tjønneland, R. Tumino, S. Panico, G. Masala, F. Clavel-Chapelon, B. de Lauzon, M.-C. Boutron-Ruault, M.-N. Vercambre, R. Kaaks, J. Linseisen, K. Overvad, L. Arriola, E. Ardanaz, C. A. Gonzalez, M.-J. Tormo, S. Bingham, K.-T. Khaw, T. J. A. Key, P. Vineis, E. Riboli, P. Ferrari, P. Boffetta, H. B. Bueno-de-Mesquita, D. L. van der A, G. Berglund, E. Wirfält, G. Hallmans, I. Johansson, E. Lund, et A. Trichopoulos, « Intake of vegetables,

legumes, and fruit, and risk for all-cause, cardiovascular, and cancer mortality in a European diabetic population », *J. Nutr.*, vol. 138, n° 4, p. 775-781, avr. 2008.

[17] F. Andreelli, E. Bertin, N. Cano, J. Delarue, E. Fontaine, M. Gerber, M. Laville, C. Maurage, J. Melchior, P. Moulin, J. Oppert, M. Piquet, D. Quillot, M. Romon, S. Schneider, et O. Ziegler, *Nutrition, polycopié national*. 2010.

[18] « Etude Individuelle Nationale des Consommations Alimentaires 2 », AFSSA, Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments, INCA 2, 2007 2006.

[19] « Deuxième Programme National Nutrition Santé, PNNS 2 », Ministère de la santé et des solidarités, 2006.

[20] « Troisième Programme National Nutrition Santé, PNNS 3 », Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, 2011.

[21] H. Escalon, C. Bossared, F. Beck, et R. Bachelot-Narquin, « Baromètre santé nutrition 2008 », INPES, 2002.

[22] C. M. van Woerkum, « Media choice in nutrition education of general practitioners », *Am. J. Clin. Nutr.*, vol. 65, n° 6 Suppl, p. 2013S-2015S, juin 1997.

[23] J. L. Buttriss, « Food and nutrition: attitudes, beliefs, and knowledge in the United Kingdom. », *Am. J. Clin. Nutr.*, vol. 65, n° 6, p. 1985S-1995S, juin 1997.

[24] D. P. Keenan, R. AbuSabha, et N. G. Robinson, « Consumers' understanding of the Dietary Guidelines for Americans: insights into the future », *Health Educ. Behav. Off. Publ. Soc. Public Health Educ.*, vol. 29, n° 1, p. 124-135, févr. 2002.

[25] P. G. Wallace et A. P. Haines, « General practitioner and health promotion: what patients think », *Br. Med. J. Clin. Res. Ed*, vol. 289, n° 6444, p. 534-536, sept. 1984.

[26] R. F. Kushner, « Barriers to providing nutrition counseling by physicians: a survey of primary care practitioners », *Prev. Med.*, vol. 24, n° 6, p. 546-552, nov. 1995.

[27] I. Aubin-Auger, A. Mercier, L. Baumann, A.-M. Lehr-Drylewicz, P. Imbert, et L. Letrillart, « Introduction à la recherche qualitative », n° 84, 2008.

[28] M. Lessard-Hebert, G. Boutin, et G. Goyette, *La recherche qualitative: fondements et pratiques*, De Boeck Supérieur. 1997.

[29] GMC Groupe Marketing Consultant, « Focus groupe et entretien individuel: 2 moyens de recueil des données possédant des vocations distinctes », février 2008.

[30] P. Frappe, « De la question au type d'étude », in *Initiation à la recherche*, Mayenne : GMSanté et CNGE, 2011.

[31] P. Frappe, « De l'objectif au protocole », in *Initiation à la recherche*, Mayenne : GMSanté et CNGE., 2011.

[32] N. Britten, « Qualitative research : qualitative interviews in medical research », n° 311, p. 251-253, 1995.

[33] L. Cote et J. Turgeon, *Comment lire de façon critique les articles de recherche qualitative en médecine*, Pédagogie médicale. 2002.

- [34] Ache Encaoua, « Qu'est ce que les patients diabétiques de type 2 retiennent des règles hygiéno-diététiques énoncées par leur médecin traitant? », thèse d'exercice, Paris Diderot - Paris 7, 2014.
- [35] M. Rocca, « Perception des mesures hygiéno-diététiques par les patients hypertendus artériels », thèse d'exercice, Nantes, 2014.
- [36] G. Imbert, « L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie », *Rech. Soins Infirm.*, n° 102, p. 23-34.
- [37] G. Labarthe, « Les consultations et visites des médecins généralistes - Un essai de typologie », Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), Etudes et Résultats n°315, juin 2004.
- [38] J.-P. Poulain, *Manger aujourd'hui. Attitudes, normes et pratiques*. Toulouse: Privat, 2001.
- [39] C. Michaud et le Comité Scientifique, « L'enfant et la nutrition : croyances, connaissances et comportements », vol. 32, n° 1, p. 49-56, 1997.
- [40] « L'état de santé de la population en France en 2008 », Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), 2008.
- [41] C. Costa, « L'alimentation : un bon moyen de rester en bonne santé selon 58% des Français », n° 44, p. 52, 2009.
- [42] A.-E. Delavigne, C. Crenn, M. Duboys de Labarre, F. Precigout, et I. Teschoueres, « Impact des discours nutritionnels sur les comportements alimentaires : une approche socio-anthropologique auprès de groupes "ciblés" », L'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES), Tours : Université de Tours, 2007.
- [43] F. REGNIER et A. MASULLO, « Une affaire de goût? Réception et mise en pratique des recommandations nutritionnelles », INRA, Ivry-sur-Seine, 2007.
- [44] « Surpoids et obésité de l'adulte: prise en charge médicale de premier recours », HAS, Recommandations pour la pratique clinique, sept. 2011.
- [45] « Prévention et dépistage du diabète de type 2 et des maladies liées au diabète », HAS, oct. 2014.
- [46] P. Le Fur, V. Paris, C. Pereira, T. Ranaud, et C. Sermet, « Les dépenses de prévention dans les Comptes nationaux de la santé, une approche exploratoire », Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), Etudes et Résultats n°247, juillet 2003.
- [47] *Arrêté du 8 avril 2013 relatif au régime des études en vue du premier et du deuxième cycle des études médicales.* .
- [48] « Les taxes sur les aliments sucrés, gras ou salés devraient être proportionnelles à leur qualité ». [En ligne]. Disponible sur: https://www.vidal.fr/actualites/14562/les_taxes_sur_les_aliments_sucres_gras_ou_salés_devraient_être_proportionnelles_a_leur_qualite/. [Consulté le: 23-août-2016].
- [49] « Éducation à l'alimentation - Une éducation à l'alimentation précoce et durable - Éduscol ». [En ligne]. Disponible sur: <http://eduscol.education.fr/cid47664/une-education-alimentation-precoce-durable.html>. [Consulté le: 05-sept-2016].
- [50] « Préparation de la rentrée 2011 - Circulaire n°2011-071 du 2 mai 2011 », *Ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche*, mai-2011. [En ligne]. Disponible sur: <http://www.education.gouv.fr/cid55941/mene1111098c.html>. [Consulté le: 05-sept-2016].

- [51] « La politique nutritionnelle à l'école - Ressources pour les professionnels de l'éducation - Manger Bouger Professionnel ». [En ligne]. Disponible sur: <http://www.mangerbouger.fr/pro/education/agir-3/pour-une-politique-nutritionnelle-a-l-ecole/la-politique-nutritionnelle-a-l-ecole.html>. [Consulté le: 23-août-2016].
- [52] « Programme régionaux d'éducation pour la santé ».
- [53] « Quantified self, m-santé : le corps est-il un nouvel objet connecté », CNIL, Mai 2014.
- [54] S. Eustache, « Ignilife. La start-up qui exploite les objets connectés pour la prévention en santé », mars 2016.

Annexe 1 : Guide d'entretien

« Je suis Emilie FERRER, interne en médecine générale à Nice. Dans le cadre de ma thèse, j'effectue un travail sur les attentes des patients dans le domaine de la prévention sur les mesures diététiques. Pour cela je réalise une enquête auprès de patients âgés de moins de 40 ans pour comprendre quelles questions se sont-ils posés sur la diététique, où cherchent-ils des informations mais surtout qu'est-ce qu'ils attendent de leur médecin ? Leurs suggestions pourront faire émerger des idées nouvelles afin d'améliorer leur prise en charge. L'entretien est enregistré mais l'enquête est anonyme, aucune personne ne sera mentionnée dans ce travail. Si certaines questions vous gênent, vous n'êtes en aucun cas obligés d'y répondre »

1. Connaissances

- Selon vous qu'est-ce qu'une alimentation saine ?
- Comment se compose un menu équilibré ?
- Comment avez-vous eu ces connaissances ?
(Famille, médias, amis, médecins, spécialistes)
- Quelle fiabilité accordez-vous à ces sources ?
- Que représente l'alimentation pour vous ?
- Quelles peuvent être les conséquences sur la santé ?

2. Hygiène de vie

- Quel est votre mode de vie ?
(Statut marital, enfants, profession, qui s'occupe des courses, qui fait la cuisine, où mangez-vous le midi, le soir, les sorties : bar, restaurants... sur une semaine)
- Comment se composent vos repas ?
 - Comment sont distribués les principaux repas au cours de votre journée ? Collation – grignotage ?
 - Pour chaque repas donner la composition type ou répartition des aliments sur une journée
- Quelle est votre activité physique sur une semaine ?
- Adaptez-vous vos repas à vos dépenses ? Expliquez.

5. Suggestions :

- Pensez-vous bien manger ? pensez-vous encourir un risque pour votre santé ?
- Quelles solutions proposeriez-vous pour améliorer la pratique et la connaissance des bonnes habitudes alimentaire (qui doit vous informer, à quel moment,

3. Parcours diététique

- Expliquez-moi de vos habitudes alimentaires au cours de votre vie
- Si elles ont changé au cours de votre vie, pourquoi et quels ont été l'évolution les intervenants ou les différentes ressources dont vous avez eu recours (si vous êtes allés voir un spécialiste, si vous vous êtes informés par vous-même à l'aide d'internet, de formations...)
- Quels sont vos besoins dans le domaine de la diététique ? dans quel but ?

4. Place du médecin généraliste

- Avez-vous un médecin généraliste ?
 - Si oui : à quelle fréquence le consultez-vous et pour quel motif ? (Avez-vous des problèmes de santé, prenez-vous un traitement)
 - Si non : pourquoi ? avez-vous consulté un autre médecin ?
- Vous a-t-il déjà sensibilisé au sujet de la diététique ?
 - Si oui : comment ? Qui a abordé le sujet ? Quels étaient ses conseils ?
 - Si non : aimeriez-vous qu'il le fasse ? Par quel moyen ?
- Comment le médecin pourrait s'informer des bonnes habitudes alimentaires ?
- Suivi des bonnes pratiques
 - Comment pourrait-il vérifier vos pratiques, l'efficacité de ses recommandations, vérification de votre bonne compréhension
- D'après vous, quelle est la place / le rôle du médecin généraliste sur la diététique / Pourrait-il être votre interlocuteur privilégié ? si non pourquoi ?

Annexe 2 : Consentements

« Je soussigné(e), _____ certifie avoir donné mon consentement à Emilie Ferrer, interne en médecine générale, pour m'entretenir avec elle dans le cadre de sa thèse et autorise l'enregistrement de cet entretien et l'utilisation des données pour son étude. Il m'a été assuré que l'entretien resterait strictement anonyme. »

Fait à :

Le :

Signature :

Serment d'Hippocrate

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate :

Je promets et je jure, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

RESUME

INTRODUCTION : La nutrition et la santé préoccupent de plus en plus les français. Le lien entre alimentation et maladies chroniques est aujourd'hui clairement avéré. Aussi, le médecin généraliste a un rôle primordial à jouer à tous les niveaux de la prévention. Or, différentes études montrent que ces conseils sont en général délivrés à des patients présentant déjà des pathologies chroniques. A travers ces rencontres, nous souhaitons en savoir davantage sur les expériences de jeunes patients et connaître leurs attentes sur la place du médecin généraliste dans la nutrition en prévention primaire.

METHODE : Enquête qualitative par entretiens individuels semi-dirigés auprès de patients âgés de moins de 40 ans dont les modes de recrutement ont été variés, jusqu'à saturation des données.

RESULTATS : Vingt et un entretiens ont été réalisés entre février 2016 et juillet 2016. Les patients ont conscience de l'impact que peut avoir l'alimentation sur leur santé, d'où leur intérêt majeur pour ce sujet. Malgré la multitude des sources d'information à leur disposition, ils ne se considèrent pas suffisamment informés. Le médecin généraliste, quant à lui, est perçu comme une source fiable. Il doit donc profiter de sa forte crédibilité pour diffuser des conseils nutritionnels. Les patients sont d'ailleurs en attente d'une plus grande implication de leur part. Ils attendent que leur médecin s'informe de leurs habitudes alimentaires afin d'identifier les « fautes » sur leurs pratiques nutritionnelles ; ils attendent que leur médecin les informe des risques que cela peut avoir sur leur santé en leur parlant concrètement des pathologies induites par l'alimentation. Enfin, ils attendent que leur médecin leur donne des conseils pour améliorer leur alimentation. Cette éducation doit se faire le plus tôt possible et à tous les stades de la vie afin d'ancrer de bonnes habitudes alimentaires aux patients. Ces derniers regrettent le manque de temps lors des consultations de médecine générale pour aborder ce vaste sujet et constatent un manque de connaissance des médecins.

CONCLUSION : Le médecin généraliste a une place déterminante dans l'éducation nutritionnelle en prévention primaire de ses patients. Pour cela il paraît nécessaire d'avoir une meilleure formation médicale sur la nutrition, une diffusion plus large de l'information auprès des patients, un suivi plus approfondi, et une collaboration plus étroite avec les autres spécialistes en nutrition. Ainsi les risques de maladies chroniques liées à l'alimentation pourraient diminuer avec l'espoir d'observer une population vieillir en santé beaucoup plus longtemps.

MOTS CLES : Nutrition – Médecine générale – Prévention primaire – Patients jeunes