



HAL
open science

Les difficultés ressenties par les Médecins Généralistes d'Île de France à mettre en place une prévention nutritionnelle. Une enquête qualitative par entretiens

Sophie Faille

► To cite this version:

Sophie Faille. Les difficultés ressenties par les Médecins Généralistes d'Île de France à mettre en place une prévention nutritionnelle. Une enquête qualitative par entretiens. Médecine humaine et pathologie. 2012. dumas-01471596

HAL Id: dumas-01471596

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01471596>

Submitted on 20 Feb 2017

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2-L 335.10

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES
Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

Année 2012

N° 169

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

Les difficultés ressenties par les médecins généralistes d'Île-de-France
à mettre en place une prévention nutritionnelle.
Une enquête qualitative par entretiens

Présentée et soutenue publiquement
le 17 octobre 2012

Par

Sophie FAILLE

Née le 18 mars 1982 à Paris (75)

Dirigée par M. Le Docteur Laurent Rigal, MCU

Jury :

M. Le Professeur Fabrizio Andreelli, PU-PH Président

M. Le Professeur Philippe Cornet, PU

Mme Le Docteur Géraldine Bloy, MCU



Except where otherwise noted, this work is licensed under
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/>

REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur Fabrizio ANDREELLI : vous me faites l'honneur de présider ce jury. Veuillez trouver ici le témoignage de ma profonde reconnaissance.

Au Dr Géraldine BLOY : vous m'avez initiée à l'approche sociologique, et m'avez encouragée dans ma réflexion. Vous avez accepté de diriger ce travail. Je vous remercie pour les temps consacrés à sa relecture et vos conseils précieux.

Au Docteur Laurent RIGAL : vous avez accepté la direction de cette thèse. Je vous remercie pour vos remarques constructives au cours de son élaboration.

À Monsieur le Professeur Philippe CORNET : vous avez accepté de juger ce travail. Merci pour votre aide.

Aux médecins généralistes qui ont accepté de répondre à cette enquête.

Aux Dr POTHET et SANTINI : vous m'avez fait découvrir et apprécier la médecine générale. Vous m'avez aidée dans les premiers temps de ce travail. Merci pour vos précieux conseils.

Aux Dr BERTHO, DUBOURDIEU, GAMBOTTI, GAUSS, HAMADA, KHIAMI, LATREMOUILLE, LERAY, LAMARCHE-VADEL, MEINADIER, RAUX, SICOT

A Christian, Nicolas, Patrick et Patrick.

Je ne ferais pas la même médecine si je n'avais pas eu la chance de vous trouver sur mon chemin. Merci.

A Anne, Aurélie et Florence : je n'y serais jamais arrivée sans vous. Vous comptez plus que tout. Merci.

A David. Pour la fréquence et les raisons de nos fous rires (Brookebaaaack Mountaaaaaiiin ?). Merci.

A Fabien et Adrien : votre amitié est un honneur. Je ne serais pas la même personne si je n'avais pas grandi à votre contact. Merci.

A Anne-Laure, Caroline, Célia, Danielle, Florence, Marius, Nathan & Alexis, Nicolas, Philippe, Thomas, Romain, Samira et Xavier : que ces belles et longues années d'amitié, d'échange, de partage et de régression (surtout) s'additionnent les unes aux autres encore longtemps. Merci.

A Bénédicte, toujours présente 24 ans plus tard. Merci.

A Antonin, Julien et Romain : mes frères. Merci.

A Brigitte : ma deuxième mère. Merci.

A Thierry et Martine : mes parrain et marraine. Merci.

A Angèle, Antoine, Carole, Clio, Delphine, Enora, Eve, Grégory, Matthieu, Nasta, Oriane, Tomasz, Véro : si ces années furent mémorables, c'est uniquement grâce à vous. Bravo !!!
Merci.

A Marc : pour tes précieux conseils : ça a fonctionné ! Je t'attends de pied ferme en terrasse !
Merci.

A Lydie, Marie-Gabrielle, Marlène, Stéphanie, Virginie et Yarine. Nous qui pensions que nous avons fait le plus dur ! Votre soutien fut très précieux en ces deux premières années et nos retrouvailles sont toujours tellement joyeuses. Merci.

A Vincent, Jean-Marc, Guillaume, Olivier, Diane, Philippe, Catherine, Lambert, Simon-Pierre, Claire-Anne, Serge, Valérie : le lien qui nous unit est bien sûr indéfectible mais j'espère que nous saurons l'entretenir au fil des années. Merci.

A Clémence, Elise, Maud, Nathalie et Sophie : cela n'aurait été que de la souffrance sans vous. Je suis très heureuse de vous compter parmi mes amies ... voire collègues ! Merci.

A Clothilde, Anne-Laure, Jessica, Nery, Estée, Violaine, Aurélie : vous m'avez intégrée, soutenue, aidée, rassurée, conseillée... Et ça continue ! Merci.

A Béatrice, Marc, Max et Monika : pour votre confiance et vos conseils. Merci.

A Philippe : tu développes des trésors de patience, de tolérance, de soutien. Ta présence, tes encouragements et ta confiance m'ont tellement aidée, si tu savais. Merci.

A ma grand-mère : tu te soucies toujours de mon bien-être. Merci.

À mes parents : je vous dois tout. Absolument tout. Merci.

PLAN

INTRODUCTION

CONTEXTE, PROBLEMATIQUE ET METHODES

L'ALIMENTATION, ENTRE SOCIETE ET MEDECINE

- 1) Notre alimentation se trouve au croisement de notre Civilisation et de notre Santé
 - a. Nourrir le corps : entre le sacré et la terre
 - b. Entre source de plaisir et quête d'excellence, l'alimentation est une pratique culturelle et sociale
 - c. Le lien établi entre alimentation et santé est établi par les profanes puis confirmé par les scientifiques
- 2) Sociologie des pratiques alimentaires contemporaines
 - a. Habitudes alimentaires, rapport au corps et catégories sociales
 - b. Des inégalités de corpulence aux inégalités sociales de santé
 - c. Les effets paradoxaux des normes de poids
- 3) L'éducation nutritionnelle en Santé Publique et en Médecine Générale
 - a. Les messages diffusés sont modelés par une logique économique autant que par les connaissances scientifiques et médicales
 - b. La prise de conscience des pouvoirs publics en France depuis le début des années 1990
 - c. La complexité de l'éducation thérapeutique et la réalité de la consultation

PRESENTATION DE L'ENQUETE AUPRES DES MEDECINS GENERALISTES

- 1) Contexte de réalisation de l'étude
- 2) Objectifs de l'étude
- 3) Enquête sur le terrain
- 4) Analyse des entretiens
- 5) Discussion sur la méthodologie appliquée à la nutrition
- 6) Méthode d'analyse des entretiens « nutrition »

RESULTATS ET DISCUSSION

PORTRAITS DE QUATRE MEDECINS INTERROGES AU SUJET DE LA PREVENTION NUTRITIONNELLE

- 1) Le Docteur Adrien
- 2) Le Docteur Pauline
- 3) Le Docteur Elise
- 4) Le Docteur Rémi

ANALYSE TRANSVERSALE

- 1) Le cadre de la consultation
 - a. Le paiement à l'acte : la rencontre des contraintes matérielles
 - b. Le motif de la consultation ou l'obligation de répondre à la demande
- 2) Les médecins, leurs trajectoires de pratiques, leurs convictions
 - a. La santé par l'alimentation : la force de la conviction personnelle du médecin
 - b. Seul un des quatre « spécialistes » en nutrition rapporte un antécédent personnel dans ce domaine
 - c. S'ils rapportent un surpoids ou une autre expérience personnelle, cela a-t-il une influence ?
 - d. La capacité de prendre ses patients en charge sur le plan nutritionnel ?
- 3) La perception par les médecins des difficultés qui émanent des patients
 - a. Composer avec la catégorie socio-professionnelle
 - b. L'intégration des habitudes culturelles
 - c. La souffrance psychologique
- 4) La rencontre du médecin et du patient, : les façons de faire
 - a. Le moment où il est (in)opportun d'aborder le sujet
 - b. Lutter ensemble ou accompagner
 - c. Mener le combat contre le patient
 - d. Préserver le plaisir
 - e. La peur de nuire
 - f. Déléguer aux spécialistes

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

- 1) Les études publiées au sujet de la prévention nutritionnelle en Médecine Générale
- 2) Elaboration du guide d'entretien
- 3) Les thèmes de lecture pour les dossiers de bibliographie
- 4) Exemples de schémas

INTRODUCTION

L'International Association for Study of the Obesity (IASO) recueille les chiffres de prévalence de l'obésité à travers le monde et a estimé en 2010 qu'environ 1,5 milliards de personnes étaient en surpoids dans le monde dont environ le tiers est obèse. L'IASO a également publié une revue de la littérature mettant en évidence la force du lien qui existe entre obésité et morbi-mortalité : les personnes obèses ont ainsi, par exemple, un risque relatif à 2 de présenter une cardiopathie ischémique et celui-ci s'élève à 7 pour les hommes obèses de présenter un diabète de type 2. Il y a également un sur-risque en ce qui concerne certains cancers, la survenue d'un AVC et de troubles psychiques. L'obésité est donc le nouveau fléau de santé publique, décrété comme tel par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et c'est le seul de l'histoire à prendre son origine dans la façon dont s'alimentent les populations, les autres étant les maladies infectieuses (peste, variole, tuberculose, grippe, VIH,...).

Si, à l'échelle d'un patient, il semble aisé de le convaincre de traiter une maladie infectieuse au regard du bénéfice qu'il pourra en tirer, emporter son adhésion quant à l'adoption durable d'un régime alimentaire auquel il n'est pas habitué et qui, a fortiori, représente une contrainte quotidienne et durable, est beaucoup moins facile. Les raisons de ces difficultés sont bien sûr nombreuses : certaines semblent évidentes et universelles (appétence pour les aliments gras et sucrés, plaisir gustatif) mais celles contre lesquelles il est le plus dur de lutter appartiennent à l'histoire du patient, trouvant leurs arguments dans son subconscient et puisant leur force dans ses origines socio-culturelles. Comment améliorer la santé d'un patient sans dégrader de sa qualité de vie ? Comment corriger ses grandes erreurs diététiques sans lui faire remettre en cause les traditions parfois ancestrales par lesquelles il reproduit un héritage pouvant traduire son identité culturelle et sociale ? Le risque est de tomber dans la catégorisation et le préjugé, risque contre lequel il n'y a qu'une seule solution : prendre le temps de connaître le patient et dialoguer avec lui. Il ne suffit pas en effet que le patient ait compris les règles d'une alimentation variée et équilibrée mais il faut qu'il puisse les intégrer dans son alimentation, qui, quelque part, qu'il en ait conscience ou non, est une composante de son identité.

Les cabinets de médecine générale semblent être un des lieux privilégiés pour transmettre des messages de prévention nutritionnelle. Nous l'avons vu, connaître un malade sous divers angles, à savoir sur le plan médical bien sûr mais également le connaître depuis longtemps et à la fois sur les plans social, familial et psychologique est une condition pour mettre en place ce type de prévention et cette façon d'appréhender le patient est facilitée par le contexte, en médecine de soins primaires plus que dans les autres disciplines. A ce sujet, plusieurs études ont été menées (voir annexe 1) auprès de généralistes et rapportent de nombreuses difficultés à mettre en place cette prise en charge nutritionnelle. Aucune ne s'intéresse aux origines de ces problèmes qui se posent et quelles sont les stratégies que les généralistes mettent en place pour les contourner. Le but de ce travail est donc de comprendre les contraintes avec lesquelles ils composent quotidiennement et de connaître ce qu'il se passe, concrètement, lors d'une consultation en cabinet de ville. La méthodologie est ici différente car la technique des entretiens semi-directifs auprès des praticiens n'avait pas encore été choisie et elle permet souvent de faire émerger des sujets et/ou des problématiques qui ne ressortent pas forcément par le biais de questionnaires ou d'observations de consultations.

Dans une première partie, nous nous intéressons donc à la façon dont les travaux de sociologie et d'histoire au sujet de l'alimentation des populations ont permis d'en comprendre certains déterminants et ont contribué à la mise en place, depuis quelques années, d'une politique nutritionnelle de santé publique. La seconde partie est consacrée à la présentation de l'enquête : travail préparatoire, lectures, choix des médecins, méthodologie pour l'analyse des interviews. La partie suivante correspond à la présentation détaillée de quatre des médecins du corpus, choisis pour leur représentativité ainsi que pour la variabilité de leurs pratiques, de leurs parcours et de leurs ressentis vis-à-vis de la prise en charge nutritionnelle de leurs patients et enfin, le quatrième chapitre est consacré à l'analyse des vingt et un entretiens enregistrés au sujet de la prévention nutritionnelle.

CONTEXTE, PROBLEMATIQUE ET METHODES

L'ALIMENTATION ENTRE SOCIETE ET MEDECINE

Les habitudes alimentaires d'un individu se mettent en place dans l'enfance puis subissent des influences tout au long de sa vie. D'abord, elles lui sont transmises par ses parents puis se modifient avec son expérience, son apprentissage, l'intégration de messages émanant parfois d'une nécessité ou d'une contrainte (problème de santé ou manque de moyens). Les règles implicites transmises aux enfants sont elles-mêmes la résultante de l'expérience de vie de l'adulte qui sera amené à son tour à transmettre cet héritage, modelé par son expérience, etc... L'acte alimentaire se trouve donc au carrefour des domaines du corps et de la santé, du psychisme et de la société. L'éducation nutritionnelle d'un individu nécessite donc de prendre conscience non seulement des déterminants de ses habitudes alimentaires mais également des enjeux des relations qui se mettent en place entre ceux qui font les normes alimentaires et ceux qui doivent s'y soumettre.

1. Notre alimentation se trouve au croisement de notre civilisation et de notre santé

Une civilisation se nourrit d'influences historiques tant que religieuses dans tous les domaines y compris dans celui de l'alimentation. C'est pourquoi de nombreux historiens et anthropologues se sont intéressés au sujet de l'alimentation et offrent une vision plus large de la façon dont se sont mises en place, au fil des siècles, des règles partagées in fine par tout un peuple. Si nous avons intégré inconsciemment toutes ces règles, il est intéressant pour la

pratique clinique en matière de nutrition de comprendre comment elles se sont installées dans notre culture.

Nourrir le corps : entre le sacré et la terre

Selon Mate, s'alimenter a toujours eu pour but d'accomplir un destin, d'accéder à un idéal et de se rapprocher du Divin par voie spirituelle ou physique. Dès l'Antiquité, le repas prend une dimension rituelle, notamment avec les fêtes dionisiaques, en Grèce, qui sont organisées autour de repas marqués par une abondance de produits dont la consommation associée à celle du vin (qui apporte l'ivresse facilitant la transe et l'onirisme) permet de se rapprocher des Dieux. S'opposent donc dès cette époque alimentation civilisée, typiquement gréco-romaine, synonyme de convivialité, caractérisée par le choix de produits considérés comme de bonne qualité et alimentation dite « barbare », apportée par les Celtes qui consomment notamment des aliments crus comme le lait et la viande, associés à la bestialité et à l'image primitive attribuées à ces peuples. Ces choix de prédilection, que l'on sait aujourd'hui sous-tendus par les besoins en protéines, étaient à l'époque guidés par la nécessité d'entretenir un corps fort et résistant, musclé, gage de victoire, de résistance et de longévité pour ces peuples de guerriers. Les uns comme les autres cherchaient donc ce rapprochement avec le divin en adoptant des habitudes alimentaires cependant très à l'opposé l'une de l'autre. (Mate, 2008).

Cette opposition est renforcée par l'influence des religions monothéistes et particulièrement, concernant l'Europe, du Christianisme prônant l'instauration de périodes de jeûne, imposant des règles monastiques. Ces règles privilégient la modération voire l'ascétisme et le repentir est de mise lorsqu'elles sont enfreintes. La gourmandise notamment, étiquetée comme péché capital, est associée à la barbarie païenne, à l'abondance gastronomique et au plaisir de la chère. L'image de brutalité associée aux envahisseurs celtes de l'Antiquité qui seraient assoiffés de violence gratuite, affublés d'une sexualité bestiale et amateurs de viande et de lait crus met le « gourmand » dans un rôle d'animal, incapable de réfréner ses pulsions. Cette image est constamment mise en opposition avec celle de l'ascète, éduqué, bon chrétien, fin gourmet, amateur de « bonnes choses » en quantité raisonnable et respectueux des codes et des valeurs de l'église et dont le chemin est tracé pour le paradis.

Ce sont d'ailleurs les religions qui, les premières, attribuent aux aliments des valeurs symboles. Le premier d'entre eux est le pain : nourriture essentielle à caractère sacré, symbole de la nourriture spirituelle de l'homme, de la vie éternelle, de la présence substantielle de Dieu et de l'image du Père (Cornuey, 2002). En France, il revêt une importance toute particulière car il est traditionnellement présent sur toutes les tables. Il porte la symbolique du travail et de la survie qui en découle et cela se retrouve dans des expressions idiomatiques : «Avoir du pain sur la planche », « Gagner sa croûte ». De même, le lait est bien sûr signe de (re)naissance, de pureté virgine et de maternité, images véhiculées par sa couleur mais aussi par les effets constatés sur les nouveau-nés de toutes les espèces qui en sont consommateurs exclusifs et qui grandissent et prennent du poids de façon évidente au cours des premiers mois de vie. Les vertus du lait en font donc la boisson source de vie, source de pureté, source de force. A contrario, certaines catégories alimentaires sont associées à la maladie et la mort depuis les périodes de disette ayant marqué la seconde partie du Moyen-Âge. Les paysans étaient les plus touchés par ces disettes, qui survenaient en cas de succession de mauvaises récoltes, or ces derniers consommaient les produits qu'ils cultivaient et/ou élevaient. Les épidémies, favorisées par ces périodes de disette, contribuent à associer l'image du cultivateur ou de l'éleveur à la maladie et à la mort et par extension, les aliments que ceux-ci consomment sont moins plébiscités par les catégories favorisées. Pour marquer leur différence avec l'alimentation terrestre typiquement paysanne (animaux à quatre pattes et légumes), les bourgeois des villes se tournent donc préférentiellement vers des aliments évoquant l'Air, sa légèreté et sa pureté. C'est le cas des oiseaux et de leur capacité à voler ainsi que des fruits qui, inaccessibles aux animaux terrestres car poussant dans les arbres, ne sont pas rentrés en contact avec d'éventuelles salissures

Cependant, si les symboles que représentent des aliments aussi universels que le lait ou le pain se retrouvent de façon quasi constante selon les civilisations, nombreuses sont les denrées considérées comme alimentaires dans une communauté et dont la consommation est de l'ordre de la transgression ou de l'inimaginable dans d'autres. Citons pour exemple les insectes. Certains groupes asiatiques en sont très friands et leurs qualités nutritionnelles en tant que sources de protéines sont établies sur le plan scientifique... Mais il est impensable pour un occidental d'intégrer ce groupe animal dans ses habitudes culinaires ! Dans l'autre sens, le fait de manger des grenouilles (réputation qu'ont les Français partout dans le monde) apparaît partout ailleurs au mieux comme incongru et au pire comme un acte révélateur de folie collective. D'après Levi-Strauss, il existe donc deux barrières psychologiques entre ce

qui est considéré comme un animal comestible ou pas : l'une divisant la classe des animaux domestiques en bétail (donc comestible) et familiers (non comestibles) et celle qui sépare les animaux sauvages selon les mêmes modalités (entre le gibier et les « autres sauvages »). Ces barrières se déplacent selon les groupes de population : elles font donc partie d'un ensemble plus large qui constitue des règles symboliques, implicites, universelles, inaccessibles à l'argumentation rationnelle et qui régissent l'alimentation d'une population donnée. A partir de ces règles, les variations sont possibles et permettent d'identifier un groupe distinct au milieu d'une population. Les Français, par exemple, partagent des constantes comme les 3 repas par jour, l'omniprésence du pain et la fréquence de consommation du vin (Levi-Strauss, 1964) mais les choix alimentaires varient de façon importante selon les catégories socio-professionnelles, les régions d'origine ou de résidence et les périodes de l'année.

Entre source de plaisir et quête d'excellence : l'alimentation est une pratique culturelle et sociale.

Il a toujours existé une opposition entre raffinement des classes supérieures et habitudes populaires des couches sociales les moins favorisées. Les origines de cette scission, nous l'avons vu, remontent à l'Antiquité lorsque les peuples « civilisés » cherchaient la perfection divine dans leur repas qui devenait alors une fin en soi alors que les barbares l'utilisaient comme le moyen de renforcer leur enveloppe charnelle. Après la découverte du « Nouveau Monde », le luxe correspond à la rareté, la nouveauté et l'originalité des produits mais, il faut attendre le XVII^{ème} pour voir apparaître la notion de Grande Cuisine « à la française » avec une étiquette précise codifiant le service d'un repas dont la particularité est le raffinement : celui-ci regroupe tant le savoir-faire que la qualité du service sans oublier ni l'élégance du dressage de la table ni le choix du vin. Sous Louis XIV, le repas s'impose comme moment-clé d'échange et de convivialité : à la cour il s'agit d'une période où le respect de l'étiquette revêt une importance capitale pour la hiérarchie sociale et à Paris, les premiers cafés voient le jour (ouverture du Procope en 1674) où vont naître les idées révolutionnaires. Echanger, discuter, débattre et se retrouver entre amis se fait désormais autour d'un repas pris en dehors de chez soi. Ce sont les prémices de la restauration telle que nous la connaissons actuellement en

France : vecteur social et source de plaisir. Le repas échangé devient une forme de mondanité, de sortie sociale.

En France, on associe un repas à un moment d'intimité familiale, de fête sociale, de moment privilégié justifiant d'investir temps et argent dans la préparation d'un repas sortant de l'ordinaire. C'est un vecteur social, une façon d'entrer en communication avec autrui. Il est important de « bien recevoir » c'est-à-dire de savoir créer une ambiance de fête, de servir de bons vins et de dresser une table esthétiquement agréable pour que la réception ait pour point d'orgue un menu qui contentera les gourmets et rassasiera même les plus gros mangeurs. « J'ai bien mangé » est le compliment que les hôtes attendent, sous entendant que le convive a non seulement apprécié les qualités gustatives de ce qui a été servi mais aussi et surtout qu'il a mangé à son appétit, voire au-delà : le repas apprécié comme tel prendra le terme de « gueuleton », synonyme de moment de plaisir partagé, de fête et de sensation de réplétion ; excès autorisé par ce cadre social.

D'après Fischler, manger comme les autres revient donc un peu à intégrer leur groupe. Manger AVEC les autres, corollairement, est le signe de l'intégration, par la collectivité de l'individu. L'exemple le plus représentatif est l'accueil, à la table familial du nouveau conjoint, d'un membre de la famille. Les règles tacites sont les suivantes : le « nouveau » accepte par respect et politesse, de manger ce qui est servi (et il exprime par là son désir d'intégration au groupe social que représente la famille de l'autre) et ladite famille « invite » le nouveau venu à sa table, partage sa nourriture (et exprime par là son désir de l'intégrer parmi eux). La commensalité – c'est-à-dire littéralement le fait de partager la même table et donc ce qu'elle porte – est réputée civiliser l'individu et, hors d'elle, on tomberait vite dans une certaine asocialité sinon une sauvagerie (Fischler, 2006). En France particulièrement, bien manger ne se conçoit qu'en groupe, la plupart du temps en famille ou entre amis. Même si les évolutions historiques ont abouti à un idéal plus qualitatif de l'alimentation, il n'en demeure pas moins que depuis des siècles, lorsque l'on célèbre un événement, il s'agit d'abord de manger beaucoup dans une logique d'idéal quantitatif, plutôt. (Drouard, 2006)

L'alimentation fait donc partie de notre culture : elle est régulée par des codes universels secondairement façonnés et adaptés selon les milieux concernés. Ce socle commun sur lequel elle repose permet à un groupe social à la fois de se distinguer des autres et à ses membres de s'identifier entre eux. D'après Regnier, ces variations sont le résultat de la combinaison de facteurs agricoles (zones de production et ressources agricoles), de facteurs culturels

(essentiellement les traditions culinaires) et de facteurs sociaux (composition démographique et socio-économique de la région, âge, niveau économique et scolaire). Les différences constatées et la façon dont nous mangeons nous relient à notre entourage et nous identifient au sein de notre groupe.

Malgré toutes les représentations spirituelles qu'il véhicule, le régime alimentaire d'un individu, il ne faut pas l'oublier, répond à un besoin primaire, qui est celui d'apporter une source d'énergie à une enveloppe charnelle sur laquelle les choix nutritionnels peuvent avoir des conséquences bénéfiques mais surtout délétères. Certaines de ces conséquences sont d'ailleurs connues depuis plusieurs siècles.

Le lien établi entre alimentation et santé est établi empiriquement puis confirmé par les scientifiques

Les médecins de l'Antiquité préconisaient déjà, en se basant sur les écrits d'Hippocrate (« Que tes aliments soient ta première médecine ») de répartir les aliments en quatre catégories (humide ou sec / chaud ou froid) et d'utiliser ceux-ci pour améliorer la santé en équilibrant les humeurs, en adaptant le choix de son repas à son tempérament (sanguin, colérique, mélancolique, flegmatique), à son âge et à la période de l'année. Toute cette doctrine est basée sur l'opposition des qualités, le rétablissement de l'équilibre. Par exemple, en hiver (prédominance d'humide et de froid), il convient d'inverser la tendance en portant ses choix sur des aliments chauds et secs comme le bœuf ou le gibier à cuisiner avec des épices.... Ces règles sont véhiculées par la suite via les médecins, comme Galien au 1^{er} siècle après JC qui a cherché à peaufiner les détails de la théorie hippocratique en ajoutant des degrés à chaque caractéristique mais en gardant les idées fondatrices. Progressivement, ces préceptes initialement médicaux et sanitaires s'insinuent dans la vie quotidienne et s'installent dans les habitudes populaires.

Si la force physique a constamment été une nécessité de survie dans les combats menés contre la nature dès la naissance de l'humanité, il s'est agi aussi, à partir de l'Antiquité, de tendre vers un idéal divin. Le corps est la représentation des dieux sur la terre et il importait de le

traiter avec respect d'où l'importance d'une consommation d'aliments de qualité permettant alors de se prémunir de maladies dont la dénutrition est un des facteurs favorisants. Le lien a effectivement été établi entre insuffisance alimentaire et état de santé précaire. Manger bien signifiait donc manger suffisamment pour vivre ; survivre parfois. Avec la raréfaction des disettes, les élites se sont intéressées aux notions de « diététique », qui sont plutôt à l'époque des notions d'hygiène. L'équation passe de « manger = vivre » à « manger mieux = éviter les maladies ». Les produits consommés à visée sanitaire prennent donc leur essor : les épices sont conseillées pour la digestion et l'alcool est plébiscité par toutes les couches sociales en raison des conditions d'hygiène de l'eau qui véhicule de nombreuses maladies.

Les grandes révolutions industrielle, agricole et scientifique des XVIIIème et XIXème siècles ont transformé les habitudes de toutes les couches sociales. Grâce à des découvertes comme les nutriments, les vitamines, les enzymes, la pasteurisation et l'intoxication alimentaire, une importance grandissante est désormais accordée à la prévention des maladies : Nicolas Appert invente en 1795 le principe de la conserve et 60 ans plus tard la première machine à fabriquer du froid est créée par Ferdinand Carré. La science se met au service de la médecine pour établir la preuve que, par l'alimentation, peuvent survenir la maladie voire la mort et que, par corollaire, c'est grâce à la science que la sécurité infectieuse alimentaire est rendue possible !

Citons sur le plan scientifique l'importance des statistiques dans le lien établi entre alimentation et santé. C'est dans les années 1970 que sont apparus des seuils associés avec les chiffres d'IMC. C'est en effet une compagnie d'assurance américaine, soucieuse de calculer en termes de probabilités les risques encourus par leurs assurés, qui a établi des niveaux de risque pour la santé en fonction de « paliers » d'IMC. Entre 25 et 30 d'IMC, le risque global pour la santé leur est apparu non seulement supérieur que lorsqu'il est inférieur à 25 mais également inférieur que lorsqu'il est au-delà de 30. C'est une logique économico-commerciale qui a donc abouti à la création de ces seuils qui sont depuis repris dans les publications, utilisés en pratique clinique et diffusés au grand public. Ce sont également les statistiques qui ont permis de mettre en évidence « le paradoxe français » (terme inventé par la revue américaine *In Health* en 1990 qui renvoie à l'apparente aberration que constitue la longévité des français au regard de leurs habitudes gastronomiques, aberration constatée cependant depuis le début des années 1980). C'est au travers des « lunettes culturelles » (Fischler, 2008) du journaliste américain Edward Dolnick

que l'on s'interroge quant au lien qui pourrait exister entre ce record mondial de longévité et une alimentation qu'il a observée comme étant riche en graisses animales, accompagnée quasi systématiquement de vin et caractérisée par sa constante abondance. De nombreuses études ont été depuis menées (De Lorgeril, 1999) et le sont toujours pour établir ce lien. Plusieurs hypothèses ont été avancées, on parle désormais du respect du « régime méditerranéen » de la Harvard Medical School ou du « régime crétois » (Renaud, 1999) comme de la garantie d'un vieillissement harmonieux. Il s'agit désormais d'établir scientifiquement ce qui apporte, dans un régime alimentaire particulier, un bénéfice pour la santé pour éditer des règles diététiques, avec la complexité qui existe, comme le rappelle Ducimetière, à établir des liens de causalité entre aliments supposés protecteurs et maladie coronaire. Cet auteur insiste d'ailleurs sur le terme du « paradoxe français », précisant qu'il n'en est en fait pas un. En réalité, il existe un gradient Nord-Sud en terme de maladie coronaire et la France occupe, en termes d'événements coronaires, la place que lui confère son emplacement géographique. (Ducimetière, 2009).

2. Sociologie des pratiques alimentaires contemporaines

L'apport de l'histoire et de l'anthropologie permet de mettre en perspective les travaux des auteurs de sociologie contemporaine qui s'intéressent non plus à ce qui a façonné les habitudes alimentaires mais aux conséquences et aux constatations que l'on peut tirer de l'observation et de l'analyse de celles-ci, en France en particulier. Le but est de décrire et de comprendre la diversité sociale, de la rendre compréhensible. Ce travail se place en amont des politiques de santé publique. Pour le sujet de la prévention nutritionnelle en cabinet de médecine générale, il s'agit pour les patients et parfois même pour les praticiens, de prendre conscience de l'ampleur de problèmes qui sont souvent observés sans être formulés et qui peuvent être, à l'extrême, niés voire considérés comme une fatalité.

Habitudes alimentaires, rapport au corps et catégories sociales

D'après Bourdieu, les choix alimentaires sont assez homogènes au sein d'une catégorie sociale donnée et correspondent à des règles, implicites, que l'on retrouve constamment au sein d'un même groupe social et qui régissent non seulement ces choix alimentaires mais également leur rapport au corps en général et à la santé en particulier : c'est ce qu'il a appelé « l'habitus corporel ». Ces règles évoluent donc dans le temps et selon l'offre sanitaire, alimentaire proposée par les médias, la grande distribution, la publicité mais gardent leur homogénéité au sein d'une même catégorie socio-professionnelle ou d'un même groupe social. Si les messages émis par leur corps sont perçus de la même manière, verbalisés de façon reconnaissable et stéréotypée et ressentis au même stade de l'évolution d'une maladie, il semble que les messages qui concernent le corps et qui leur parviennent par les media, les campagnes d'information et/ou de prévention et par les professionnels de santé sont également perçus de la même façon au sein d'une catégorie sociale (Bourdieu, 1962). Boltanski évoque quelques années plus tard la « culture somatique » : le rapport au corps

qu'entretiennent les membres d'une même catégorie sociale est déterminé par la capacité que ceux-ci ont de percevoir les signaux morbides émis par le corps souffrant et par l'intérêt porté à celui-ci, qui croît à mesure que l'on s'élève dans la hiérarchie sociale. Cette « culture somatique » encadre l'intérêt et l'attention que les individus portent à leur corps, qui est en lien direct et inversement proportionnel avec l'usage professionnel qui est fait de ce corps. En matière de santé, pour les classes populaires chez lesquelles le corps fort et résistant est nécessaire économiquement car utilisé comme outil de travail, non seulement il est plus difficile de percevoir les sensations morbides au sein des sensations liées à l'effort physique quotidien mais en plus, il est inconcevable et impossible d'écouter celles-ci car elles représenteraient un arrêt net de la vie quotidienne normale et une faiblesse ressentie comme une incapacité à produire les « moyens matériels d'existence » (Boltanski, 1971).

Plus récemment, Régnier s'est intéressée aux types d'aliments sur ou sous consommés selon les classes sociales et les catégories professionnelles en partant de deux oppositions classiquement décrites dans les habitudes alimentaires des Français : l'alimentation populaire face à l'alimentation bourgeoise (et petite bourgeoise) et l'alimentation paysanne face à l'alimentation des non-paysans. L'alimentation paysanne, marquée par des traditions anciennes favorisées par la consommation de produits cultivés par leurs soins (horaires calqués sur le cycle du soleil, potage quotidien, aliments de saison) et la surconsommation d'aliments traditionnels, s'opposait autrefois à l'alimentation bourgeoise parce que cette dernière était plus coûteuse, associée à l'idée de la modernité et conforme aux recommandations de la diététique. L'arrivée de nouveaux modes de consommation alimentaire (plats préparés, surgelés, aliments-santé) et l'élargissement de l'offre alimentaire permis par l'industrialisation et l'élévation globale du niveau de vie n'ont pas abouti à faire disparaître les disparités entre groupes sociaux mais à les décaler. Les produits consommés par les ouvriers se sont en effet diversifiés (plus de fruits exotiques, plus de yaourts...) mais les cadres ont de leur côté, entre 1967 et 1985, fait évoluer plus vite leur consommation de plats préparés, par exemple. La scission se situe désormais plutôt au niveau qualitatif que quantitatif. En effet, les habitudes alimentaires des ouvriers évoluent plus vite et ils ont diversifié leur alimentation en introduisant des produits traditionnellement plutôt consommés par les cadres et les professions libérales tandis que ceux-ci ont modifié leur comportement alimentaire en portant plus souvent leur choix vers des modes de préparation qui ne sont pas plébiscités par les classes populaires (Regnier, 2006).

On comprend mieux que les messages « grand public » apparus depuis la mise en place d'une politique nutritionnelle de santé publique en France influencent donc les habitudes alimentaires de façon inégale selon les catégories socio-professionnelles. D'après Halbwachs, la façon dont sont intégrées des normes permet même de révéler une appartenance sociale. En se basant sur cette hypothèse, Regnier analyse les contenus d'entretiens de 85 personnes au sujet des choix alimentaires et met en évidence 4 groupes sociaux auxquels correspondent quatre postures vis-à-vis des discours normatifs à visée sanitaire :

- les précaires, indifférents aux normes et dont la préoccupation se centre autour de la gestion familiale du risque permanent de pénurie
- les modestes et populaires dont la réaction est critique et qui exprime de la méfiance vis-à-vis de ces normes
- les intermédiaires et les modestes en ascension qui font preuve d'hyper-adhésion, de bonne volonté, plaçant la norme comme un idéal à atteindre
- les supérieures par lesquelles passe la diffusion de ces normes, qui se les approprient et qui associent la notion de santé avec celles de minceur et d'équilibre

L'attitude qui en découle est en rapport avec la conception de santé. Les catégories socio-professionnelles supérieures classent dans leurs aliments préférés ceux qui sont bons pour la santé alors que s'ils n'écoutaient que le plaisir gustatif qu'ils en retirent, ils opteraient pour des aliments beaucoup moins sains. La santé est associée à une idée de sveltesse et d'habitudes quotidiennes à transmettre aux enfants pour préparer l'avenir. A l'opposé, dans les catégories populaires, les choix se portent plus facilement sur des aliments qui ont bon goût et bien prendre soin de son enfant passe par une alimentation sans contrainte qualitative ni quantitative. Le lien établi entre la santé et la corpulence est bien différent du raisonnement médical : « en milieu modeste, perdre du poids c'est fragiliser son corps » (Regnier, 2009).

Des inégalités de corpulence aux inégalités sociales de santé

Chaque catégorie socio-professionnelle entretient donc, nous venons de le voir, un rapport différent avec l'alimentation prise au sens large du terme mais surtout avec les normes qui la

régissent depuis quelques décennies. Par ailleurs, de Saint-Pol constate, en se basant sur les statistiques du Panel Européen des Ménages dont les chiffres relevés concernent la période de 1994 à 2001, que « plus on monte dans la hiérarchie sociale des professions, plus la corpulence est faible » et ces écarts sont bien plus nets chez les hommes que chez les femmes. Il avance alors plusieurs explications à ce fait avec notamment la valeur accordée à une corpulence supérieure à la normale dans les catégories populaires où elle est synonyme de force physique utile économiquement alors que dans les catégories sociales plus éduquées, l'accent est plutôt mis sur la forme physique, qui passe, elle, par une corpulence normale, un corps svelte et entretenu par l'exercice physique (de Saint-Pol, 2006).

Malgré la diffusion de messages d'éducation nutritionnelle à visée préventive (du surpoids et donc de l'obésité) et leur connaissance par la grande majorité de la population française, de Saint-Pol souligne également que la corpulence moyenne a augmenté entre 1981 et 2003 avec une accélération de cette augmentation entre 1992 et 2003 par rapport à la période 1981-1992. Les statistiques mettent également en évidence une augmentation de la prévalence de l'obésité qui est passée de 5% environ de la population générale en 1981 à 10% en 2003. Cette augmentation touche toutes les catégories socio-professionnelles mais les disparités se sont accrues : « la prévalence de l'obésité chez les agriculteurs a en effet augmenté de plus de 7 points entre 1992 et 2003 alors qu'elle n'a cru que de 2 points chez les cadres » et les chiffres de cette augmentation suivent la pente des catégories socio-professionnelles : ceux chez qui l'obésité a le plus progressé sont donc les agriculteurs puis viennent les ouvriers, les artisans/commerçants, les professions intermédiaires et enfin les cadres/professions intellectuelles supérieures (de Saint-Pol, 2007).

Les effets paradoxaux des normes de poids

A propos de ces différences de corpulence entre les catégories sociales, on peut se demander s'il ne s'agit que d'une meilleure efficacité de ces campagnes d'information et de prévention parmi les couches sociales les plus favorisées ou si l'habitus corporel des classes populaires conduit à une vision positive (ou du moins tolérante) d'une forte corpulence. De Saint-Pol définit « l'idéal pondéral » d'une population comme l'IMC qui correspond à la croisée des

courbes représentant les proportions de personnes d'une part estimant se trouver en sous-poids et d'autre part la proportion de celles estimant se trouver en surpoids (en fonction de leur IMC respectifs) : il s'agit donc de l'IMC pour lequel il existe autant d'individus s'estimant en surpoids que d'individus s'estimant en sous poids. Il apparaît que « l'IMC idéal » français est le plus faible d'Europe : il est de 19,5 pour les femmes et 22 pour les hommes. De plus, les femmes en sous-poids ne sont que 50 % à se trouver effectivement en sous-poids, or c'est la situation inverse au Portugal et en Espagne (de Saint-Pol, 2009).

Les Français accorderaient donc une valeur positive à une faible corpulence, ce qui augmente le risque d'être insatisfait par son poids et de se retrouver stigmatisé par son apparence corporelle. Cette stigmatisation, décrite par Goffman en 1963, correspond à « un processus qui concourt au discrédit et à l'exclusion d'un individu considéré comme anormal ». Tibere a étudié des discours d'adolescents obèses enregistrés sur des forums de discussion d'un site Internet spécialisé et a mis en évidence la souffrance psychique qui en découle, souffrance fréquemment associée à un syndrome dépressif voire à l'origine d'idées suicidaires. Cela aboutit à la mise en place d'un « processus d'auto dévalorisation progressive » soit en d'autres termes un cercle vicieux passant d'abord par l'auto-dépréciation puis par le repli sur soi et enfin aboutit à la compensation ; qui dans ce cas correspond à des comportements alimentaires forcément inadéquats. (Tibere, 2007).

Sobal a décrit dans de nombreux articles au sujet de l'obésité et de ses conséquences : outre les problèmes d'inégalité d'accès à l'enseignement supérieur, à l'emploi puis à la promotion professionnelle, l'obésité et sa stigmatisation sont également à l'origine d'inégalités de santé dans la mesure où ces patients en viennent à moins prendre soin de leur corps : ils sont, par les regards et les mots d'autrui, freinés dans leurs velléités de pratiquer une activité sportive. On constate maintenant que cette pathologie freine les personnes dans la prévention de leur santé et que la souffrance que cette maladie engendre est à la fois physique et psychique (Sobal, 1991).

3. Education nutritionnelle en santé publique et en médecine générale

L'objectif de l'éducation pour la santé, du point de vue des autorités sanitaires, est toujours de garder une population donnée dans le meilleur état de santé que possible, au vu des connaissances médicales de l'époque, grâce à l'information de ladite population et sur la base de la présumée volonté de chacun de modifier ses habitudes, volonté sous tendue par la motivation à vivre le plus longtemps possible dans le meilleur état de santé possible. Les contenus des messages délivrés au grand public au siècle dernier ont donc évolué, influencés par les évolutions de la science et de la société. Cependant, diffuser largement un message par voie de presse ou d'affichage public ne s'apparente pas à l'éducation thérapeutique qu'un médecin délivre au cours d'une consultation dans le cadre de son cabinet. En effet, aux arguments médico-économiques des autorités sanitaires, de l'Assurance Maladie et des praticiens, viennent s'opposer les réticences parfois très importantes de patients qui ne peuvent envisager de tels changements dans leurs habitudes sans se sentir dénaturés, agressés, méprisés, dépossédés.

Nous allons donc rappeler les grandes étapes, au cours du XXème siècle, qui ont abouti à la saisine, par les autorités sanitaires, du problème de l'éducation nutritionnelle puis approfondir sur les recommandations contemporaines et enfin nous intéresser à ce à quoi correspond la délivrance d'un message d'éducation nutritionnelle en médecine générale.

Les messages diffusés sont modelés par une logique économique autant que par les connaissances scientifiques et médicales

A la fin du XIXème siècle, les messages concernant les risques liés à l'alimentation sont diffusés aux populations : l'enseignement de l'hygiène est introduit à l'Ecole Publique. Ce sont les premiers messages de Santé Publique diffusés aux populations au sujet de l'influence

sur leur santé de leurs choix alimentaires. Il s'agit de lutter contre l'insalubrité des habitations, de maintenir les élèves dans un bon état de santé et d'acquérir dès la jeunesse des réflexes de propreté. Cette préoccupation répond également à une logique économique puisqu'il s'agit de garder les populations pouvant travailler en bonne santé ainsi que de lutter contre l'alcoolisme responsable d'absentéisme.

Au cours des décennies 1930 et 1940, les découvertes de la biologiste Lucie Randoin, notamment concernant les vitamines, et ses publications, établissant les premières lois de la diététique avec un fondement scientifique, aboutissent à la formation de « spécialistes en alimentation rationnelle » au sortir de la Deuxième Guerre Mondiale. Ce conflit a provoqué en France la mise en place du rationnement ; celui-ci est géré par l'Institut de Recherches d'Hygiène, créé en Zone Libre en 1940 : il émet des avis pour répartir la distribution alimentaire selon d'éventuels besoins nutritionnels spécifiques en rapport avec le rationnement mis en place pendant l'Occupation (enfants, femmes enceintes). Mais cette situation de pénurie alimentaire en Europe est une période transitoire, en rapport avec les événements historiques que l'on connaît. L'organisation s'est nourrie des connaissances scientifiques récemment établies car les préoccupations des pouvoirs publics, à la veille de l'éclatement du conflit, commençaient à s'orienter en direction d'un investissement politique pour prendre en charge le niveau nutritionnel d'une population. En effet, en 1937, cette notion était exprimée par le Comité International de Nutrition de la Ligue des Nations : « N'est-il pas du domaine des autorités publiques d'assumer la responsabilité inhérente à une politique alimentaire et nutritionnelle ? ». Il faudra donc de nombreuses années entre ce premier signe de prise de conscience et la mise en place de réelles politiques publiques de prévention nutritionnelle.

Les premières années de l'après-guerre ont vu la création de nombreuses institutions sur le plan international : parmi elles, la Food and Agriculture Organisation est la première institution spécialisée de l'ONU. Elles sont créées en même temps en 1945. L'année suivante, l'Organisation Mondiale pour la Santé voit le jour et c'est un groupe d'experts issus à la fois de la FAO et de l'OMS qui établissent pour la première fois en 1951 le rapport qui existe entre surconsommation alimentaire et une « forme de malnutrition ».

Ce sont les années 70 qui voient les plus grands tournants institutionnels, prémices des politiques nutritionnelles de santé publique actuellement en place dans les pays occidentaux. En France, l'Institut Français pour la Nutrition est créé en 1974 pour améliorer les échanges

entre scientifiques experts de nutrition et les industries agro-alimentaires. Un sénateur américain, en 1977, publie un rapport ayant bénéficié d'une diffusion internationale, attirant ainsi l'attention des pouvoirs publics de son pays et stipulant que manger « trop de matières grasses, trop de sucres et de sel ont un lien direct avec les maladies du cœur, le cancer, l'obésité et les attaques entre autres mortelles ». Progressivement, en quelques années, la prévalence de l'obésité commence aussi à augmenter en France, mettant en alerte les autorités de santé publique.

La prise de conscience des pouvoirs publics en France depuis le début des années 1990

A partir de 1991, date à laquelle éclate le scandale du sang contaminé, il apparaît comme une nécessité d'établir une séparation nette entre décision politique et analyse scientifique des sujets liés à la santé, nécessité confirmée par l'affaire dite de la « Vache Folle » : l'AFFSA, l'AFFSAPS et l'InVS sont donc créées suite à la promulgation de la loi du 1^{er} juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et au contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'Homme.

En 2000, le Haut Comité de Santé Publique (HCSP) a remis un rapport au Secrétariat d'Etat à la Santé rappelant l'évolution des habitudes alimentaires des Français : une abondance et une qualité améliorée de l'offre alimentaire, le développement socio-économique et les modifications de modes de vie qu'ils a engendrées (consommation, goûts, médiatisation des problèmes de sécurité alimentaire) sont à l'origine de profondes modifications :

- réduction globale de l'apport énergétique
- diminution des glucides complexes / augmentation des glucides simples
- augmentation des protéines animales / diminution des végétales
- augmentation des lipides
- augmentation des « calories vides » (sucres simples sans apport de micronutriments)

Les auteurs du rapport du HCSP proposent donc la mise en place d'un Programme National Nutrition-Santé (PNNS) fixant des objectifs portant sur des modifications chiffrées dans 3

domaines : la consommation alimentaire (fruits et légumes, calcium, lipides, glucides, alcool), les marqueurs clinico-biologiques (cholestérol, tension artérielle, surpoids/obésité) et d'hygiène de vie (activité physique). Celles-ci ont été reprises dans 2 guides « La Santé vient en mangeant » : un pour le grand public, l'autre pour les professionnels de santé. Cette seconde version a notamment été envoyée à tous les médecins généralistes de façon à pouvoir les aider à prendre en charge leurs patients sur le plan nutritionnel. Les généralistes ont donc vraisemblablement été identifiés par les autorités de Santé Publique comme acteurs centraux de cette prévention nutritionnelle. Pour atteindre ces objectifs, les auteurs du rapport proposent également de nombreuses actions parmi lesquelles les mesures politiques et législatives et l'éducation du grand public (campagnes d'information, implication des médias). Enfin, pour suivre l'efficacité de la mise en place de ce programme, l'Unité de Surveillance et d'Epidémiologie Nutritionnelle (USEN) a été chargée dès lors d'établir les indicateurs nationaux et de suivre ceux-ci dans le temps.

C'est donc dans le cadre de l'évaluation du premier PNNS qu'a été réalisée en 2006 l'Enquête Nationale Nutrition Santé (ENNS) qui fournit une description de la situation nutritionnelle en France et qui a mis en évidence, chez les adultes en France, une prévalence de l'obésité de 16,9 % toutes classes d'âge, de sexe et de catégories socio-professionnelles confondues. Ce chiffre s'élève à 49,3 % si l'on prend en compte le surpoids. Dans ce domaine, l'objectif du premier PNNS était : « réduction de 20 % du surpoids et de l'obésité chez les adultes (atteindre une prévalence inférieure à 33 %) et interruption de l'augmentation de la prévalence de l'obésité et du surpoids chez les enfants ».

La HAS (Haute Autorité de Santé) a publié en septembre 2011 les recommandations de bonne pratique destinées aux médecins traitants des enfants, des adolescents et des adultes. Celles-ci regroupent des recommandations basées sur des avis d'experts et concernent, pour les enfants et les adolescents :

- La façon et le moment opportun pour dépister un surpoids et/ou une obésité : il est précisé que l'IMC doit être surveillé de façon systématique au même titre que le poids et la taille et ce au minimum 2 fois par an
- Les signes d'alerte à repérer : rebond d'adiposité précoce, ascension continue de l'IMC depuis la naissance, changement de couloir d'IMC

- La façon dont le diagnostic doit être annoncé : avec réassurance, en dédramatisant et en déculpabilisant. Il est précisé qu'il est utile d'explorer la représentation qu'a l'enfant ou l'adolescent de son corps et de son poids (idem pour ses parents).
- Les grandes lignes de la prise en charge de ce surpoids ou de cette obésité : suivi régulier sur 2 ans (éducation thérapeutique, prise en compte de tous les aspects de la nutrition à savoir l'alimentation, l'activité physique, la sédentarité, l'équilibre des rythmes de vie, les aspects psychologiques et socio-économiques) en impliquant les parents et en obtenant l'adhésion de l'enfant.
- L'objectif est de ralentir la progression de l'IMC et non pas de perdre du poids lorsqu'il s'agit d'un enfant.
- Les indications à des examens complémentaires ne concernent que l'obésité et les antécédents familiaux de diabète ou de dyslipidémie

Ces recommandations précisent que le médecin traitant peut mettre en place une prise en charge de premier recours mais qu'en cas d'échec il convient d'adresser le patient à des confrères spécialistes qui eux-mêmes pourront, en cas de nouvel échec, inscrire l'enfant ou l'adolescent dans un parcours de soins comprenant éventuellement des séjours dans des Services de Soins de Suite et Réadaptation si l'obésité est à l'origine d'un handicap.

Les recommandations de bonne pratique publiées par la même autorité mais concernant le surpoids et l'obésité chez les adultes commencent par une justification à cette prise en charge spécifique : pourquoi repérer l'excès de poids ? Les réponses proposées sont au nombre de 4 : d'abord parce que l'obésité est une maladie chronique, ensuite parce qu'elle augmente la morbidité mais également parce qu'elle augmente la mortalité lorsque l'IMC > 28 kg/m² et enfin parce qu'une perte de poids de 5 à 10% diminue l'incidence du diabète de type 2. Le reste des recommandations est sensiblement le même pour la prise en charge des adultes que pour la prise en charge des enfants et des adolescents à l'exception des seuils d'IMC (on parle de franchissement du 97^{ème} percentile pour les enfants et pas de seuils en chiffres), de l'existence de fiches pré existantes pour les adultes (support à l'entretien initial, fiche de conseils pour l'alimentation, exemples d'activité physique), de la durée hebdomadaire conseillée pour l'activité physique (7 heures pour les enfants, entre 2h30 et 5h pour les adultes selon les cas) et de la proscription totale de toute utilisation médicamenteuse ou du recours à la chirurgie pour les enfants et les adolescents (pour les adultes, l'utilisation de l'orlistat est déconseillée et la prise en charge chirurgicale de l'obésité conseillée comme à envisager en

dernier recours). Par ailleurs, si elles sont similaires, toutes ces recommandations sont bien plus développées pour les enfants/adolescents que pour les adultes.

Outre les messages diffusés au grand public, les autorités sanitaires, par leurs recommandations aux praticiens, attribuent au médecin traitant le rôle de prévenir, dépister, prendre en charge le surpoids et l'obésité et donc de mettre en place une prévention nutritionnelle dans leur prise en charge.

La complexité de l'éducation thérapeutique et la réalité de la consultation

D'après Lecorps, une relation de soins entre un médecin et son patient, qu'il convient désormais d'appeler « éducation thérapeutique » lorsqu'il s'agit de prodiguer des conseils, est une forme de communication entre deux êtres complexes qui portent chacun leur histoire, leurs objectifs et leur personnalité et qu'il ne suffit donc pas de dicter des règles pour qu'elles soient appliquées mot pour mot. « La Santé engage un corps, mais un corps qui n'est pas réductible à sa dimension biologique. Le corps présenté au soignant est un corps-sujet, un corps-habité, un corps façonné par une culture, par une histoire singulière, un corps qui porte un nom, une identité » (Lecorps, 2004). De plus, d'après Genolini, une consultation de médecine générale, même si elle n'est dévolue qu'à la prise en charge nutritionnelle, est un travail de terrain qui comporte ses contraintes propres qu'il faudrait prendre en compte, si cela était possible, de façon exhaustive mais qui varient non seulement d'un médecin, d'un patient, d'une ville, d'un cabinet, d'un jour à l'autre mais aussi selon le moment de la journée, les situations de vie que traversent autant le praticien que le malade, etc...Même si tout cela s'intègre au jour le jour et que les 2 acteurs s'y adaptent, ces variations influent sur une prise en charge. « Dans ce cadre qui détermine des principes et des règles sur lesquels s'articulent les échanges, le médecin ouvre les possibilités d'exploration de la réalité empirique ». (Genolini, 2011).

Lecorps précise que la médecine s'est, pendant des générations, pratiquée sur un mode « paternaliste » : schéma dans lequel le médecin s'inscrit comme expert, détenteur d'un savoir que le patient, vulnérable objet de la médecine, vient consulter, écouter et dont il doit

appliquer les prescriptions autant par souci de survie que par respect pour cette autorité, ce notable. Ce schéma n'est cependant plus acceptable lorsqu'au nom de la prévention la médecine s'infiltré à chaque étape de la vie et aussi parce qu'il n'est pas possible de réduire un patient à être « raisonnable et rationnel » qui prendrait sa santé comme une richesse à protéger et à défendre. Lecorps rappelle à ce sujet que les recherches de Spinoza nous apprennent que l'homme a tendance à choisir le « Mal » alors qu'il connaît le « Bien » ; que celles de Clavreul nous ont appris que la médecine assujettit le médecin autant que le patient à un « devoir être » fixé par « l'ordre médical » et il cite aussi Heidegger qui rapproche l'éducateur de l'ébéniste ; celui-ci faisant émerger progressivement par petites touches une forme d'un morceau de bois tout en ne sachant pas à l'avance quelles aspérités de son matériau il va rencontrer et avec lesquelles il va devoir composer pour atteindre son objectif tout en acceptant qu'il ne soit pas tout à fait conforme à celui qu'il s'était fixé en se mettant à l'œuvre. Il ressort donc deux conditions à l'éducation d'un patient : le rétablir comme « sujet de droit » puis l'accompagner sans chercher à le maîtriser, en l'acceptant comme son égal dans le sens où il est aussi un être humain (bien qu'il faille conserver à l'esprit qu'il reste une part de déséquilibre dans cet échange car le médecin garde une place d'expert) (Lecorps, 2004).

Le généraliste est le médecin de soins primaires au sens anglo-saxon du terme, à savoir le premier recours d'un patient en cas de plainte de santé, mais aussi le professionnel qui va suivre son histoire médicale au travers de consultations itératives. En France, les généralistes sont donc ceux qui, pour les patients à risque ou souffrant d'obésité, sont amenés à les voir le plus souvent en consultation. La relation thérapeutique qui se met en place leur permet de les envisager dans leur globalité de façon à pouvoir les prendre en charge sur tous les plans de leur santé et ces praticiens remplissent effectivement les deux conditions mises en évidence par Lecorps, d'autant plus que ce sont les seuls médecins qui sont consultés par toute la population, quels que soient la catégorie socio-professionnelle et les revenus des patients. D'après une enquête réalisée par l'Observatoire Régional de la Santé en 2004 en Rhône-Alpes auprès de 206 Médecins Généralistes, les $\frac{3}{4}$ d'entre eux déclaraient qu'il était de leur rôle propre de dispenser des conseils d'ordre nutritionnel personnalisés à leurs patients, même en l'absence de demande de leur part, mais plus de 50 % d'entre eux déclaraient ne pas connaître le PNNS et la même proportion d'entre eux avaient lu le guide destiné aux professionnels de santé « La Santé vient en bougeant ». Les médecins généralistes interrogés, dont la population est superposable à celle des médecins généralistes français, se sentent concernés par la mise

en place d'une prévention nutritionnelle au sein de leur cabinet. A la dernière question de l'enquête, qui était une question ouverte sur les problématiques majeures susceptibles d'émerger dans les années à venir, la réponse la plus fréquemment retrouvée est l'obésité. Celle-ci est donc identifiée par ces praticiens comme un futur problème majeur de santé publique. Vingt d'entre eux (choisis pour représenter l'éventail des pratiques) ont été interrogés au sujet de la prévention nutritionnelle mise en place avec leurs patients et il ressort que les difficultés à le faire sont multiples :

- Sujet difficile à aborder, touchant à la dimension psychologique du patient
- Manque de temps
- Peur de gêner
- Refus d'être interventionniste voire contre-productif
- Inefficacité de la prise en charge, difficulté à convaincre
- Autonomie des patients et/ou des parents s'il s'agit de surpoids des enfants
- Faible impact de l'alimentation sur le niveau de santé global
- Manque de connaissances
- Caractéristiques sociétales actuelles (consommation, modes de vie)

Les auteurs de l'étude INTERMEDE ont, quant à eux, en 2008, procédé à l'observation de consultations de médecine générale pour « expliciter les éléments de l'interaction médecin-malade qui peuvent expliquer des prises en charge différenciées pouvant contribuer *in fine* à des écarts de santé ». Ils se sont intéressés au surpoids en particulier et il ressort plusieurs points forts de ces observations suivies d'entretiens individuels avec le médecin ainsi qu'avec le patient.

D'abord, ils identifient plusieurs types de « modes d'agir ensemble » : schématiquement, il existe dans l'esprit du médecin, les patients avec lesquels « on peut » (quand il existe une complicité par exemple, ou bien les personnes jugées les plus pragmatiques ou encore celles considérées comme coopérantes, sur lesquelles les médecins peuvent exercer une certaine autorité) et ceux avec lesquels « on ne peut pas » (par opposition presque point à point : les dépendants et instrumentalistes, ceux avec lesquels la relation est asymétrique, ceux avec lesquels on entre dans une compétition de savoirs).

Ensuite, ils ont étudié la communication verbale qui s'établit entre le médecin et son patient. Les études ayant prouvé que la prise en charge se trouve systématiquement améliorée lorsque

la décision médicale est partagée, ils se sont intéressés aux obstacles qui, dans un cabinet de médecine générale, se dressent sur la route de cette médecine centrée sur le patient en relevant d'une part les malentendus dans la conversation (écarts dans les référentiels de valeur ; sens différents attribués au mot « régime ») et d'autre part les anticipations, par le médecin, de comportements de son patient (observance, suivi, consultations...). Ceux-ci semblent pouvoir, à l'extrême, aboutir à « l'absence de rencontre » tout au long de la consultation (voire au long des consultations itératives) et avoir un impact négatif sur l'information, la prise en charge, l'observance et la satisfaction des deux « parties ».

Enfin, ils font le constat que le sujet du surpoids n'est que rarement abordé en consultation et avancent plusieurs éléments d'explication. En premier lieu, les habitudes alimentaires renvoient à la position sociale du patient que le médecin ne connaît finalement que superficiellement, et qu'il se retient d'aborder d'ailleurs de risque de créer une distance contre-productive (une asymétrie sociale pouvant avoir des répercussions sur la relation de soins). Ceci est d'autant plus prégnant chez les praticiens qui voient en moyenne plus de patients par jour que leurs confrères. Mais si l'écoute du médecin tend à créer un climat plus propice pour aborder le surpoids en consultation, l'anticipation par le médecin d'un échec de prise en charge dans ce domaine peut aussi être un frein à l'introduction de ce sujet dans la conversation. Quoiqu'il en soit, la prise en charge nutritionnelle se fait dans la quasi-totalité des cas en fonction de ce que les auteurs appellent le « poids épidémiologique relatif » c'est-à-dire le poids pris en compte dans un facteur de risque cardio-vasculaire global et très rarement en tant que problème médical en soi. Ils relèvent même dans les entretiens, à plusieurs reprises, que le praticien ignore le sujet lorsqu'il estime qu'il ne s'agit pas d'une menace en termes de santé pour son patient même lorsque c'est ce dernier qui en formule la demande ou s'en inquiète à plusieurs reprises... Cependant, le choix de méthodologie (observation d'une seule consultation) crée un biais dans la communication entre le médecin et son patient : non seulement la présence d'un « intrus » dans le cabinet perturbe forcément l'abord de ce sujet plus délicat que les autres mais en plus, l'histoire de la relation thérapeutique avec ce patient spécifique ne peut pas être perçue dans son intégralité par l'observateur au terme d'une consultation (même s'il y avait débriefing avec le médecin et le patient après chaque consultation).

Il ressort donc de ces deux enquêtes que les médecins expriment à la fois beaucoup de difficultés et d'obstacles à la mise en place d'une prévention nutritionnelle mais qu'ils anticipent surtout beaucoup ces échecs et se sentent parfois un peu désarmés dans ce qu'ils

estiment être un combat. Lorsqu'ils se lancent quand même dans cette prise en charge, ils se heurtent fréquemment à ce que « quiproquo relationnel » évoqué par Lecorps pour représenter l'écart entre la norme du soignant dans laquelle il voudrait faire rentrer son patient et la norme de ce dernier en termes de santé. De plus, ce patient, dans toute sa complexité fait bien souvent preuve d'ambivalence, oscillant entre le « sujet de la raison » qui tente de se soumettre et le « sujet vivant qui regimbe et biaise face à l'ascétisme hygiéniste ». Les praticiens qui se trouvent en face de tant d'humanité dans leur prise en charge (même si l'étude menée en Rhône-Alpes tend à affirmer qu'en fait ils connaissent très mal leurs patients (leur attribuant des capacités intellectuelles et des milieux socio-culturels erronés) développent forcément, avec le temps, l'expérience de la pratique quotidienne des méthodes, des astuces, des techniques pour arriver à leurs fins, du moins partiellement. C'est ce que nous avons voulu comprendre en interrogeant des médecins généralistes d'Île de France au sujet de la prévention nutritionnelle de l'adulte en surpoids.

PRESENTATION DE L'ENQUÊTE AUPRES DES MEDECINS GENERALISTES

1. Contexte de réalisation de l'étude

Le présent travail s'intègre dans une enquête réalisée collectivement au sein du Département de Médecine Générale (DMG) de l'Université Paris Descartes au sujet des attitudes et des pratiques des médecins généralistes franciliens en termes de prévention. Le groupe de travail est constitué d'une sociologue de la santé, de deux enseignants de médecine générale et de sept internes de médecine générale. Cette recherche collective, qui a été réalisée en réponse à un appel d'offre de l'ancienne Union Régionale des Médecins Libéraux (URML) d'Île de France désormais Union Régionale des Professionnels de Santé Médecins (URPS Médecins) d'Île de France fait elle-même suite à une étude menée au sein du DMG et qui a donné lieu à un rapport de recherche rendu en juin 2010 au GRSP d'Île de France.

Ce premier travail (volet quantitatif) avait établi statistiquement, sur la base d'informations extraites des dossiers des médecins et de questionnaires adressés aux patients, la grande variabilité des pratiques préventives. Pour chaque médecin et chaque soin préventif, le pourcentage de dossiers correctement renseignés a été considéré comme un reflet de l'implication du médecin dans ce soin. Avaient ainsi été calculés pour chaque médecin : les pourcentages de dossiers contenant une date de frottis et de mammographie, les pourcentages de renseignement de la consommation de tabac et d'alcool, les pourcentages de renseignement de la pression artérielle, du dépistage du diabète et des dyslipidémies et enfin le pourcentage de renseignement d'un poids datant de moins de 2 ans (mettant en évidence un IMC supérieur à 25 chez 36 % des patients inclus). L'analyse des résultats de l'ensemble des médecins pour les différents soins préventifs précédents avait montré que l'implication des généralistes se faisait selon trois composantes majoritaires : le risque cardiovasculaire, les dépistages gynécologiques et les addictions. Par ailleurs, les dossiers étaient statistiquement mieux renseignés lorsque l'IMC y était inscrit. Cependant, la prévention nutritionnelle n'avait pas fait partie de cette enquête à part entière dont l'objectif était d'évaluer la qualité des principaux soins préventifs dispensés en soins primaires. En effet, ce sujet ne se prête pas

facilement à une analyse qualitative faite de tests statistiques sur des variables indentifiables dans les dossiers. La présente étude a pour objectif de comprendre comment, à quelle fréquence, pour quels patients, selon quelles modalités, à quel moment une prise en charge nutritionnelle est mise en place par les médecins généralistes franciliens et de comprendre quels sont les obstacles qui se présentent à eux.

2. Objectif de l'étude

Cette première méthode quantitative ne permettait pas d'affiner la compréhension des mécanismes et la finesse des processus qui aboutissent, dans la pratique quotidienne, à des différences de prise en charge en termes de soins de prévention et au total à des inégalités de santé : il a donc été convenu que l'enquête sur le terrain (volet qualitatif) allait être réalisée par entretiens en face-à-face avec des médecins généralistes d'Ile de France, selon la méthodologie de l'entretien semi-directif telle qu'elle a été décrite par Jean-Claude Kaufmann dans « L'entretien compréhensif ».

L'objectif est d'amener les praticiens interrogés à décrire de façon concrète ce qui se passe dans leur cabinet lorsqu'ils reçoivent un patient en consultation, de raconter les difficultés ressenties si elles existent et de revenir à la fois sur des problèmes éventuellement rencontrés et sur les succès de prise en charge préventive. Ce type d'entretiens crée un espace d'expression permettant de comprendre, en échangeant avec le praticien non seulement ce qu'il fait, ce qu'il peut faire, ce qu'il veut faire mais aussi ce qu'il pense de sa pratique et le regard qu'il porte sur ce rôle qui lui est attribué.

3. Enquête sur le terrain

Le groupe de travail ainsi constitué s'est donc réuni environ une fois par mois afin d'élaborer dans un premier temps le guide d'entretien (voir annexe 2) puis d'effectuer un travail de bibliographie afin d'apporter une culture en sciences sociales autour du sujet de la prévention, du rapport au corps et de la santé (voir annexe 3) parallèlement à la réalisation des entretiens auprès des généralistes choisis.

Les médecins ont été choisis par les enquêteurs, en s'assurant que les praticiens contactés ne se consacraient pas exclusivement à un Mode d'Exercice Particulier (MEP) comme l'acupuncture, l'homéopathie, l'ostéopathie, etc... Nous avons choisi également de ne pas interviewer les remplaçants. Les médecins ont dans un premier temps été contactés par téléphone puis, s'ils acceptaient de participer à l'enquête et qu'ils ne présentaient pas de critères « d'exclusion », un rendez-vous était convenu pour réaliser l'entretien en « face à face » que ce soit dans leur cabinet ou dans le lieu de leur choix : restaurant, café, bureau, domicile...

Les médecins rencontrés n'ont pas été rémunérés et l'intégralité des entretiens a été enregistrée avec leur accord. Notre corpus en compte 100 et la durée de ces entretiens varie de 45 min à 3h15. Le travail suivant a consisté à retranscrire par écrit les interviews et en réalisant au fur et à mesure un fichage sommaire par médecin interrogé : sexe, âge, ancienneté d'installation, secteur d'exercice, sujets de prévention abordés ainsi que quelques lignes sur le ressenti de l'enquêteur à propos de cet entretien. Un membre du groupe a été désigné pour centraliser l'anonymisation sous forme de prénom attribué arbitrairement afin de ne pas réaliser de doublons.

Personnellement, j'ai débuté par les généralistes dont le cabinet se situait près de celui de mon praticien en stage de niveau 1, en utilisant son nom car elle me les avait recommandés comme faisant partie de l'Amicale à laquelle elle adhère. Je cherchais des généralistes, pour un premier contact, qui soient déjà impliqués dans la formation des internes. Elle m'a donc donné quatre noms. C'est en utilisant ses relations professionnelles confraternelles que je me suis lancée dans la série des contacts téléphoniques. Sur ces quatre premiers contacts, le premier a accepté d'emblée, en me proposant le samedi matin suivant soit quarante-huit

heures plus tard, avant ses consultations, nécessitant donc pour lui de venir une heure plus tôt que prévu. Cependant, les trois autres n'ont bien sûr pas été aussi faciles que ce premier qui fut presque le plus simple de toute la série. Le deuxième m'a appris qu'il était en train de chercher un remplaçant « longue durée » de façon urgente car il venait d'apprendre qu'il était malade et qu'il n'avait pas beaucoup de temps à consacrer à quoi que ce soit d'autre... Enfin, les deux autres ont accepté : le troisième appel a abouti à un entretien mais la quatrième a repoussé deux rendez-vous après en avoir oublié un autre... Au total, j'ai pu faire 10 entretiens.

Les autres généralistes, je les ai contactés par argument de proximité avec l'hôpital dans lequel j'étais en stage en utilisant ce statut : « Bonjour je suis interne à l'hôpital X... ». Cette phrase d'accroche me permettait au moins de capter leur attention pendant quelques secondes voire de passer les filtres des secrétaires. La plupart se sont ainsi montrés attentifs le temps que je leur expose le motif de mon appel, deux d'entre eux se sont même d'emblée montrés très enthousiastes. Je me suis forcée à solliciter à plusieurs reprises deux de ces généralistes qui n'avaient pas l'air au téléphone très enclins à m'accorder de leur temps de façon à obtenir un panel d'entretiens plus variés.

Obtenir les derniers entretiens de ma série s'est révélé bien plus complexe. Je n'avais plus le statut d'interne de l'hôpital le plus proche du cabinet ni le sésame du nom de la consœur de la rue voisine. Plusieurs ne m'ont pas laissée terminer ma première phrase, l'un d'entre eux m'a coupée au milieu de ma phrase d'introduction « Je ne suis pas intéressé, je vais raccrocher ». La réponse qui m'a le plus frappée est venue d'une femme, qui m'a laissée me présenter en m'expliquant la bouche pleine qu'elle était en train de manger et qu'elle n'allait pas s'arrêter pour autant et enfin après un blanc de quelques secondes, m'a demandé, visiblement énervée, comme si c'était l'information capitale que je ne lui avais pas transmise mais que j'aurais dû : « Oui... Et c'est payé combien ? ». Quand je lui ai répondu que ce n'était pas indemnisé, elle a aussitôt mis fin à la conversation après un très cynique « Au revoir, à bientôt ».

Parmi les médecins que j'ai pu interviewer, la plupart étaient très intéressés par l'enquête et ont montré une réelle volonté à partager leur expérience. Certains m'ont invité à déjeuner pour que le cadre soit le plus agréable possible, d'autres l'ont manifesté en détournant leur ligne téléphonique afin que nous ne soyons pas dérangés et enfin certains n'ont pas hésité à m'accorder plus d'une heure de leur temps de travail pour être disponibles à répondre. La plupart d'entre eux m'ont demandé de leur communiquer mon travail de thèse abouti et j'ai

remarqué qu'il s'agissait plutôt des plus âgés qui formulaient cette demande... La diversité des lieux où je me suis rendue pour les entretiens m'a permis de découvrir plusieurs aspects de la médecine générale que je ne connaissais pas : l'isolement du praticien qui est le seul de sa petite commune de la grande banlieue, quasiment rurale, le travail collectif des médecins installés en groupe dans les grandes villes. Seule une d'entre eux a semblé déprimée par son travail, acculée par les formalités, désespérée presque par la réticence et la non observance qu'elle attribue à ses patients.

Il m'a semblé, après cinq ou six entretiens réalisés, que je me trouvais face à des praticiens qui étaient de plus en plus disposés à partager leur expérience avec un confrère plutôt que de transmettre leur expérience à une étudiante. Avec du recul, je pense qu'il s'agissait surtout d'une évolution de mon attitude : le fait de connaître le guide d'entretien presque par cœur, d'avoir acquis un peu d'expérience dans cet exercice que je n'avais jamais pratiqué ont contribué à m'apporter plus de prestance lors de ces interviews. Par ailleurs, j'avais au début très peur de les déranger, j'étais gênée de leur demander de leur temps. Après quelques interviews, j'ai réussi à occulter cet aspect de la rencontre afin de ne plus la considérer que comme une aide supplémentaire à la compréhension et un enrichissement de notre corpus de données. La chute progressive de ces barrières a certainement contribué à des échanges plus nourris, plus fluides et au final à des entretiens plus riches. Le cercle est ensuite vertueux : plus les rendez-vous sont intéressants plus on a envie de creuser les réponses et plus le médecin se sent dans une conversation avec un fil conducteur plutôt que dans un interrogatoire ce qui l'aide à se sentir à l'aise et à partager son expérience avec un interlocuteur qui s'intéresse à sa pratique.

4. Analyse des entretiens

Parallèlement à l'enquête de terrain, le groupe a continué de se réunir mensuellement. Cela nous a permis tout d'abord d'échanger au sujet de notre ressenti par rapport à l'enquête sur le terrain, de partager nos expériences et de poser les questions qui s'imposaient à nous pendant la progression du travail.

Chaque entretien exigeant d'être étudié séparément mais également intégré dans l'analyse du matériau constitué par l'ensemble de cette centaine d'interviews, le groupe s'est accordé sur une méthode d'analyse. Le choix s'est porté sur une adaptation de la méthode proposée par Didier Démarierai et Claude Dubar en 1997 dans « Analyser les entretiens biographiques, l'exemple des récits d'insertion ». Cette analyse structurale insiste sur l'importance de la formalisation des « actants », des séquences et des arguments. Concrètement, il s'agit pour chaque médecin d'identifier tous les actants évoqués par lui au cours de l'entretien et de schématiser les rapports qu'il entretient avec chacun d'entre eux. Nous entendons ici par actant une personne physique aussi bien qu'une institution ou que n'importe quelle entité à partir du moment où cette dernière devient pendant la conversation un sujet pourvu d'une activité (le cancer, l'ordinateur, la société...). Tous les synonymes/pronoms/surnoms... sont relevés et notés ainsi que les articulations qui existent entre eux ou entre le médecin généraliste et eux. Bien sûr, une minutie particulière est mise en œuvre pour repérer les rapports, les tensions, les oppositions qui sont soulignés dans le discours relatif au travail de prévention. Ce travail aboutit à la réalisation d'un schéma par entretien qui sera ajouté au matériau de travail commun (voir annexe 4).

5. Discussion sur la méthodologie appliquée à la nutrition

Le guide d'entretien comporte six parties : la première pour présenter le médecin, la seconde pour revenir sur les résultats de l'enquête quantitative (s'il y a lieu), la troisième porte sur la prévention « en général », la quatrième sur un thème spécifique (frottis, mammographie, cancer colorectal, tabac, alcool, nutrition ou activité physique). Les deux dernières parties offrent d'abord au médecin interrogé de s'exprimer sur leur opinion au sujet de l'organisation des soins et enfin quelques données personnelles. Comme son nom l'indique, il s'agit d'un guide, celui-ci est souple et les enquêteurs ont pu, selon la tournure que prenaient certains entretiens, s'en éloigner temporairement pour préciser des points importants utiles à la compréhension (voir annexe 2).

Au total, 21 médecins ont approfondi le thème spécifique « nutrition » dans la quatrième partie. On dénombre parmi eux quatorze hommes (huit d'entre eux ont choisi le thème et il a été imposé aux six autres) et sept femmes (parmi lesquelles cinq ont choisi le thème nutrition et deux se le sont vu imposer). Lorsque le choix était possible, il n'est pas rare que le médecin interrogé ait laissé l'enquêteur choisir pour lui. Cette possibilité n'a cependant pas été classée dans le choix imposé, partant du principe que le médecin acceptait de répondre au questionnaire nutrition dans la mesure où il ne le rejetait pas activement. Certains l'ont choisi par dépit, vraisemblablement peu intéressés par les autres thèmes (tabac, alcool, activité physique). La troisième catégorie des personnes ayant délibérément fait ce choix correspond à celle des praticiens qui sont particulièrement motivés par cette prise en charge, comme le Dr Pauline dont c'est, selon ses mots, « un peu le domaine » (dans la mesure où elle est titulaire d'un DU de Comportements Alimentaires). A l'opposé, il y a les médecins à qui on a imposé le thème de la nutrition. Soit parce qu'il apparaissait comme une évidence qu'il s'agissait du thème à approfondir, comme pour le Dr Rémi, qui est spécialisé dans ce domaine et avec lequel il était aisé de creuser les réponses, soit parce qu'au contraire, au moment du choix, le médecin a exprimé des difficultés en rapport avec le sujet, comme le Dr Amélie. Pour les autres, le sujet a été introduit dans la conversation sans présenter les divers choix.

Le guide d'entretien spécifique « Nutrition » débute par une question ouverte très globale : « Comment abordez-vous les règles hygiéno-diététiques en consultation », orientant ainsi

d'emblée le médecin sur sa relation médecin-patient, sur les modes « d'agir ensemble » évoqués par les auteurs de l'étude INTERMEDE et permettant de creuser, au-delà de la théorie que la plupart des médecins connaissent, quelles sont les phrases, les accroches voire les détours qu'utilisent concrètement les praticiens sur le terrain. Cette question a été comprise par les médecins interrogés selon deux grandes modalités. Soit ils ont répondu par quel biais (le poids, les résultats de biologie) ils introduisaient le sujet dans le fil de la discussion soit ils sont d'emblée partis sur la façon dont ils débutaient la prise en charge (agenda, interrogatoire, etc...). La confusion aurait été évitée en scindant la question en deux : « Pour qui abordez-vous les règles hygiéno-diététiques ? » puis seulement « Comment les abordez-vous ? ». Le but est quand même d'identifier les patients pour lesquels ils vont aborder la question mais également et surtout les patients pour lesquels ils ne le feront pas, car c'est le cœur du sujet de cette étude. En effet, les questions suivantes explorent ces aspects : « Faites-vous une différence entre un patient connu de longue date, un nouveau patient, un patient dont vous êtes le médecin traitant ? » puis « Comment évaluez-vous le comportement alimentaire ? ». Ces questions n'ont pas paru poser de problèmes particuliers aux praticiens et ils ont ainsi par ces réponses, pu exposer leur façon de faire, voire parfois de livrer quelques-unes de leurs phrases fétiches comme le Dr César, qui creuse ses réponses plus que les autres d'ailleurs, qui rapporte leur demander « Combien de fois par semaine vous faites des repas que vous ne contrôlez pas ? ». C'est d'ailleurs la réponse la plus étoffée car peu d'entre eux évoquent spontanément le dépistage des troubles du comportement alimentaire. Les autres disent se cantonner à l'enquête alimentaire de base.

Progressivement, le médecin interviewé est amené à évoquer tous les aspects de la prise en charge nutritionnelle (agenda alimentaire, fiches repas, soutien psychologique, consultation de diététicienne) qu'il peut utiliser pour mettre en place une prévention secondaire dans ce domaine. On apprend que les critères de suivi qu'ils utilisent sont pragmatiques : le poids, la biologie, le carnet alimentaire. Sur cette réponse en particulier, seul le Dr Bruno évoque le ressenti du patient vis-à-vis de son poids : « Est-ce que vous vous sentez bien ? ». Cependant elle n'a pas été posée aux Dr Rémi et aux Dr Roselyne qui s'intéressent avant tout à cet aspect de la prise en charge et le développent donc spontanément.

Il s'agit de se rendre compte des différents degrés d'implication du médecin concerné dans cette pratique de soin en poursuivant sur les conseils donnés, notamment en termes d'activité physique puis sur l'importance qu'ils accordent au soutien psychologique. On apprend à ce moment de l'interview qu'ils sont peu nombreux à avoir conscience de cette dimension dans

la démarche de la perte de poids, à commencer par le Dr Amélie, vraisemblablement découragée par le sentiment d'inefficacité qu'elle dans le domaine et qui semble presque surprise de la pertinence de la question... Sinon, la plupart des autres mettent en place la psychothérapie de soutien du médecin généraliste au sens classique du terme, sans technique particulière sauf pour le Dr Rémi, se sentant plus en phase avec les psychanalystes que les comportementalistes.

Deux questions ouvertes enfin leur permettent d'exprimer leur ressenti sur leur investissement, leur motivation : « Est-ce un domaine que vous arrivez à investir ? » puis « Vous sentez-vous en difficulté » ? La question la plus éludée par les enquêteurs dans ce questionnaire était celle de l'existence de patients avec lesquels le praticien avait laissé tomber ce type de prise en charge, par découragement, par fatigue ou par dépit. Elle n'a été posée dans les termes prévus qu'à Adrien et Etienne. Il faut dire qu'elle est le complément d'une question plus "optimiste" au sujet des expériences satisfaisantes du médecin. Cependant, c'est de façon évidente la question qui a le plus souvent été "oubliée" par l'enquêteur. Peut-être par peur de braquer le praticien justement qui aurait pu voir là-dedans un jugement de valeur en fonction de la réponse qu'il aurait pu apporter. Pourtant, les deux qui ont été amenés à répondre à cette question semblent se sentir en paix avec ces patients sur lesquels ils portent un regard dévalorisant : Etienne les appelle « les patients très bouchés » et Adrien ceux qui « épuisent le médecin ». Concernant cette apparente réticence des enquêteurs à mettre en lumière le fait que les médecins puissent ne pas faire une aussi bonne prévention nutritionnelle avec tous leurs patients, il est surprenant de constater que, pour autant, la question sur une attitude modifiée selon le milieu social est posée systématiquement mais pas celle sur l'attitude selon le sexe du patient...

Deux questions avaient été prévues pour explorer l'influence de leur expérience, nourrie ou par d'éventuelles lectures ou formations réalisées depuis l'installation. Cependant, les réponses n'apportaient pas réellement d'élément nouveau à l'enquête, lorsqu'elles étaient posées, à l'exception du Dr Guillaume qui a avoué à ce moment de l'entretien se cacher derrière l'excuse du manque de temps pour se former à la nutrition alors que la raison véritable était une absence de motivation et d'intérêt pour le sujet...

Puis la partie spécifique « Nutrition » de l'entretien s'achève sur des questions destinées à comprendre ce qui aide ou met un frein à la mise en place d'une prévention nutritionnelle secondaire par ce praticien en évoquant, s'il ne le fait pas seul, la stigmatisation du surpoids

en général et des obèses en particulier, la politique nutritionnelle de Santé Publique mise en place en France actuellement (le Plan National Nutrition Santé) et le sujet de son propre comportement alimentaire (actuel ou passé).

Cette grille d'entretien a donc permis aux enquêteurs d'aborder avec les médecins interrogés le problème de la prise en charge nutritionnelle des patients dans la plupart des dimensions qui la composent. Au regard des réponses qui ont été apportées, il semble qu'une question spécifique quant à l'origine culturelle des patients auxquels ils sont confrontés (en plus de la question sur les catégories socio-professionnelles) aurait pu apporter une profondeur supplémentaire à l'analyse. Cependant, cette problématique est assez fréquemment évoquée spontanément par les praticiens interrogés. De même, les questions sont uniquement orientées sur l'abord du problème de l'alimentation or le but était d'explorer la prise en charge secondaire voire tertiaire du problème du surpoids chez l'adulte. Comme il existait une grille spécifique activité physique, la question du sport n'a par ailleurs pas été abordée de façon approfondie dans la partie spécifique si le médecin avait choisi le thème « Nutrition ».

6. Méthode d'analyse des entretiens « Nutrition »

Afin d'aboutir à une analyse transversale possible, l'étude des 21 entretiens a débuté par plusieurs cycles de lecture de chacun d'entre eux, chaque cycle ayant un but particulier. Lors du premier, j'ai pris des notes au fur et à mesure de la lecture. Celles-ci portaient autant sur le contenu des réponses et sur la façon dont l'entretien avait été mené que sur l'état d'esprit du praticien ou de l'enquêteur, sur mon ressenti personnel. La deuxième lecture était systématiquement précédée de l'étude du schéma individuel (voir annexe 5) qui avait été réalisé par l'enquêteur qui avait enregistré l'entretien ainsi que la relecture de mes notes prises au cours de la première lecture. J'ai, à l'issue de cette seconde lecture, réalisé le tableau regroupant tous les médecins afin de mettre en comparaison quelques-unes de leurs spécificités et d'ajouter un commentaire.

C'est à ce moment de l'analyse que j'ai choisi les médecins dont je ferai le portrait plus détaillé, en fonction de leur sexe et âge mais également de leur lieu d'exercice, de leur secteur, de leur expérience voire de leur « spécialisation » éventuelle en nutrition (cf. IV).

La troisième et la quatrième lectures de l'ensemble des entretiens retranscrits m'ont permis de relever les expressions, les idées, les tendances qui revenaient le plus fréquemment ainsi que les réponses les plus marginales. Afin d'avoir une vision plus globale des tendances générales et des prises de position plus exceptionnelles en fonction de chaque thème ou de chaque question, j'ai utilisé la cinquième lecture pour créer un document regroupant, question par question, les réponses de chacun des 21 médecins. La première analyse transversale s'articulait donc autour des thèmes les plus fréquemment retrouvés au fil des entretiens mais s'apparentait à une liste des difficultés les plus citées par les médecins. La relecture des entretiens à plusieurs reprises m'a permis de voir se dessiner une approche différente de ces obstacles que je cherchais à comprendre et que ceux-ci étaient liés à toutes composantes de la relation médecin-malade : le bagage, la formation, l'histoire et le parcours du médecin, les origines, les antécédents, les représentations des patients, les contraintes matérielles qui s'imposent lors d'une consultation et d'un suivi au long cours, etc...

RESULTATS ET DISCUSSION

L'analyse des entretiens du corpus a comporté deux temps : le premier a consisté en plusieurs lectures de chaque entretien, afin de comprendre de façon approfondie le médecin concerné : type de pratique, approche de la médecine générale et de la prévention, histoire personnelle et professionnelle, habitudes, spécialisations, préférences, etc... Au fur et à mesure, il s'est agi de comprendre quelles sont les forces en présence, quels types de rapports il entretient avec ses patients, les autres professionnels de santé, les autorités décisionnaires, les organismes payeurs, etc... Les portraits qui suivent illustrent une partie de ce premier niveau d'analyse horizontale des entretiens du corpus, ils viennent s'ajouter aux « schémas » évoqués auparavant (annexe 4).

PORTRAITS DE QUATRE MEDECINS INTERROGES AU SUJET DE LA NUTRITION

Médecin	Age	Secteur	Département	Année d'installation	Type de cabinet
Adrien	60	1	78	1980	Groupe
Amélie	38	1	92	2009	Groupe
Bruno	65	2	78	1982	Seul
Damien	48	1	?	1991	Groupe
Etienne	59	1	95	1985	Groupe
Olivier	57	2	75	1982	Seul
Pauline	53	1	Banlieue	2003	Groupe
Stéphane	37	1	75	2005	Groupe
Benoît	50	1	92	1993	Seul
Elise	46	1	95	1999	Groupe
César	56	2	75	1985	Seul
Eléonore	39	1	95	2000	Groupe

Babette	47	1	78	2005	Associée avec son mari (dentiste)
Roselyne	59	1	75	1978	Groupe
Rémi	60	1	75	1986	Groupe
Daniel	47	1	92	1985	Seul
Guillaume	45	1	94	1999	Groupe
Pascal	69	1	78	1969	Seul
Roger	63	2	91	1981	Groupe
Bertrand	55	1	94	1984	Seul
Olga	39	1	75	2000	Associée avec une nutritionniste

Les quatre médecins dont les portraits suivent ont été choisis en fonction de cette répartition : hormis le fait qu'ils soient tous les quatre installés en secteur 1, il y a deux hommes et deux femmes, un dans Paris et trois en banlieue, deux d'entre eux se sont spécialisés dans le domaine de la nutrition (Pauline et Rémi), une troisième (Elise) rapporte beaucoup de difficultés à mettre en place une prise en charge nutritionnelle. Pauline n'est installée que depuis 2003 alors qu'Adrien l'est depuis 1980 et Elise n'a que 46 ans alors que les deux hommes ont chacun soixante ans. Sur les façons de faire, on peut opposer Adrien et Rémi sur certains aspects, notamment en termes de présentation du risque. Là où le premier en arrive parfois à demander au patient de trouver un autre médecin, le second se veut dans l'accompagnement, en calquant le rythme de sa prise en charge sur le rythme de son patient et en n'abordant jamais le sujet si le patient ne l'a pas fait avant. Le Dr Rémi est aussi différent du Dr Elise dans la mesure où, même s'ils semblent se trouver moyennement efficaces tous les deux, le Dr Rémi l'accepte mieux...

1. Le Docteur Adrien

Cet homme de 60 ans est installé depuis 30 ans dans une banlieue « chic » mais suit une patientèle variée sur le plan socio-professionnel. Il fait « *de tout* » avec notamment des gens sous le seuil de pauvreté, des nourrissons et une centenaire.

Il découpe lui-même son parcours professionnel en trois périodes de dix ans : la première tourne autour de la psychosomatique (influence probable d'un stage d'externe qui a failli le faire pencher pour une spécialisation), la seconde autour de la formation médicale continue et la troisième autour de la formation initiale. Concernant son avenir et surtout celui de la médecine libérale, il s'inquiète du glissement s'opérant actuellement. D'après lui, « *avec la mise en place des ARS et la loi HPST (...) le médecin a une obligation de résultat* » par rapport à l'obligation de moyens qui s'impose aux médecins depuis toujours.

La première partie de l'entretien (qui se centre donc sur la prévention « en général ») reste sur un registre très théorique et s'axe autour de la réflexion du Dr Adrien sur ce que sont la prévention et la maladie. De façon professorale, il cite Balint pour étayer sa vision du praticien coupable, selon lui, de « *péché d'orgueil* » et il projette le fait « *d'empêcher la maladie de survenir* » en regard de « *la fonction apostolique du médecin* » qui a les connaissances et la formation qui suffisent à le placer en position dominante de savoir. Selon lui, à ce « *fantasme de toute-puissance* » du médecin s'ajoute un « *fantasme collectif* », qu'il rapproche d'une religion dont il utilise le vocabulaire et dont l'objet de culte serait la « *technoscience* » (« *foi inébranlable* » « *sacralisation* » « *divinité* »). Quant à la maladie, il la rapproche d'une création du médecin « *qui (en) signe l'acte de naissance* » à partir d'une « *allégation de symptômes* » exprimés par le patient : « *la maladie je ne sais pas ce que c'est* ».

L'acte préventif est de sa fonction propre de médecin de soins primaires. Il s'intègre dans une consultation au même titre qu'un « *certain nombre de messages qui va tourner autour du curatif, de la souffrance à vivre* ». Il y aurait donc un équilibre à trouver car la prévention « *ne peut pas être décontextualisé(e)* » du traitement curatif. En conséquence rien ne sert selon lui de créer des consultations dédiées exclusivement à la médecine préventive.

Lorsque l'entretien arrive dans sa troisième partie (approfondissement d'un sujet en particulier : il a choisi les règles hygiéno-diététiques), le discours se fait beaucoup plus pragmatique, ses réponses plus concises et le vocabulaire bien moins soutenu. Il affirme aborder le sujet très fréquemment avec ses patients « *il y a un moment donné où on va aborder dans la consultation mais au fait comment ça se passe (...) comment on vit comment on bouffe* » et suivre leur courbe de poids de façon très *rapprochée* « *il y a un truc, je suis quasi obsessionnel (...) : la courbe de poids* ».

Il évoque avec les parents et de façon à pouvoir aborder le sujet de la nutrition chez les enfants, la façon dont se déroulent les courses et donc ce qui est présent dans les placards à la maison. Ce qui l'intéresse dans cet échange, c'est ce qui va manquer à l'enfant : « *on peut travailler là-dessus* ».

Concernant les adultes, il se base plus sur des données chiffrées : IMC et tour de taille, de façon à pouvoir les faire réagir sur du concret « *ça fait partie de votre risque cardiovasculaire* » et encore une fois, il intègre cette prévention dans un cadre plus large qui consiste à dire que si le patient s'occupe du diabète et de la tension, il faut être logique et prendre en charge la surcharge pondérale. Par contre, l'utilisation de chiffres s'arrête à l'évaluation car il fixe « *très rarement des objectifs de poids* ». Les échecs de prise en charge du surpoids sont, selon son explication, un échec du « *binôme* » médecin-malade. Il se sent impuissant dans ces cas-là, l'avoue et a jusqu'à en parler avec le patient « *notre binôme ne fonctionne pas, qu'est-ce que vous en pensez ?* » « *je n'ai peut-être pas utilisé les bons moyens pour vous amener à prendre en charge (la surcharge pondérale) : qu'en pensez-vous ?* ». Il raconte s'être « *entendu dire* » à certains patients, lorsqu'il était « *de mauvais poil* » qu'ils allaient devoir changer de médecin. « *C'est un peu violent* » admet-il lui-même. Au sujet de ces patients qui ne perdent pas de poids, voire qui continuent de grossir, il utilise à deux reprises le mot « *épuisant* », qu'il associe même à l'adjectif « *têtu* » à la deuxième évocation : il s'agit bien pour lui d'une lutte dans laquelle il s'engage « *contre* » son patient, le but étant de le convaincre qu'il faut qu'il arrête de prendre du poids et qu'il commence à en perdre. Il essaie parfois de chercher le blocage de communication qui empêche son patient d'adopter des règles hygiéno-diététiques plus saines.

Cependant, il identifie des déterminants précis qui ne sont pas modifiables. Il cite en haut de la liste « *les habitudes historico-culturelles* » et plus concrètement « *les familles où l'on bouffe* ». C'est un facteur d'identification des membres de cette famille les uns aux autres « *on est tous forts dans la famille* ». Selon le Dr Adrien, on touche dans ce domaine à un

« *archaïsme très animal* ». Il se rapporte ainsi à un comportement instinctif, qui renvoie un individu à son identité et qui le légitime au sein de son groupe : « *c'est un des aspects les plus difficiles à aller contre* ».

L'autre déterminant du comportement alimentaire d'un patient contre lequel il ne peut lutter « *c'est le côté jouisseur* ». Cet aspect de la personnalité d'un patient s'exprimerait d'autant plus que celui-ci vit dans l'adversité : il prend pour exemple « *son patient sous trithérapie HIV* », « *qui picole et qui bouffe* ». Ce dernier a décidé de faire attention à son alimentation et d'arrêter de boire au moment où il a été mis au chômage à un peu plus de 50 ans, ce qui a été un facteur déclenchant. Le Dr Adrien souligne par cette anecdote qu'il essaie de faire passer des messages mais que rien n'est efficace tant que les patients ne l'ont pas décidé... Surtout s'ils prennent du plaisir à manger trop / trop gras / trop de sucre / trop de sel, etc...

Il aborde ensuite, toujours orienté par une question, le sujet des différences selon le sexe. C'est évident pour lui qu'il va aborder « *la question de la féminité* » avec ses patientes en surpoids mais l'argument qu'il rapporte s'approche du préjugé sexiste: « *vous allez bien chez le coiffeur, vous ne pourriez pas continuer à faire quelque chose pour votre corps ?* ». Lancé sur le sujet, il semble découvrir qu'il aborde l'esthétique avec les femmes et ébauche une explication sur le plan psychologique « *il y a toujours des mécanismes d'érotisation* » mais sans conviction. Il s'interrompt au milieu de sa phrase « *mais bon, je ne vais pas partir dans des tentatives d'explication* ».

Après avoir recherché les obstacles qui se présentent lors de la mise en place d'une prévention nutritionnelle, la question est abordée des facteurs facilitants et en tête de ligne il cite son expérience : « *on a quelques heures de vol* » et son âge : « *quand on est jeune, on est plus timide* ». Ces deux facteurs sont intrinsèquement liés puisque l'expérience s'acquiert bien sûr au fur et à mesure que les années d'exercice s'enchaînent mais s'articulent aussi avec « la gestion du contre-transfert qui donne plus d'aisance ».

Son avis sur les campagnes médiatiques est tranché : « *c'est très pervers (...) ça je le mets là et t'y touches pas (...) je déclenche le désir et tu n'as pas le droit de l'assouvir* ». Il regrette donc cette puissance qu'ont les médias auprès des patients car ce qui est visible est « *la vraie vérité* », ce qui est le cas selon lui depuis le Moyen-Age. Les messages à visée informative qui défilent sous les publicités seraient donc contre-productifs vis-à-vis de la prévention nutritionnelle car ils déclencheraient le désir du consommateur envers le gras/la salé/le sucré et ceci précisément parce qu'on lui a dit qu'il ne fallait pas...

Quant à son propre comportement alimentaire « *je suis un peu en surpoids* » (90 kg...) et il rapporte un « *côté jouisseur* » qu'il citait précédemment comme facteur contre lequel il est impossible de lutter : les fromages normands. Il se sent obligé de préciser qu'il traite son cholestérol, qu'il n'est ni diabétique ni hypertendu et qu'il est bien allé voir un cardiologue comme sa femme le lui avait demandé mais qu'il « *essaie de se sermonner* » pour ne pas manger le fromage en entier. Encore une fois, il évoque cette notion de plaisir contre laquelle il est impossible de lutter, même avec beaucoup de bonne volonté « *j'arrive à me raisonner* » « *j'essaie de me contrôler* ». Au final, la recherche du plaisir semble toujours gagner le combat contre la raison même façonnée par la culture médicale de prévention !

2. Le Docteur Pauline

Cette femme de 53 ans est en fait un jeune médecin puisqu'elle a repris des études « *sur le tard* », qu'elle n'est diplômée que depuis dix ans et installée depuis sept ans en banlieue parisienne, dans une ville d'un peu moins de 20.000 habitants. Elle décrit sa patientèle comme « *les familles* » avec un peu plus de pédiatrie que la moyenne d'après « *le relevé de la sécu* » puis, grâce au bouche-à-oreille, « *du SDF au cadre d'entreprise* ». Elle a également passé un DU de troubles du comportement alimentaire (TCA), ce qui est indiqué sur sa plaque et elle fait donc « *un petit peu de suivi diététique* ».

« *La médecine, elle doit avant tout être préventive* » : c'est par cette phrase qu'elle entre dans le sujet de l'entretien, indiquant donc d'emblée l'importance que ce mode d'exercice revêt pour elle. Cependant, il lui a fallu quelques années d'expérience avant d'arriver à placer la médecine préventive au cœur de sa pratique, avouant que « *quand on commence à travailler, ben... on répond à la demande du patient* ». Mais, comme elle avait « *vraiment envie d'être le médecin de famille* », elle s'est appuyée sur la réforme du système de santé avec le « *parcours de soins* » et le statut de médecin traitant pour reprendre la main par rapport aux spécialistes et « *faire le maximum de la prise en charge* ». Cette transition a vraisemblablement été facilitée également par le fait qu'elle ait trouvé une remplaçante puis qu'elle devienne maître de stage (MdS).

Bien évidemment, lorsqu'on lui demande si elle est à l'aise en faisant de la prévention, elle répond par l'affirmative et étaye sa réponse avec une anecdote au sujet d'une patiente pour laquelle elle « *y a été un peu fort* » pour qu'elle prenne sa tension en charge et qui lui a écrit une lettre qui disait en substance qu'elle était « *un oiseau de mauvaise augure* » et qu'elle « *lui prédisait la mort* ». Pauline affirme que cela ne l'a pas dérangée, qu'elle a suivi une formation sur le refus de soin et que maintenant elle « *se situe bien par rapport à ce qu'(elle) veu(t)* ».

Pour mettre en place la prévention au quotidien, elle se base beaucoup sur les échanges de pratiques : ses internes, sa remplaçante encore une fois et puis des groupes de pairs. Concernant les échanges avec les patients, elle s'adapte, elle adapte son vocabulaire mais n'utilise pas d'artifices : elle joue sur la peur de la maladie et du handicap, « *de la*

dégradation lente » et expose les risques avec les mots accessibles aux patients. Cependant, elle met certaines limites à la verbalisation pour ne pas perdre selon les cas « *leur collaboration pour se battre* ».

L'importance du dialogue avec ses internes ressort de façon récurrente car lorsqu'on lui demande quels facteurs influencent la mise en œuvre de la prévention, il semble qu'ils en aient parlé quelques jours auparavant... Et qu'il en ressort que c'est le facteur temps qui joue le plus. Lorsque la « question poignée de porte » est en fait le plus important à ses yeux, elle les fait revenir pour parler exclusivement de ça.

Concernant le travail en réseau, elle travaille beaucoup avec des confrères spécialistes, elle adresse régulièrement pour avis ou pour réalisation d'exams complémentaires mais le fait de déléguer certaines actions de prévention ne remporte pas son approbation : « *diviser dans tous les sens, ça va pas mieux prévenir les maladies de chacun de mes patients* » « *c'est le médecin généraliste qui connaît le mieux (...) les fragilités de chaque famille, de chaque individu* ».

On a déjà vu que, pour elle, la prévention était ce qu'il y avait de plus important en médecine : elle ouvre également la discussion au sujet de la nutrition en posant l'alimentation comme étant « *la base de la santé du patient* ». Pour elle, c'est parce qu'elle est spécialisée dans ce domaine que les anciens patients savent ce qu'elle « *aimerai(t) qu'ils fassent : manger bien, ne pas se faire du mal* » et avec les nouveaux patients, elle « *essaye d'accrocher tout de suite ce thème-là* ». D'autres thèmes lui permettent d'aborder le sujet : le poids, la tension. Il lui faut réfléchir quelques secondes pour admettre qu'il existe au moins une catégorie de patients pour lesquels elle se réfrène à faire de la prévention nutritionnelle : « *j'irai pas embêter quelqu'un qui est très très très introverti, qui a beaucoup de complexes* ». Les problèmes socio-économiques des patients ne l'arrêtent pas.

Sa prise en charge dans ce domaine débute par l'interrogatoire : habitudes alimentaires, troubles fonctionnels, symptômes dépressifs, les antécédents personnels et familiaux, entre autres, et puis elle leur demande un carnet alimentaire : « *mon seul outil de base* ». Parallèlement, elle prescrit un bilan métabolique qui lui permettra le suivi biologique de son patient. Elle annonce d'emblée au patient qu'elle ne prescrit pas de régime : « *c'est néfaste. Donc on va partir de ce que vous êtes, ce que vous faites* ». Le petit carnet représente pour elle ce point de départ et il a pour fonction d'impliquer le patient dans sa propre prise en charge : « *c'est pas moi qui fais tout le boulot !!!* ».

La deuxième consultation est programmée quinze jours plus tard et elle est consacrée aux commentaires liés au carnet de suivi « *combien de restos ?* » « *on va à la cantine ?* ». Son but est d'orienter rapidement la discussion vers la cuisine et d'adapter son discours selon les cultures vraisemblablement, elle insiste sur l'importance de l'huile rajoutée sur tous les plats... Et « *tout de suite, l'activité physique* ».

Il lui arrive d'adresser des patients à des confrères spécialistes « s'il y a besoin » et « *pour se donner du poids* » de façon à ce que les patients se sentent bien pris en charge. Elle précise d'ailleurs à ce sujet qu'elle fonctionne ainsi dans tous les domaines, pas uniquement au sujet de la nutrition. Elle cite dans ce domaine une « *consœur psychologue* » qui semble être en fait une amie et qui évalue la nécessité d'un éventuel traitement à visée psychiatrique (antidépresseurs).

Pour prendre en charge plus spécifiquement la nutrition en considérant les patients ayant besoin d'une prévention secondaire du surpoids, le Dr Pauline n'utilise ni fiche repas « type » ni régime : elle reste dans « *le comportemental* » d'après ses dires : « *Je ne suis pas très prescriptrice de médicaments* ».

Elle aborde des difficultés pour la première fois de l'entretien au moment d'évoquer les différences qu'elle a pu constater selon les milieux sociaux et s'appuie dès lors sur un exemple concret. Elle a dans sa patientèle une population de sri-lankais pour laquelle elle peine à mettre en place une prévention nutritionnelle secondaire : « *Je n'ai pas beaucoup d'emprise sur eux* ». Elle l'explique par l'origine de ses patients : « *ils sont déjà déracinés (...) j'essaie surtout de soigner les pathologies émergentes* ». On sent dans son discours une tolérance plus importante pour les déséquilibres alimentaires qu'elle passe beaucoup de temps à traquer et traiter chez les autres patients : « *je suis plus relax avec eux* ». Malgré le peu d'espoir qu'elle garde à les voir équilibrer leur régime alimentaire, elle ne renonce pas pour autant et essaie d'utiliser les particularités de cette patientèle immigrée, sans ressource et attachée à ses valeurs culturelles pour les amener à se prendre en charge en utilisant les bases de l'alimentation traditionnelle, celles qui ont un intérêt pour leur santé. En fait, ayant « *habité en Asie* », elle se sert de son propre parcours de vie pour les conseiller en terme de nutrition. Elle a ainsi puisé dans son expérience une solution à un écueil déjà évoqué par le Dr Adrien : la force des habitudes socio-culturelles dans l'alimentation.

Le Dr Pauline confirme donc tout au long de l'entretien ce avec quoi elle l'avait ouvert : elle est médecin généraliste, médecin de famille au sens où elle prend en charge ses patients dans

leur globalité : leur origine, leurs événements de vie, leurs conflits personnels ou professionnels. Elle ne perd jamais de vue que lorsqu'un patient ne prend pas en charge sa santé comme elle aimerait qu'il le fasse, qu'elle « *s'est tellement cassé les dents* » c'est « *qu'ils ne nous ont pas tout confié* ». Parfois, elle précise que, lorsque l'information qui lui manquait ou que le patient lui taisait arrive soudain à sa connaissance « *après deux ou trois ans* », cela lui offre soudainement un levier d'action que ce soit sur le suivi nutritionnel ou l'ensemble des autres prises en charge mises en place pour le patient concerné : « *c'est la confiance que le patient va petit à petit vous accorder* ».

Son avis sur les campagnes d'éducation pour la santé, les informations divulguées par les médias n'est pas arrêté. Le ton de l'entretien lorsqu'il s'agit d'aborder ce sujet se fait plus hésitant. Cependant, on sent de nouveau que le Dr Pauline est une optimiste car, après avoir avoué qu'elles ne les trouvaient pas très intelligemment mises en place (« *ils ont inventé le fil à couper le beurre* »), elle modère très rapidement ses propos : « *c'est peut-être pas mal pour certains* ». Elle cherche encore une fois à trouver un bon côté à un sujet qui lui semble dépourvu d'intérêt.

Quant à son propre comportement, le Dr Pauline donne l'exemple. Elle commence par éluder la question sur son équilibre alimentaire mais précise à l'enquêteur qu'elle sait bien que ses patients la voient circuler en vélo et qu'ils « *lui renvoient ça* ». Sans qu'elle s'en serve en consultation, elle a bien conscience qu'il s'agit d'un argument supplémentaire, d'une autre corde à son arc pour pousser ses patients à se prendre en charge sur le plan nutritionnel.

1.

3. Le Docteur Elise

Le Dr Elise a 46 ans, est installée dans le Val d'Oise depuis 11 ans, dans le même cabinet, après avoir remplacé et été salariée. Ce qu'elle appelle ses « *origines mélangées* » sont pour elle une des raisons qui font que sa patientèle est plutôt cosmopolite, « *melting-pot* » et fait confiance à ce médecin qui cultive son apparence « *simple* » voulant signifier par là qu'elle ne se « *moque(ra) pas d'eux* » et que, quoi qu'elle leur dise, ce sera toujours « *en toute discrétion* ». Les décisions qu'elle prend quant à l'organisation de son cabinet et de sa pratique professionnelle sont toujours orientées dans le sens du patient : elle a réservé des plages horaires pour des consultations libres pour être accessible pour des petites urgences, la SCM est organisée pour optimiser les remboursements des patients (« *ça leur permet de ne pas se faire piquer 9€ par consultation par la sécu* »).

Cette orientation pour le patient se confirme lorsque le sujet de la prévention est abordé. Si elle dit que « *la prévention (...) c'est très important* » c'est surtout et avant tout pour préserver la santé de ses patients... et dans une toute petite mesure parce que ça peut peut-être un peu la soulager de sa charge de travail si elle fait en sorte que les gens se prennent « *des cochonneries en moins* » !

Concernant la prévention nutritionnelle, elle dispose sur le plan pratique de fiches préétablies qu'elle peut remettre aux diabétiques, aux dyslipidémiques, « *pour diminuer les calories* ». Elle précise qu'elle rajoute à la main les choses très importantes.

« *La prévention c'est pour tout le monde* » affirme-t-elle avant de modérer ses propos en avouant que lorsqu'elle a une grosse charge de travail devant elle, elle pare au plus pressé (« *juste la page des vaccins* »). De même, si le patient assis face à elle est un personnage antipathique (« *il me dégoûte un peu* ») voire potentiellement dangereux (« *une caïd de bande qui deale* »), elle répond à la demande qui motive la consultation sans chercher à creuser ni mettre en place une prévention de quelque ordre que ce soit...

Elle culpabilise d'appliquer parfois des dépassements d'honoraires et se lance dans un grand monologue pour justifier le DE qu'elle a facturé un jour à une « *dame dont (elle n'est) pas le médecin référent* » qui est restée une demi-heure pour des « *broutilles* » alors qu'elle avait

senti que cette patiente était en fait dépressive... « *J'ai culpabilisé (...) parce qu'il y avait une souffrance* ».

Le sujet spécifique de la nutrition lui est « imposé » par l'enquêteur et sa réaction immédiate est : « *c'est ce qu'il y a de plus dur* ». Et ce qui ressort le plus, comme difficulté, c'est le manque de temps. Elle l'évoque à quatre reprises dans sa réponse à la toute première question orientée nutrition... La seconde difficulté, c'est à la fois la réticence de ses patients et leurs mensonges à ce sujet. Du coup, elle les pousse dans leurs retranchements en croisant les chiffres (HbA1c, cholestérol) avec leur poids ou leur périmètre abdominal. Elle rapporte des dialogues lorsque les résultats biologiques la poussent à aborder le sujet : « *Non, on n'a pas mangé, on ne mange rien* » « *alors ça, plus le poids, excusez-moi, mais...* ». Elle va jusqu'aux « *questions-piège* » (ce qu'ils prennent avec le café, s'ils font un goûter).

Par contre, elle établit un constat d'échec sur le listing alimentaire, qu'elle affirme avoir réclamé à trente patients différents et pour lequel elle n'a constaté que deux retours « *parce que c'est là où on met le nez dans le problème* ».

Elle identifie une par une les difficultés auxquelles elle se heurte lorsqu'elle veut mettre en place une prévention nutritionnelle, outre l'obstacle du temps dont elle dispose :

- le manque de moyens « *vous me dites ce que vous voulez, moi, il n'y a pas de sous* »
- les habitudes, en prenant l'exemple d'une patiente qui apparemment lui pose problème parce qu'elle va l'évoquer à plusieurs reprises « *elle a 70 ans (...) elle a toujours appliqué ces menus-là (...) elle a dit " je préfère crever" »*
- la stigmatisation médiatique : « *il faut perdre du poids tout le temps* »
- son propre poids : « *des fois j'ai fait attention à moi-même* » et elle complète « *mes patients n'aiment pas que je perde du poids, ça les inquiète* »
- l'absence de pharmacopée disponible « *il n'y a plus rien de pris en charge* »
- les correspondants « *les nutritionnistes sont débordés* »

Tous ces obstacles concourent à dresser un tableau plutôt sombre de son activité en terme de prise en charge nutritionnelle et surtout de la vision qu'elle porte sur sa propre efficacité dans ce domaine. Elle semble se considérer comme en échec et le vivre comme une fatalité. Elle qui voulait éviter des pathologies à ses patients, elle identifie ceux qui présentent un surpoids comme étant en souffrance (« *moi je connais obèse égal dépressif (...) avec des problèmes*

sociaux associés, financiers, professionnels, familiaux ») mais se sent désarmée pour mener
cette lutte.

4. Le Docteur Rémi

Le Dr Rémi a 60 ans, est Professeur de Médecine Générale et exerce dans le même temps en cabinet de secteur 1 dans Paris intra-muros. Son histoire professionnelle débute par quelques années de salariat au sein d'une clinique mais il est installé en libéral depuis 25 ans au moment de l'entretien. Malgré l'obtention de deux Diplômes Universitaires (DU) au sujet de la nutrition (Physiologie de l'Alimentation et Obésité), il dit de lui-même qu'il a le métier de « *généraliste chevillé au corps* », exerce en secteur 1 et ne prend jamais « *aucun dépassement* ». Au vu de sa formation spécifique, on s'attendrait à ce qu'il se définisse comme un peu spécialisé en nutrition mais lui se voit plutôt dans « *l'accompagnement des maladies chroniques* », poussé, toujours d'après lui, par « *la curiosité de là où la médecine est en échec* ». Cependant, cette activité un peu particulière lui apporte « *une grande satisfaction professionnelle, c'est pas du tout décourageant, c'est très difficile parce qu'évidemment on est beaucoup confrontés à l'échec* ».

Cet attrait pour ce qui rebute habituellement ses confrères n'est pas nouveau. Le Dr Rémi revient sur sa formation initiale en se décrivant comme un étudiant puis interne discrètement marginal : après avoir fait un an de psychiatrie, poussé par son propre intérêt et par la psychanalyse qu'il suivait à l'époque, il a enchaîné sur un an de chirurgie, période à laquelle il allait suivre des cours à la faculté de lettres ainsi qu'un séminaire, qui a duré deux ans, en faculté d'ethnologie, au sujet du corps : « *Il n'y a pas beaucoup de gens lettrés en médecine* ». Il s'est enfin tourné vers la médecine générale, libérale, par aversion pour l'hôpital et les patrons qu'il « *respectait personnellement mais pas professionnellement* ».

Depuis, « *ça a été un grand plaisir de faire de la médecine générale. Par l'espace de liberté que ça donne* ». Et malgré ses formations et l'expertise acquise et reconnue dans le domaine de la prise en charge nutritionnelle, il a toujours volontairement restreint le nombre de consultations dédiées : « *J'ai 10 % de nutrition environ* ». Cependant, malgré cette volonté de ne pas se spécialiser, le Dr Rémi est sollicité par des sociétés de médecine générale, en tant qu'expert dans ce domaine pour dispenser des formations. « *On m'a confié des missions d'expert généraliste sur des séminaires de formation et je suis à plus de 60 séminaires (...) sur des thématiques... Evidemment diabète, nutrition* ».

Sur le plan organisationnel, le Dr Rémi est en cabinet de groupe avec deux gynécologues et deux médecins généralistes « *pas classiques* » dans le sens où le premier voit beaucoup de toxicomanes et le second fait principalement de la psychothérapie. Son activité de gynécologie est donc extrêmement réduite du fait de cet accès facile pour ses patientes à ces spécialistes qui sont, comme le Dr Rémi, installées en secteur 1, ce qui est relativement rare en libéral, surtout dans Paris. Une secrétaire est présente à temps plein, les consultations sont sur rendez-vous et il prend en stage de niveau 1 un interne par semestre : « *ça me stimule* ». Il accueille aussi des externes avec lesquels il a mis en place des consultations dédiées à la prévention et dont il affirme que les « *patients étaient ravis* ». C'est d'ailleurs dans le champ de la médecine préventive qu'il met le plus à contribution ses étudiants, que ce soit du second ou du troisième cycle. Le Dr Rémi explique par exemple au cours de l'entretien, qu'avec l'aide de son interne, il met régulièrement en place des périodes d'audit : « *Je fais ça par exemple avec l'évaluation du risque podologique chez les diabétiques. (...) Pendant une semaine on va s'assurer qu'on a bien les résultats de l'évaluation du risque podologique dans l'année qui précède* ».

Il travaille également beaucoup en réseaux avec les hôpitaux : « *J'ai pas mal de patrons qui m'envoient des patients pour les suivre en ville avec des maladies rares, compliquées. Et puis un recrutement plus spécifique des patients qui souffrent d'obésité ou qui souffrent d'un trouble de l'image lié à un surpoids parfois modeste* ». Cette façon de travailler présente apparemment deux origines : la première est sa « *spécialisation* » en nutrition acquise par la voie universitaire, la seconde est son implication précoce dans la mise en place de réseaux ville-hôpital « *avant l'heure* » notamment pour la prise en charge des diabétiques en ville ; réseau qu'il avait à l'époque mis en place en collaboration avec un patron de diabétologie d'un CHU parisien.

Au fur et à mesure de l'entretien, il apparaît que le fonctionnement professionnel du praticien s'articule autour de la mise en place d'une relation de confiance avec son patient. Le but affiché est de faire de sa consultation un moment hors du temps, hors des préjugés, hors de la souffrance quotidienne et de son cabinet « *un havre de paix* ». Il parle de ses patients souffrant d'obésité ou de trouble de l'image corporelle et qui sont « *à longueur de journée confronté(s) à ce problème* » comme des personnes victimes de violence ; violence qu'il s'interdit de reproduire, même inconsciemment. Il s'arrange donc pour déplacer les réflexes médicaux, les recommandations scientifiques et les discours sanitaires en relation de soin, en dialogue inclusif et en travail commun :

« - La seule chose que vous puissiez faire, c'est de la prévention des complications en travaillant sur un certain nombre d'éléments de comportements quand même, puis se prescrire soi-même. C'est-à-dire être là, dans l'empathie, la sincérité. « Qu'est-ce que vous attendez ? Comment vous imaginez votre vie ? Où est-ce que je peux vous aider ? » (...) Je leur pose toujours cette question : « Mais au fond de vous-même, pourquoi voulez-vous maigrir ? Comment vous imaginez que votre vie sera ? » Et ils vous disent des choses de leur vie qui n'ont rien à voir avec la médecine ! De la vie sociale, de la vie amoureuse, la vie familiale, professionnelle. Il y a un patient qui m'a dit « Je veux de la promotion, tant que je suis gros, je n'en aurai pas »

- Ce qui n'est pas délirant.

- Ce qui n'est pas délirant ! On sait ça ! Donc ils ont un handicap physique réel, le médecin a toutes les raisons de dire « Monsieur vous avez raison de perdre du poids (...) » et eux, au fond d'eux-mêmes, ils ne viennent pas chercher ça. Si on les écoute bien, on se dit « Mais je vais les aider à aller cers leur quête, je vais les écouter et on va cheminer ! »

Le dialogue est donc bien au cœur de sa prise en charge. Le Dr Rémi appelle cela l'accompagnement mais dans la pratique, le second découle du premier. Cependant, il faut quand même souligner que le temps joue un rôle majeur dans la mise en place de cette prise en charge. Le dialogue lui permet *« de sortir du préjugé social »*, d'apporter au patient *« tous les éléments pour décider »* et de *« transmettre (son) désir »* mais rien de cela ne serait possible s'il ne s'agissait pas d'un travail construit au fur et à mesure des consultations. C'est le temps qui lui permet de gérer l'échec : *« S'il n'entend pas aujourd'hui, c'est qu'il n'a pas les moyens d'entendre. Ce n'est pas grave, continuons »*. C'est également le temps qui lui permet d'instaurer un climat de confiance avec les personnes issues de populations qui pourraient être victimes de clichés : *« Un stéréotype ça permet à des groupes de se faire une économie de la réflexion analytique. Si tout le monde est d'accord (...) c'est une économie »*. Il prend le temps de connaître son patient et d'appréhender un niveau de compréhension qu'une éventuelle barrière de langue aurait pu dissimuler. C'est dans cette dimension de son travail que l'on sent le plus l'influence des années de psychanalyse qu'il a suivie : *« Qu'est ce qui fait qu'une personne abandonne son corps ? Qu'est ce qui fait qu'il y a eu des périodes d'ingurgitation ? »*. *« Il n'y a pas de nutrition sans psychonutrition ! »* affirme-t-il, laissant ainsi entendre qu'il s'intéresse d'abord aux raisons inconscientes qui poussent ou ont poussé les gens à manger, manger trop ou manger mal. Le Dr Rémi est donc persuadé *« qu'il ne pourra pas modifier de façon durable un comportement »* et le seul moteur, selon lui, qui peut amener le patient à réintroduire une activité physique ou stopper une prise de risque est le

plaisir qu'il prend. Il recommande même aux patients de ne pas modifier leur comportement s'ils ne prennent pas de plaisir à le faire : « *Ne vous obligez pas à faire des choses que vous n'aimez pas faire* ». On sent encore une fois derrière cette phrase-type qu'il utilise probablement de façon quotidienne en consultation que l'instauration d'une relation médecin-malade se fait dans la durée, dans la confiance, dans l'écoute. Le Dr Rémi semble par ce « *renoncement* » mettre en place une stratégie pour l'avenir. Ce petit échec dans la mise en place d'une activité physique, par exemple, pourra servir à améliorer la santé de son patient à l'avenir car celui-ci, s'étant senti écouté et compris, aura d'autant plus confiance en son praticien et en sa prise en charge ultérieure.

Son aversion pour le paiement à l'acte, au regard de son rapport au temps, de la vision qu'il a de son métier et de son attachement au secteur 1, ne surprend donc pas du tout. « *J'aurais toujours souhaité être payé sur les modèles de la capitation, c'est-à-dire déterminer des objectifs précis avec des patients, avec des suivis, des tableaux de bord de telle sorte que l'organisme payeur ait quand même un droit de regard sur les pratiques* ». Le discours qu'il tient sur la Caisse d'Assurance Maladie est encore une fois en marge de celui de la plupart de ses confrères, qu'ils soient généralistes ou pas, mais le regard qu'il porte sur le CAPI ne l'est pas : « *je trouve ça absolument scandaleux sur le plan éthique* ». C'est donc encore et toujours la médecine centrée sur le patient que l'on retrouve chez lui. C'est avec les patients qu'il faut décider de leur prise en charge et c'est en fonction de leurs désirs, de leur décision, de leur prise de risque que les médecins doivent être rémunérés et reconnus pour la qualité de leur prise en charge individualisée, empathique. Il n'appartient pas aux autorités, soient-elles payeuses, de déterminer à l'insu, presque, des praticiens et de leurs patients quels sont les objectifs à atteindre, sans considération pour l'individu, sa globalité et son libre-arbitre.

Au travers des portraits de quatre médecins parmi les vingt et un interrogés au sujet de la nutrition, il ressort que chacun de ces praticiens considère que la prévention en général et la prévention nutritionnelle en particulier font partie de leur rôle propre et qu'ils identifient tous ce soin comme étant difficile à mettre en place. Cependant, l'analyse très théorique du Dr Adrien de son activité l'aide à appréhender les obstacles qui se mettent en travers de sa route

et notamment leurs déterminants psycho-sociaux, lui permettant ainsi de ne pas se décourager et à l'opposé, la vision pragmatique du Dr Elise quant à son action dans le domaine ne lui impose qu'un constat d'échec. Les deux hommes ont le même âge et exercent en secteur 1 mais n'envisagent pas leurs relations avec les patients sous le même angle : Adrien cherche à travailler sur les tensions psychiques qui entrent en jeu dans le domaine de la diététique quitte à rentrer en confrontation directe et Rémi cherche à éviter cette confrontation pour favoriser l'accompagnement, le travail en commun avec le patient. Quant au Dr Pauline, spécialisée de façon formelle dans ce domaine grâce à un diplôme, comme l'est le Dr Rémi, elle dit essayer de ramener la plupart des sujets abordés par les patients à celui de la nutrition et de la diététique, notamment en utilisant l'interrogatoire de la toute première consultation. Ce n'est pas le cas du tout, on l'a vu, du Dr Rémi. Du coup, elle essuie des refus, ce qui ne semble pas la déranger, ayant également suivi une formation sur ce thème...

Chaque médecin possède donc une manière de faire, qui n'est pas figée, qui s'enrichit de son expérience personnelle et professionnelle et qui est susceptible d'être adaptée à la situation qui se présente, aux conditions que lui seul peut appréhender selon le moment, le patient, son propre état d'esprit, ses connaissances. Le surpoids ne se dépiste pas, il est évident mais il n'en devient pas pour autant, pour d'innombrables raisons que nous avons pour certaines évoquées, un sujet médical évident. Cependant, il touche évidemment à la santé et c'est pour cette raison que les médecins déclarent avoir un rôle à jouer dans le domaine. Mais est-il pour autant légitime pour eux d'aborder la nutrition ?

ANALYSE TRANSVERSALE

Les 21 médecins interrogés sur le sujet spécifique de la nutrition ont tous rapporté des difficultés d'importance variable à mettre en place une prévention nutritionnelle secondaire (une fois le surpoids installé) voire tertiaire (après apparition des facteurs de risque ou de maladies comme le diabète, l'obésité ou la cardiopathie ischémique) et a fortiori une prévention primaire, dès l'enfance. Les obstacles qui se présentent à eux peuvent être identifiés de façon consciente ou pas et les stratégies pour les contourner sont variables dans le temps ainsi que selon le praticien et selon le patient. Nous verrons dans cette partie d'analyse que les contraintes qui s'imposent au praticien sont à la fois matérielles (conséquences de l'organisation du système de soins), humaines et sociales (considération du patient dans toutes les dimensions de sa santé physique et psychique), professionnelles (influence dans ce domaine de leurs expériences personnelles autant que de leur formation). La première partie met en lumière les difficultés qui sont en lien avec ce cadre spécifique de la consultation de médecine générale en cabinet de ville puis deux parties sont consacrées respectivement aux deux acteurs de cette prise en charge (le praticien puis le patient) et aux difficultés que les médecins établissent comme ayant un rapport avec eux-mêmes ou avec le patient. Enfin, nous nous intéressons dans la quatrième partie aux problèmes rapportés par les médecins au sujet de leurs façons de faire lorsqu'ils mettent en place ce soin (à quel moment, comment, pour qui, à qui ils délèguent si besoin).

1. Le cadre de la consultation

D'après une étude réalisée par la DREES en 2006, la durée moyenne d'une consultation en France est de 20 minutes. C'est le cas parmi les médecins de notre corpus qui voient entre deux et quatre patients par heure et qui s'organisent de plus en plus souvent sur rendez-vous. Il apparaît donc comme une évidence que les contraintes de l'horloge qui tourne et de

l'éventuel retard qui s'accumule au fur et à mesure de la demi-journée puissent retenir un praticien en consultation d'aborder avec le patient qui se trouve en face de lui, et pour lequel il serait indiqué d'introduire un acte préventif, le sujet du sevrage tabagique, de l'importance du rappel tétanos ou, à plus forte raison, car il s'agit d'un sujet des plus chronophages, les règles hygiéno-diététiques à intégrer dans l'alimentation en vue de perdre du poids pour protéger sa santé.

Le paiement à l'acte : la rencontre des contraintes matérielles

« C'est beaucoup lié (la prévention) au temps et à la rétribution parce qu'une consultation dédiée de 22 € qui va durer une heure et ben c'est pas gérable. Et nous, médecins généralistes, on est tarifés 22 € et rien de plus.

(...)

Pour faire une consultation qui soit une appréciation globale d'un problème et qui laisse de la place à la prévention, il faut envisager une consultation d'une ½ heure, de ¾ d'heure et pourquoi pas d'une heure ! Mais dans ce cas-là, qu'elle soit tarifée rai-son-na-ble-ment et pas à 22 € sinon c'est pas gérable, c'est pas tenable » (Dr Damien)

D'après Bloy, la particularité du système de santé français est d'attribuer à chaque acte de soins une « valeur » qui fixe la rémunération des médecins libéraux. Ce mode de rémunération est particulièrement inégal en médecine générale où une consultation est cotée de la même façon pour un patient âgé poly pathologique nécessitant un suivi au long cours que pour un jeune sans antécédent venant pour un motif précis. Le prix d'une consultation ne varie pas non plus selon le temps consacré au patient. Ce mode de rémunération est le résultat du développement de la médecine libérale et date de la charte de 1927 adoptée lors du Congrès des Syndicats Médicaux (Bloy, 2010). Quelques médecins consacrent une partie dédiée de leur activité à la prise en charge nutritionnelle, comme le Dr Daniel, qui, lorsque le problème du surpoids vient à être abordé en consultation, conseille au patient de revenir sur une consultation dédiée et tarifée spécifiquement, ou, comme on l'a vu, le Dr Rémi, que les patients viennent voir pour ce problème spécifique. Ceux qui ne peuvent pas proposer cela se

trouvent parfois devant un dilemme qui pourrait se rapprocher d'un choix à faire entre un travail de qualité et un travail rentable financièrement.

« Ce n'est peut-être pas bien ce que je dis mais c'est vrai, entre le diabétique qu'il faut surveiller, les enfants, les vieillards, on est confrontés... Si on voulait faire de la vraie médecine bien comme il faut, il faudrait les garder une heure ! » (Dr Guillaume)

« Si vous voulez essayer de faire du mieux possible votre boulot, il n'est pas possible de caser une consultation sur 15 minutes » (Dr Eléonore)

Ce système serait même, pour ceux qui y sont le plus opposés, une incitation à une mauvaise prise en charge de leurs patients :

« Le paiement à l'acte, c'est une prime à un travail de mauvaise qualité » (Dr Roselyne)

« Il y aura toujours deux types de médecins : ceux qui sont convaincus que c'est important pour leurs patients et qui le feront. Et puis, il y a ceux qui ont des contraintes ou des envies financières et qui ne le feront pas » (Dr Pauline)

En effet, le même tarif quelle que soit la durée de la consultation peut amener le médecin à faire la consultation la plus courte possible pour améliorer son chiffre d'affaires et la partie de la consultation qui pourrait être la plus impactée serait le conseil de prévention, en particulier, car il s'agit d'un exemple qui revient, concernant la diététique du patient diabétique. Le Dr Amélie contourne cet obstacle en partant du principe que pour les diabétiques, de toutes façons, elle n'aura pas le temps donc elle n'essaie même plus. Elle affirmait pourtant quelques minutes auparavant suivre les recommandations HAS dès qu'elle le pouvait or les règles hygiéno-diététiques sont la première ligne de la prise en charge du patient diabétique selon la HAS.

*« - Avec qui abordez-vous les règles hygiéno-diététiques
- Ceux qui ont des crises de goutte, ceux qui ont du cholestérol, heu globalement*

ceux qui sont en surpoids, ceux qui me disent qu'ils ont grossi récemment, surpoids ou pas surpoids il faut savoir ce qui s'est passé. Il y en a qui s'en plaignent et puis bon les diabétiques j'ai même pas le temps d'en parler, la consultation est tellement bien remplie que je n'ai pas le temps d'aborder le sujet de la nutrition. En gros, c'est ça » (Dr Amélie)

D'autres distillent les informations au fur et à mesure des consultations en suivant un schéma évolutif. Souvent, comme pour le Dr Amélie, c'est l'exemple du diabétique qui revient et la question de la prise en charge multidisciplinaire, de la mise en place d'un équilibre alimentaire, du soutien psychologique prend toute son importance chez ces patients exposés à de nombreuses complications.

Le motif de la consultation ou l'obligation de répondre à la demande

Une consultation médicale a lieu à l'initiative du patient. Elle est parfois motivée par les conseils de suivi du praticien mais dans tous les cas, il faut que le patient se présente après une éventuelle prise de rendez-vous, qu'il ait planifié de venir et qu'il le fasse de son plein gré. Le Dr Pauline, pour qui « la médecine doit avant tout être préventive », a dû, au début de son installation, s'imposer auprès de ses patients pour recentrer la prise en charge et la discussion sur les sujets qui la préoccupaient.

« Au début, on s'adapte petit à petit à la demande du patient, on n'ose pas trop... faire différemment de ce que fait le spécialiste. "Docteur, renouvelez moi mon ordonnance". Et il y avait pas mal de spécialistes quand je me suis installée, et il y avait pas mal de patients qui n'avaient en fait que leurs spécialistes. Et il y en a encore ! Et il y a eu l'installation du système du parcours de soins et moi j'avais vraiment envie d'être le médecin de famille et donc d'essayer de faire le maximum de la prise en charge. Mais j'étais confrontée à me plier, un petit peu, aux exigences des patients » (Dr Pauline)

Le Dr Amélie le constate : « *on aborde la prévention dans la consultation, ils ne viennent pas spontanément pour ça* ». Elle en a d'ailleurs vraisemblablement un peu souffert au tout début de son activité, période qui n'est pas complètement révolue dans la mesure où cela ne fait qu'un an qu'elle est installée au moment de l'entretien. C'est la question de la crédibilité du nouveau médecin et du poids de l'expérience qu'elle aborde :

« Au début c'était un petit peu compliqué. Quand ils venaient me voir pour un rhume et que je leur parlais de leurs vaccins ou de faire le dépistage du cancer colorectal, ils me regardaient avec un petit rire aux yeux, ils ne me connaissaient pas, ils me disent : "Oh vous êtes bien gentille mais bon..." » (Dr Amélie)

Donc lorsque les conditions sont réunies, il leur faut développer des techniques pour aborder quand même le sujet, en l'absence de demande du patient.

« J'essaie d'accrocher tout de suite sur ce thème-là, parce que... S'ils ont des troubles intestinaux fonctionnels depuis toujours, s'ils sont végétariens, s'ils sont végétaliens, etc... Tout de suite. Il y a le poids qui va faire en sorte, il y a ensuite, bien sûr, la tension. Chaque acte d'une première consultation va renvoyer en miroir des questions sur leurs habitudes alimentaires. » (Dr Pauline)

Le Dr Pauline l'admet elle-même, elle utilise toutes les accroches qu'elle peut imaginer pour recentrer la conversation sur ce thème spécifique justement « *parce que c'est un thème où (elle s'est) un peu spécialisée dès le départ* ». Par contre, le Dr César, à ce sujet émet un avis qui ne va pas dans le même sens que le Dr Pauline. Comme elle, il peut aborder ce thème dès la première consultation mais surtout pas de façon systématique. La précédente veut d'emblée faire passer le message que le sujet de la nutrition occupe une place centrale dans sa prise en charge mais ce médecin-ci anticipe surtout l'avenir de sa relation médecin-malade et la satisfaction du patient comme condition d'efficacité ultérieure.

Certains au contraire utilisent les chiffres et les normes pour aborder le sujet et dans ces cas-là c'est plutôt dans l'idée de n'en parler qu'avec les personnes dont la surcharge pondérale s'intègre dans une pathologie.

« S'il y a de la demande, c'est évident et s'il y a un trouble biologique, un excès sur la prise de sang il faut en parler et parler d'hygiène diététique ma parait quand même nécessaire et indispensable et si, heu, s'il y a un surpoids il faut essayer de faire reconnaître ce surpoids quand il est parfois dénié quand il ne veut pas être abordé. » (Dr Damien)

Cette technique a pour principal inconvénient d'exclure de la discussion toute possibilité d'aborder le thème de la diététique en amont de l'apparition d'un trouble. Cependant, poussé à l'extrême, il faudrait aborder tous les autres thèmes pour dépister l'ensemble des troubles pouvant amener à la dégradation de la santé d'un individu. Son témoignage est marginal mais c'est ce qu'affirme le Dr Babette, explorant d'après ses dires autant les troubles du sommeil que les traits de caractère à risque dépressif, tous les troubles digestifs, les cancers cutanés, l'acuité visuelle.... Cependant, ne travaillant pas à temps complet, elle a été amenée à prendre la décision de fermer son cabinet et son exercice car son activité professionnelle n'est ainsi pas rentable.

Citons le cas du Dr Bruno, qui est le seul à laisser les patients aborder le sujet s'ils le désirent parce que si c'est le médecin qui met la prévention sur la table ça ne servira à rien selon lui. De toutes façons, selon ses dires, *« ce n'est pas la peine »*, *« c'est purement théorique »*, *« ils n'en n'ont rien à faire »*, il ne veut pas *« perdre son temps »* et de toutes façons *« ça lasse tout le monde »* ! Seule la mammographie trouve grâce à ses yeux dans le vaste champ de la prévention...

2. Les médecins, leurs trajectoires de pratiques, leurs convictions

Les praticiens interrogés sont, selon les cas, plus ou moins impliqués dans la prévention nutritionnelle et rapportent d'inégaux sentiments d'efficacité et de légitimité à investir ce domaine. Plusieurs facteurs viennent influencer ces degrés d'implication et de satisfaction : leur conviction de l'importance du message à transmettre en termes de santé, leur trajectoire professionnelle (certains sont en effet spécialisés à ce sujet, de manière formelle ou pas) ainsi que leur trajectoire personnelle (s'ils ont vécu l'expérience du surpoids).

La santé par l'alimentation : la force de la conviction personnelle du médecin

Le Dr Pauline est, nous l'avons déjà évoqué, « *un petit peu spécialisée* », selon ses mots, en nutrition mais ce n'est pas par hasard :

« En premier lieu, nutritionnel : je pense que l'alimentation est à la base de la santé du patient » (Dr Pauline)

On peut donc penser qu'elle a choisi d'orienter au moins partiellement sa prise en charge vers ce domaine par conviction que cela serait bénéfique pour ses patients. Il s'agit en effet d'une conviction intime car, même si, concernant son propre comportement alimentaire, elle élude par de l'ironie, répondant qu'elle « *au top, bien sûr !!* », on apprend quand même sur une relance qu'elle donne l'exemple, en ne se déplaçant qu'à vélo et que « *les patients lui renvoient ça* ». Pour le Dr Pauline, c'est donc une hygiène de vie qui s'étend à son métier.

Contrairement à elle, le Dr Babette fait bien la part des choses entre les messages qu'elle délivre aux patients et ce dont elle est convaincue mais ne détaille pas pourquoi. Se rend-elle

compte qu'il n'y a aucune preuve de ce qu'elle avance ? En effet, elle développe à ce sujet un discours plutôt étoffé mais également assez marginal...

« L'alimentation, alors moi je suis convaincue, j'ai des convictions personnelles mais après ce que je fais en prévention, c'est peut-être un peu différent. Ce que je leur dis vraiment en prévention, c'est de manger des fruits et des légumes, pas trop gras, pas trop sucré (...) je ne pense pas toujours à leur dire de ne pas manger trop salé. (...) Jamais je ne leur dirai de manger des produits laitiers (...) parce que j'ai lu des documents contradictoires, je crois qu'on oublie de dire aux gens que c'est dans les pays où on consomme le plus de lait qu'il y a le plus de fractures du col. » (Dr Babette)

Elle a déjà, à ce moment de l'entretien, évoqué le traitement de l'anxiété par les mouvements des yeux, qu'elle a lu un livre sur une scientifique anglaise qui aurait traité son cancer du sein en arrêtant de boire du lait et on apprendra plus loin qu'elle conseille les crucifères, le curcuma et l'ail dans la prévention des cancers. Elle est également intimement convaincue que l'environnement alimentaire d'un individu pèse lourdement sur sa santé au sens global du terme, et s'en inquiète d'ailleurs, mais elle soumet plutôt à l'enquêteur des idées politiques en vue de l'amélioration de la qualité de l'offre alimentaire réglementée par des lois et l'instauration de taxes qui pourraient inciter les consommateurs à orienter leurs choix sur des aliments plus sains (cite l'exemple de la taxe sur les sodas).

« On n'accorde pas assez d'importance à la façon dont on se nourrit, à la qualité de l'alimentation, je pense que c'est complètement sous-estimé et en médecine, c'est beaucoup sous-estimé » (Dr Babette)

Le Dr Eléonore, quant à elle, se définit comme « très alimentaire, pas forcément pour des histoires de poids » dès la première partie de l'entretien, celle qui est consacrée à la prévention en général. C'est aussi au cours de cet entretien que l'on apprend qu'elle semble préoccupée par le taux d'obésité croissant en France et s'inquiète pour l'avenir. Elle décrit donc de façon plutôt neutre les conseils qu'elle donne pour la prévention nutritionnelle chez les adultes, qu'elle fait plutôt selon les chiffres (IMC, cholestérol...) alors que, lorsqu'elle en

vient à évoquer la prise en charge du surpoids chez les enfants, elle a l'air d'entrer en campagne :

« Ca va être un des chevaux de bataille mais ça va être certainement celui qui va être le plus difficile » (Dr Eléonore)

Cependant parmi ces trois médecins qui mettent l'équilibre alimentaire quasiment au centre de leur prise en charge, aucune ne présente de problème de poids important (seule le Dr Eléonore rapporte des « kilos en trop » suite à ses grossesses mais ne semble pas y accorder le moindre caractère problématique). Cependant, parmi les médecins interrogés, certains sont touchés personnellement par un problème de poids. Cette expérience a-t-elle une influence ?

Seul un des quatre « spécialistes » en nutrition rapporte un antécédent personnel dans ce domaine

Huit médecins parmi les 21 qui ont choisi le thème spécifique nutrition entretiennent un rapport privilégié avec la prévention nutritionnelle. Il s'agit, pour cinq d'entre eux, de parcours de vie personnelle et pour 4, de parcours professionnel. L'un d'entre eux, le Dr Daniel, a effectivement orienté une partie de son activité clinique en raison de son propre parcours pondéral : suite à un traitement corticoïde suivi au long cours, il se définit comme « ancien obèse » et raconte à la fin de l'entretien avoir perdu 30kg. Il présente par ailleurs son activité professionnelle comme consacrée en partie à la nutrition (environ 25 %). On n'apprend pas, par contre, s'il s'est formé de façon formelle à ce soin ni s'il est titulaire d'un Diplôme Universitaire (DU) ou équivalent.

Parmi les quatre médecins ayant déclaré orienter une partie de leur travail vers la prise en charge nutritionnelle, seuls deux déclarent être titulaires de diplômes dans ce domaine : le Dr Rémi a validé deux DU (« Physiologie de l'Alimentation » et « Obésité ») et le Dr Pauline celui de « Conduites Alimentaires ». Le troisième est le Dr César, qui précise avoir été « interne dans une clinique d'obésologie » sans parler ni de la durée ni de l'influence que

cela a exercé dans sa carrière. Mais ces trois derniers généralistes déclarent ne jamais avoir eu de problème de poids et/ou de conduite alimentaire (le cas du Dr Rémi étant à mettre un peu à part dans la mesure où des problèmes articulaires l'ont contraint à interrompre son activité physique, ce qui a abouti, d'après ses dires, à une prise de poids). Cependant, cela ne semble pas en lien avec un souci d'équilibration diététique ni à l'origine de sa spécialisation, qui est largement antérieure. Le Dr Daniel se situe donc de part et d'autre de la barrière, à mi-chemin entre l'influence d'une formation spécifique ayant abouti à une orientation particulière de son travail clinique et la part que représente l'histoire de son propre poids dans cette orientation.

S'ils rapportent un surpoids ou une autre expérience personnelle, cela a-t-il une influence ?

Parmi les quatre autres médecins que le Dr Daniel dont l'histoire personnelle est marquée par le thème de la nutrition, on trouve d'abord les Dr Elise et Roselyne. La première ne le dit mais on apprend par les notes de l'enquêteur qu'elle est en surpoids et très probablement obèse. Elle n'évoque pas le sujet de façon spontanée et en contourne la formulation en évoquant les patients qui ont « *le même poids* » qu'elle. Elle affirme sans laisser de place au doute que cela n'influence pas du tout sa façon de prendre en charge les patients en surpoids ni les conseils qu'elle leur délivre. Le Dr Roselyne, par contre, introduit d'emblée ce paramètre dans ses réponses, dès les premiers échanges dans la partie de l'entretien spécifique à la prévention nutritionnelle, en arguant qu'il s'agit d'une aide pour parler de plaisir gustatif (ce qu'elle fait d'ailleurs aussi lorsqu'elle met en place une aide au sevrage tabagique, étant elle-même une ancienne fumeuse). En effet, les deux discours à ce sujet sont contrastés :

« - Et votre comportement alimentaire, à vous, est-ce que ça influence la manière dont vous conseillez les patients ?

- Eh non. Non. Non. Quand j'ai quelqu'un qui a le même poids que moi, je lui dis : on ne va pas faire un concours quand même tous les deux, vous, c'est votre santé, donc il va falloir perdre. Je ne leur dis pas que moi aussi je devrais, je leur dis : il faut que vous perdiez du poids. Non, moi je suis quand même en dehors. Et puis des fois, j'ai fait attention à moi-même, c'est-à-dire que j'ai fait un peu plus

de sport, j'ai fait un peu plus attention, les patients sont inquiets, la première question c'est : "Docteur, vous êtes malade ?" Ah mais, pour eux, le Docteur qui perd du poids, s'ils me voient perdre du poids, j'ai un cancer ou je ne sais pas, j'ai été opérée ou je vais crever demain. Je ne sais pas mais ça leur fait peur. Ils n'aiment pas que je perde du poids, ça les inquiète, ça les angoisse » (Dr Elise, dernière question de la partie « Nutrition » de l'entretien »)

« - Alors sur le poids, je suis très, très obsessionnelle, je pèse presque systématiquement mes patients

- Ça ressortait de l'étude ? (volet quantitatif de l'étude, ndla)

- Oui, (...) c'est pas très simple pour moi parce que je suis un petit peu en surpoids et c'est un peu nouveau mais que c'est vrai que je mange du chocolat (...) donc on parle beaucoup de plaisir et de nourriture

- Hhmm

- Voilà, après on en discute, c'est pas désagréable de parler de poids avec des gens quand on est soi-même un tout petit peu trop, tu vois, parce que je pense que ça passe bien

- Ou

- C'est assez marrant

- Ça donne une forme de légitimité ?

- Oui c'est ça oui. (...) J'ai l'impression que ça m'est plus facile de parler de régime et d'amaigrissement alors que je suis plus ronde que je ne l'étais, tu vois, j'ai 10 kilos de trop là, quand même et c'est assez récent

- Et par contre, tu les pesais, les gens avant ?

- Oui, oui, toujours, c'est pas nouveau

- C'est pas un transfert...

- Mais je trouve, par contre, que c'est finalement plus facile, c'est drôle, de leur dire que oui, c'est difficile de tenir un régime ou de tenir son poids, donc.... » (Dr Roselyne, première question de la partie « Nutrition » de l'entretien)

Ces deux médecins ont toutes les deux pris conscience que leur histoire pondérale avait influencé la prise en charge de leurs patients en termes de prévention nutritionnelle. On constate même chez elles une différence dans le choix de vocabulaire, dans les tournures de phrases, dans les idées principales qui ressortent, dans leur sentiment d'efficacité et dans leur perception des hommes et des femmes en surpoids ou obèses. Le Dr Roselyne porte en effet un regard bienveillant sur ces patients (« *c'est vachement beau une jeune femme, même si elle est trop grosse* ») voire valorisant (« *les vieilles femmes rondes elles ont l'air moins vieilles que les vieilles maigres* »), elle se définit comme « *tolérante avec les surpoids* » et, pour

avoir elle-même subi les conséquences, se pose en protectrice de ses patients, veille à ne pas les faire souffrir que ce soit en leur faisant mettre le doigt sur le problème que crée l'environnement sociétal et médiatique (« nous on n'a pas le tchador, on a la taille 38 »), en remettant en cause l'indication de la mise en place d'une prévention de ce type au regard des conséquences sur la qualité de vie (« on a des patients pour lesquels, le plaisir de la table, c'est le seul », « tu manges des sachets (...) pendant 10 jours, tu manges à part et après, le mois qui suit, tu manges aussi toute seule, enfin presque, tu peux pas manger avec les gens, c'est horrible ») et en s'interdisant de dégrader leur état de santé (« il y a des moyens de maigrir sans mettre sa santé en danger » : elle parle à ce moment de l'entretien des régimes hyperprotéinés avec les risques de carence qu'ils comportent et le problème d'effet rebond que l'on constate très fréquemment après quelques mois).

Le Dr Elise se place dans un schéma qui relève plus d'un affrontement avec les patients qu'elle prend en charge sur le plan nutritionnel. La première question de cette partie spécifique du questionnaire concerne les circonstances dans lesquelles le médecin aborde le sujet de la nutrition. D'emblée, on sent qu'elle cherche à les prendre en défaut, à traquer leurs mensonges :

« - A quelles occasions vous abordez le sujet ?

- Quand les chiffres ne sont pas à la hauteur. Souvent, c'est ça, je dis : écoutez, ce n'est pas possible, vous avez mangé. Alors ils me disent : non, c'est parce que je n'ai pas beaucoup bougé. Je fais : non, ça c'est alimentaire, vous avez mangé des choses, c'est les vacances, d'accord mais là, il faut se reprendre. En général, c'est beaucoup : non, on n'a pas mangé, on ne mange rien. Je dis : écoutez, on va voir votre poids. Je fais : alors, ça plus le poids, excusez-moi mais.... » (Dr Elise)

Elle parle également un peu plus loin dans l'échange des « question-piège » notamment le nombre de sucres consommés avec le café et l'habitude présente ou pas de prendre un goûter. Elle n'est pas dans un schéma violent avec eux mais, par rapport au Dr Roselyne, on voit qu'elle est méfiante quant à la sincérité de ces patients. Une des raisons de cette méfiance vient sans doute de ses déceptions dans la mise en place d'une prise en charge nutritionnelle. Elle rapporte en effet la quasi absence de retour quand elle leur demande d'établir sur huit jours un agenda alimentaire inventoriant tout ce qu'ils ont mangé, agenda sur lequel elle se baserait pour rectifier les erreurs diététiques des patients tout en respectant leurs habitudes et

leur façon de s'alimenter et qui, dans son esprit représente la seule façon de débiter de façon efficace un rééquilibrage alimentaire : « sur 25 demandes, je crois que j'en ai eu 2 ». Ses soupçons quant à la motivation des patients à rentrer dans une prise en charge diététique et à s'y tenir sont issus en partie de ces échecs mais on peut se demander également s'ils ne sont pas, en partie, secondaires au fait qu'elle ne soit pas convaincue de l'efficacité voire même de la légitimité de cette prise en charge. Le regard qu'elle porte sur ces patients en surpoids est également plus dévalorisant que celui du Dr Roselyne :

« - Alors les gens qui me disent qu'ils sont obèses et bien dans leur peau, alors là, je ne connais pas. Moi, je connais obèse = dépressif, je ne connais que ça, avec des problèmes sociaux associés, financiers, professionnels, familiaux » (Dr Elise)

Le corollaire de cette constatation, c'est que le Dr Elise est plus attentive aux déterminants psychologiques sous-jacents à un problème de poids, se place plus dans la réserve se elle a perçu un terrain dépressif et consacre du temps à mettre en place la thérapie de soutien.

Ensuite, on trouve le Dr Babette qui souffre d'un Trouble du Comportement Alimentaire (TCA). Elle ne le présente cependant pas tout de suite sous cette « appellation », insistant sur le fait qu'elle se trouve dans la norme, au sens statistique du terme :

« - Est-ce que votre comportement alimentaire, actuel ou passé intervient dans votre façon d'aborder les choses ?

- Oui, ça intervient dans la difficulté, dans la compréhension de la difficulté, c'est-à-dire que moi-même, ce n'est pas simple de m'alimenter bien tout le temps et je pense que la grosse majorité des femmes ont un rapport à l'alimentation compliqué. Plus que les hommes. Et je ne suis pas une exception : il y a plein de gens pour qui c'est plus compliqué que pour d'autres. Moi ça m'arrive de grignoter, je n'ai pas un comportement... J'ai envie de dire que je suis dans la moyenne des femmes là-dessus, c'est-à-dire qu'il y a des moments où c'est compliqué et donc je le comprends très bien. Je le vis moi-même, je ne suis pas différente des patientes de ce point de vue-là » (Dr Babette)

Par contre, à la fin de l'entretien général, alors qu'il n'est plus question de nutrition dans les questions posées, elle dévoile qu'elle souffre de TCA.

« Pour l'alimentation, je fais attention puisque je suis passée au lait de soja mais j'ai un problème de trouble du comportement alimentaire qui fait je voudrais perdre du poids mais je n'y arrive pas. » (Dr Babette)

Cela permet de constater que le problème est plus grave que ce qu'elle semblait dire quelques minutes auparavant. Est-ce une révélation qu'elle se permet de faire ou est-elle consciente que le problème est plus profond qu'une tendance au grignotage ? On ne sait pas si elle est suivie pour ce trouble, en dehors du fait qu'elle ait fait une psychanalyse, ce qu'elle évoque au passé. Elle met en relation directe son expérience de la psychanalyse avec ce qu'elle appelle son « écoute psy au-dessus de la moyenne ». Elle est donc consciente de l'influence que cela exerce sur sa pratique clinique.

Lorsque l'on relit son entretien au regard de ces informations, on se rend effectivement compte que son approche relationnelle médecin-malade est teintée de psychiatrie mais aussi d'influence relativement marginales par rapport au gold standard de la médecine basée sur les preuves (EBM : Evidence Based Medicine). Ces approches plutôt hors normes se retrouvent aussi dans son parcours professionnel : installée à plus de 40 ans après avoir travaillé dans l'industrie puis dans l'établissement des recommandations médicales à l'HAS, elle travaille en médecine générale depuis 5 ans, à mi-temps environ (dix actes par jour) mais ferme son cabinet à la fin du mois car celui-ci n'est pas rentable financièrement.

Elle s'est également laissée convaincre par des théories qu'aucun autre praticien interrogé n'évoque mais qu'elle dit appliquer dans sa pratique quotidienne (rééducation EMDR par les mouvements des yeux pour les troubles anxieux ; consommation de lait comme facteur de risque du cancer du sein). On apprend également qu'elle n'examine que très rarement ses patients, allant jusqu'à présenter l'examen physique comme un biais à la mise en place de soins préventifs puisqu'il est chronophage donc il empiète sur le temps de l'échange verbal. Concernant la nutrition en particulier, elle évoque bien sûr les conseils « habituels » d'équilibration diététique mais elle délivre également des conseils inédits par rapport aux réponses des autres généralistes : les crucifères, les aliments antioxydants, l'huile de colza plutôt qu'une autre, les aliments hydrogénés/pas hydrogénés, les méfaits de l'huile de palme).

En dernier lieu, on peut citer le Dr Stéphane qui s'avoue, dès le début de l'entretien spécifique « nutrition », mal à l'aise pour aborder le sujet du surpoids :

« - Il y a beaucoup de gens qui savent ce qu'il faut faire (...). Ce n'est pas pour ça qu'ils le font, d'ailleurs. Donc c'est plus du motivationnel que... Il y a de la technique mais... Enfin, moi... Je ne fais pas beaucoup de technique alimentaire. Je fais beaucoup de motivation alimentaire. (...) Quand il n'y a pas vraiment de facteurs de risque, qu'il y ait un léger surpoids, moi je les laisse tranquille. S'ils ne se plaignent pas, je les laisse comme ça. C'est pas une maladie le surpoids, donc non. Après, ils font ce qu'ils veulent aussi, je ne suis pas super incisif, quoi. Quand il y a une vraie obésité, c'est un objet de... Mais c'est vrai que je peux être assez gêné parce que je me dis que, puisqu'ils sont gros, ils sont gênés donc c'est un thème que... Et comme je n'ai pas envie de les gêner... Il y a des fois, je n'en parle pas alors que c'est évident qu'il faudrait en parler

- Et vous attendez que eux demandent ?

- (...) Parfois je laisse le sujet en dehors parce que je me dis (...) que puisqu'ils ne viennent pas pour ça, je préfère m'inscrire dans la durée, ne pas leur faire peur, les laisser tranquilles, et puis si la confiance s'installe, aborder le sujet. Donc j'ai un a priori qui est sûrement, peut-être, faux qui est que c'est délicat et que c'est susceptible donc c'est vrai que je ne suis pas... Alors que pour le tabac, par exemple, je n'ai aucun complexe ! » (Dr Stéphane)

Dans ses premières réponses, il ne finit pas ses phrases, semblent choisir prudemment les mots et les tournures de phrases utilisées, répète à plusieurs reprises qu'il n'est pas à l'aise avec ce sujet. Puis, sur une relance de l'enquêteur, on apprend qu'une personne proche de lui souffre de surpoids et qu'il existe peut-être un lien entre son malaise et l'expérience de la souffrance de ce membre de sa famille. A partir de cet instant, les réponses se font plus fluides, le dialogue semble s'installer plus sereinement entre l'enquêteur et lui. Tout se passe comme si ce « blocage » était levé par l'évocation de cette expérience personnelle. Il semble être conscient du lien qui existe entre les deux mais peut-être le découvre-t-il au moment de l'entretien ? Il évoque à deux reprises, ultérieurement, des idées qu'il voudrait mettre en place dans un avenir à moyen ou court terme pour améliorer cette prise en charge : « *il faudrait quand même que je systématise un peu plus mes entretiens* », « *les consultations dédiées, il suffit juste que je les programme* ». Sans parler de réel déclic, il dit lui-même : « *ce genre d'entretien, ça peut suffire à me motiver pour en faire plus* ».

Les parcours professionnel et même parfois personnel du praticien influencent donc l'approche que celui-ci adoptera et l'investissement dont il fera preuve dans la prise en charge de prévention nutritionnelle d'un patient en surpoids. On peut en effet se demander s'il s'agit à proprement parler du rôle du médecin de famille d'introduire, de mettre en place, de développer et de répéter un suivi nutritionnel. C'est donc la question de la place à accorder à cette prévention en particulier dans sa pratique quotidienne qui se pose

La capacité de prendre ses patients en charge sur le plan nutritionnel ?

Les médecins interrogés considèrent la prévention, de manière générale, comme étant pleinement leur rôle :

« ça fait partie intégrante de la relation de soins » (Dr Adrien) « c'est obligatoire, ça fait partie de notre boulot » (Dr Daniel)

« on est au tout début » (Dr Elise) « en première ligne » (Dr Pascal)

« on est à la base » (Dr Eléonore)

« notre place est essentielle » (Dr Babette)

« on est le lien » (Dr Olivier), « un relai » (Dr Guillaume)

Successivement défilent les représentations qu'ils se font de cette facette de leur métier : un combat qui se mène dans le temps mais dont ils sont à l'origine ; la centralisation et l'intégration de données à utiliser à bon escient pour améliorer la santé du patient ou bien tout simplement leur devoir, l'exercice de leur profession qui est un mélange de curatif et de préventif.

Mais qu'en est-il de l'éducation nutritionnelle qui requiert des conseils spécifiques et précis, utilisables quotidiennement par le patient, des données objectives, issues de la science et en même temps respectueuses des représentations culturelles des patients ? Les différences que l'on peut établir avec, par exemple, la prise en charge de l'hypertension artérielle (HTA)

peuvent constituer une liste de quelques lignes : elle prend plus de temps, on ne dispose pas de thérapeutique médicamenteuse pour la prendre en charge, peser un patient en surpoids ou obèse est plus stigmatisant que de prendre la pression artérielle d'un hypertendu, les conseils diététiques sont bien plus nombreux (voire infinis) par rapport au seul régime désodé, l'obésité est une maladie souvent bien plus mal vécue par les patients, sur le plan émotionnel, que l'HTA. On peut également rajouter que de nombreux cours sont dispensés en faculté de médecine sur la pharmacologie des antihypertenseurs, la physiopathologie de l'HTA, la liste des maladies et autres accidents cardio-vasculaires dont l'HTA est un des principaux facteurs de risque mais très peu sur le surpoids et l'obésité. Le médecin doit parfois puiser dans sa culture générale et son bon sens de praticien de terrain pour dispenser ses conseils : mettre en place une véritable prise en charge peut ainsi être vécu comme d'une complexité décourageante.

Comme pour la plupart des métiers très spécialisés, et il en est de même pour les médecins, le discours des dits spécialistes semble bien trop pointu pour les autres. La situation dans laquelle se trouve le généraliste vis-à-vis du diététicien ou du nutritionniste n'échappe pas tout à fait à la règle. En quelque sorte, le praticien de médecine générale connaît les grandes lignes du message qu'ont à délivrer au fur et à mesure d'une prise en charge les spécialistes de la nutrition mais ils ne positionnent pas tous au même niveau vis-à-vis de ces spécialistes. Le Dr Olivier, par exemple, préfère que son discours soit le plus simple possible et si ce discours basique ne suffit pas : « *il y a les spécialistes, chacun son métier* » !

« - C'est pas mon boulot parce que d'abord, je ne suis pas nutritionniste et j'envoie volontiers à des nutritionnistes, médecins ou pas, à des diététiciens quand ils le désirent. Moi je donne les bases. Je donne les bases ; je leur dis, par exemple : attendez votre cholestérol est limite, bah c'est simple. Qu'est-ce que vous prenez ? Vous prenez du fromage à midi et le soir ? Et bien vous allez supprimer le fromage du midi et puis vous prenez un yaourt à 0%. Heu, le soir, puisque vous aimez ça, vous êtes français, vous en mangez de temps en temps, pas systématiquement. Vous évitez de manger des crèmes et des....Si, j'essaie. Mais je ne suis pas du style : heu, 30 grammes de pain. Pour leur polluer la vie, il n'y a pas mieux ! Moi je leur dis toujours : c'est une question de bon sens la nutrition. Alors j'essaie de leur inculquer ce bon sens. Après, quand c'est un peu trop compliqué, j'envoie à des spécialistes. Ça, c'est sûr » (Dr Olivier)

Pour lui, la réponse est claire, il n'a pas la capacité de faire de la prévention nutritionnelle. Le Dr Eléonore diffuse les mêmes messages, dans les grandes lignes :

« - *Quels critères vous utilisez pour le suivi ?*

- *Le poids et les marqueurs biologiques quand ils sont perturbés. Mais en général, on évalue quand même assez rapidement, si les gens disent qu'ils ont perdu 2 ou 3 kilos et puis que vous voyez vous-même que le teint est moins rouge, bon, bah, c'est que c'est positif. Maintenant, je ne m'attarde pas à faire le périmètre abdominal machin, truc et bidule. On voit quand c'est gras, on voit quand ce n'est pas gras. (...)*

- *Quels conseils vous donnez ?*

- *Simplement de rééquilibrer l'alimentation, de supprimer le superflu, de diminuer les quantités et de respecter les horaires de repas. En général, c'est suffisant déjà. Je propose que l'assiette soit moins en volume et plus... Ou éventuellement de prendre un volume plus petit, de ne pas se resservir, de supprimer toutes les boissons sucrées additives de forcer plus sur les légumes et moins sur les féculents et puis déjà dans un premier temps on voit. Diminuer les portions de viande, parce que les ¾ du temps vous avez des gens qui mangent pratiquement des protéines à tous les repas et en quantités astronomiques et déjà ça c'est suffisant pour remettre un petit peu les choses en ordre. » (Dr Eléonore)*

Cependant, on l'a vu, la nutrition est un domaine qu'elle investit, selon ses dires « *plutôt pas mal* », elle admet adresser assez rarement ses patients, rapporte un sentiment d'efficacité et cite des exemples de prises en charge qu'elle a jugées satisfaisantes. Un discours élaboré n'est pas donc pas la condition à l'efficacité de la prise en charge mais il n'est pas non plus réservé à ceux qui ont choisi de se spécialiser dans le domaine. Les façons d'aborder le patient, les conseils délivrés, les techniques utilisées telles qu'elles sont décrites par le Dr Daniel et le Dr Olga sont sensiblement les mêmes. Cependant, le premier consacre « *25 % de son activité, un peu plus de son chiffre d'affaire* » à la nutrition, qu'il considère comme un MEP (Mode d'Exercice Particulier) avec des consultations dédiées et vraisemblablement une tarification spécifique, tandis que la seconde intègre ses conseils à ses consultations habituelles, même si elle est amenée à faire revenir les patients plus souvent en cas de prise en charge diététique.

« *J'aime bien la nutrition. Je trouve ça intéressant. Oh pourtant quand je suis sortie de la fac, je me disais "Oh bah c'est vraiment le truc que je ne ferai*

jamais !” (...) J’avais une copine qui avait fait le DU de nutrition... Oh là là !! Les cours de fac c’était pas marrant, hein ! La nutrition, je trouvais ça vraiment rébarbatif. Et en fait, au quotidien, c’est plutôt sympa. C’est plus concret que ce qu’on nous apprend. » (Dr Olga)

On voit ici qu’elle se sent tout aussi capable de prendre ses patients en charge que son amie qui a suivi une formation qu’elle a jugée ennuyeuse et qu’elle a pris soin d’éviter. Il ne s’agit donc pas d’une question de capacité sanctionnée par un diplôme ni de complexité des conseils délivrés mais d’intérêt personnel et d’investissement dans le domaine. En effet, le Dr Amélie, qui ne « *pense pas avoir beaucoup d’impact* » dans ce domaine, qui se décrit comme « *pas trop motivée* » et qui avoue ne pas être passionnée par la nutrition exposait pourtant les mêmes connaissances techniques et donc la même capacité à prendre en charge ses patients que le Dr Daniel ou le Dr Olga. Le Dr Guillaume sait d’ailleurs très bien qu’il se cache derrière de fausses excuses : « *Quand on n’a pas le temps, c’est qu’on ne veut pas* ». Donc il puise dans ses connaissances basiques les grandes règles à respecter. Il semble plus en paix avec ce sujet que le Dr Amélie qui dépense beaucoup d’énergie à se battre contre ce qu’elle identifie comme un manque de motivation de ses patients, ce qui l’énerve et la décourage. Le Dr Guillaume, selon ses propres dires « *essaie de dédramatiser* », avoue son manque de connaissances et a accepté l’idée qu’il n’avait pas plus envie que ça de se former (ce qui contribue à un climat plus serein).

« - En fait je suis très général, je ne rentre pas trop dans le détail. J’essaie de voir s’ils mangent de tout, s’ils mangent des légumes, combien de fois par jour, dans chaque repas, matin midi et soir. Déjà s’ils mangent le matin parce qu’il y en a plein qui ne mangent pas le matin, surtout les ados. Je leur explique pourquoi il faut manger le matin, je ne suis pas en train de leur dire : il faut manger tant de grammes.

- Vous êtes dans la délivrance de messages plus généraux

- Voilà, très généraux : il faut faire 3 repas par jour, il faut éviter les boissons sucrées, manger 5 fruits et légumes par jour, voilà je suis très basique, je ne rentre pas du tout dans le détail parce que je ne me sens pas, heu... Je ne connais pas assez à vrai dire. Manque de formation là-dessus... » (Dr Guillaume).

3. La perception par les médecins des difficultés qui émanent du patient

Les obstacles évoqués dans les deux premières parties et qui peuvent se présenter au médecin généraliste désireux d'introduire une prise en charge nutritionnelle dans le suivi d'un patient émanent des spécificités de sa pratique et de la façon dont il la conçoit. Il faut de surcroît qu'il prenne en compte les spécificités de son patient, ses origines, son histoire, son parcours et le rapport particulier et unique qu'il entretient avec l'alimentation

Par ailleurs, les événements de la vie psychique et/ou émotionnelle d'un patient influent sur sa prise en charge en général mais sur le plan nutritionnel de façon plus particulière et certains médecins affirment rechercher et traiter, si possible, non seulement une souffrance dans ce domaine mais également des pathologies de l'ordre de la prise en charge psychiatrique.

Composer avec la catégorie socio-professionnelle

On l'a vu, on observe des régularités dans les choix alimentaires des individus appartenant à une même catégorie socio-professionnelle. De même, la façon dont sont reçues les normes en matière de prévention évolue en fonction de cette catégorie. Adapter son discours semble, au regard de ces informations, la conduite à adopter face à un patient que l'on prend en charge sur le plan nutritionnel, entre autres choses. Cependant, plusieurs médecins du corpus affirment ne pas le faire, certains parce que leur patientèle est très homogène sur ce plan (comme le Dr Bruno, qui explique ce phénomène par le fait qu'il soit en secteur 2), d'autres pour des raisons que l'on pourrait interpréter comme relevant de l'éthique ou du moins d'une représentation un peu idéologique :

- « - Vous remarquez des différences entre les milieux sociaux ?
- Non

- *Vous ne procédez pas de façon différente en fonction du milieu.*
- *Non, je ne m'adapte pas en fonction du milieu, je m'adapte en fonction de la personne, quel que soit son milieu » (Dr Stéphane)*

Le Dr Stéphane semble vouloir offrir la réponse qu'il estime la plus acceptable, surtout au regard de la vision qu'il a de la position du médecin et de l'image qu'il veut renvoyer. La question qui suit l'illustre :

- « - *Et en fonction du sexe du patient ?*
- *Ben... J'ai pas l'impression, je ne pense pas, enfin... J'essaie de ne pas être dans un rapport de séduction donc normalement ça ne change rien » (Dr Stéphane)*

A cet instant, le Dr Stéphane semble pris en défaut par l'enquêteur, comme s'il admettait que, malgré tous ses efforts pour prendre en charge de la même façon tous ses patients, ce dont il semble convaincu, il persistait une petite place pour des différences de traitement. Pourtant, il ne s'agissait pas là du sens de cette question mais bien d'explorer les éventuelles stratégies que développent les généralistes pour adapter leur prise en charge selon la catégorie socio-professionnelle des patients. Parmi ceux qui répondent qu'effectivement, le discours à tenir n'est pas le même, certains font le rapprochement avec les différentes origines culturelles et/ou les immigrés. Nous reviendrons cependant de façon plus spécifique sur le sujet de l'identité culturelle.

Par ailleurs, il n'est pas rare que le médecin se trouve confronté, par le patient lui-même, à l'épineux problème du manque de moyens :

- « - *Moi j'ai une patiente (...) c'est vraiment le quart-monde typique (...). Je venais juste d'interroger la petite, je lui ai dit "Qu'est-ce que tu as mangé à midi ?" (...) "des frites, des chips et du coca". Je regarde la mère et elle me dit "Bah oui, c'est ce qu'elle a mangé à midi", je fais "Mais excusez-moi les légumes ils sont où ? et un fruit ? une pomme ?" (...) Elle m'a dit "Désolée Docteur mais je n'ai pas d'argent, vous me dites ce que vous voulez, moi, il n'y a pas de sous, il n'y a pas de sous". Et je me suis dit à moi-même, merde, il faudrait que j'aie vu un peu le prix des boîtes de conserve...*

- Et vous rencontrez d'autres difficultés ?
- C'est les gens qui ne veulent pas changer leurs habitudes. Moi, la dame qui m'a dit qu'elle préfère crever, c'est une dame de la campagne, elle a 70 ans, elle travaille dur, elle a des grands jardins (...) elle a appris de sa mère comment faire des plats, comment faire à manger, elle a toujours appliqué ces menus-là toute sa vie, c'est pas maintenant qu'elle a... » (Dr Elise)

Le Dr Elise est ébranlée dans ses convictions par ce genre de patients. Elle dit d'elle-même qu'elle est issue d'un milieu modeste et que sa patientèle est très « *melting-pot* » mais les anecdotes qu'elle livre illustrent que ce sont les arguments des plus modestes qui la laissent sans voix. La première lui oppose d'importants problèmes financiers comme l'argument ultime contre l'achat de fruits et de légumes et en lui renvoyant l'image d'une personne qui se trouverait à distance de ses préoccupations quotidiennes, ce à quoi le Dr Elise se refuse d'ordinaire (« *je suis quelqu'un de plutôt simple* »). La seconde, en évoquant le souvenir de sa mère et en introduisant l'émotionnel dans son argumentaire, a amené le Dr Pauline à renoncer à lui faire changer ses habitudes : elle adapte désormais le traitement insulinique en fonction de l'alimentation et des habitudes de sa patiente.

« Ca dépend énormément de leurs ressources pour les aliments parce que c'est vrai que parfois, les fruits et les légumes ce n'est pas toujours ce qu'il y a de moins cher donc le riz, les pâtes c'est plus facile à acheter que la langoustine. Donc évidemment, j'essaye de m'adapter, il y a quand même les fruits de saison, j'insiste sur le fait qu'il faut acheter des éléments de saison. C'est quand même moins cher. Et qu'ils peuvent s'appuyer sur des éléments qui ne sont pas forcément très chers mais qui sont très bons : les poissons blancs ils ne sont pas tous obligés de prendre de la sole ou du bar, on peut prendre du colin ou des choses qui sont moins chères, comme ça » (Dr Daniel)

Ce médecin, en particulier, consacre 25 % de son activité à la nutrition donc les conseils dispensés sont en effet plus étoffés et le discours plus construit que la moyenne mais il se base sur des éléments concrets qui sont autant d'arguments qui, mis bout à bout, représentent un atout en faveur de l'adhésion du patient au discours de prévention nutritionnelle qu'il délivre.

En effet, aborder en consultation le sujet du prix d'un objet, quel qu'il soit, peut toujours laisser planer le spectre de la différence de moyens financiers qui peut exister entre le

praticien et le patient, a fortiori si les revenus de ce dernier semblent modestes ou sont estimés comme tels par le praticien. Le généraliste, dans ce cas, par peur d'être pris en défaut ou accusé d'être déconnecté des contraintes quotidiennes voire de vexer le patient en dépassant la limite de la bienséance peut choisir de clore la conversation et de ne plus aborder le sujet à l'avenir.

Le sujet des catégories socio-professionnelles et des moyens financiers est introduit dans la conversation le plus souvent par le patient. Par contre, nombre de médecins déclarent s'intéresser de façon spontanée à l'héritage culturel de leurs patients, notamment en ce qui concernent les habitudes alimentaires.

L'intégration des habitudes culturelles

Les régions françaises sont toutes réputées pour au moins une de leur spécialités en matière culinaire et presque toutes sont connues pour la production d'un alcool, que ce soit le vin, la bière ou les alcools forts. Être originaire d'une région, c'est aussi se poser en connaisseur des spécialités de ladite région. Ceci peut s'étendre et s'ajouter aux origines familiales

« Le poids de la famille, le poids du modèle familial, culturel, c'est un des aspects les plus difficiles à aller contre. Donc il y a une espèce d'archaïsme très animal dans le comportement à l'égard de l'aliment et c'est un comportement historique familial à la limite c'est presque une traçabilité de la famille. "On est tous forts dans la famille c'est normal". » (Dr Adrien)

Cette intervention du Dr Adrien met en lumière les difficultés qu'il ressent à délivrer des conseils nutritionnels mais surtout à croire en leur efficacité, efficacité qui ne peut arriver que via l'observance du patient, comme souvent en médecine. Cependant, le thème de la prévention nutritionnelle a ceci de particulier dans la relation médecin-malade qu'il ne suffit pas de remporter l'adhésion du patient aux conseils prodigués car celui-ci, même convaincu de l'utilité d'équilibrer son régime alimentaire et ayant intégré les règles de diététique, ne peut

pas toujours lutter contre son éducation, modifier ses habitudes qui ne sont en fait pas les siennes mais celles de son groupe, de sa famille, de ses ancêtres sans risquer l'incompréhension et le rejet, synonymes d'événements bien plus redoutables que l'altération de la santé. Traditionnellement, en France, le jour de la semaine où l'on célèbre par la bonne chère le caractère exceptionnel de la réunion de la famille à plus ou moins grande échelle, c'est le dimanche. Or, dans l'imaginaire populaire, on ne fait pas régime le dimanche et c'est à cette occasion que bien des gens motivés s'autorisent un peu puis beaucoup d'écarts : il s'agit là de rester dans le groupe.

« Il y a des familles où l'on bouffe, il faut bouffer et quand on est dans des fêtes de famille, si la personne ose dire non je ne reprends pas de plat, c'est : "Comment !?! T'aimes pas ça !!?" A la limite c'est presque une insulte pour la personne qui a préparé le repas » (Dr Adrien)

En tant que généraliste, et c'est dans ce type de problématique que lui sied bien le qualificatif de médecin « de famille », il s'agit d'un atout que de connaître quelques membres d'une même famille, de façon à pouvoir s'appuyer sur leur aide et leur motivation pour changer les habitudes hygiéno-diététiques d'un patient. Certains des médecins que nous avons interrogés affirment même se servir des consultations « groupées » c'est-à-dire lorsque les conjoints viennent consulter en même temps. C'est un moment privilégié pour rentrer dans la découverte des comportements habituels de la cellule familiale en ce qui concerne les courses, les choix de menus et la préparation des repas. Les généralistes s'appuient dans ce genre d'échanges sur leur « posture » de médecin de soins primaires avec lequel les patients peuvent avoir une relation durable dans le temps, faite de petits échanges plus brefs qu'avec le spécialiste parfois mais sur des sujets bien plus variés.

« - J'essaie de m'interroger, de m'adapter, de comprendre le milieu. Et j'essaie de les accompagner vers une amélioration nutritionnelle mais en partant de ce qu'ils sont, de leur culture, etc...

- Et là, en tête, vous avez des expériences satisfaisantes ? Parce que moi, j'ai plus l'idée de la nutrition comme étant laborieux, c'est très long ! Il y a des expériences satisfaisantes qui vous encouragent dans ce sens-là ?

- Oui mais c'est un tout : là je suis le médecin généraliste donc les choses se sont

améliorées parce qu'il y a eu aussi... Souvent quand les gens n'arrivent pas à se nourrir correctement ou n'arrivent pas à se prendre en charge une pathologie ou vraiment un déni de leur pathologie, quelle qu'elle soit, ils ne nous ont pas tout confié. Il y a des soucis dans la famille, il y a des soucis dans le couple, il y a je-ne-sais-quoi. Et heu... On s'est tellement cassé les dents et tapé la tête contre le mur pendant 1 an, 2 ans, 4 ans avec ces patients-là qui n'avancent pas, qui n'entendent pas... Et tout à coup, ils vous confient que le couple ne va pas bien, que ceci, que cela. Et du coup, la prise en charge nutritionnelle ou d'autre pathologie devient tout de suite beaucoup plus facile ! Donc c'est aussi la connaissance du patient et la confiance que le patient va petit à petit vous accorder » (Dr Pauline)

Ce que souligne ici le Dr Pauline, c'est qu'il faut parfois plusieurs années avant de prétendre connaître son patient dans sa globalité et ceci est vrai même lorsque l'on partage les mêmes origines culturelles que lui. Il est d'autant plus difficile d'appréhender ses mécanismes intimes, son identité et son fonctionnement lorsqu'il n'est pas issu ni de la même région ni de la même catégorie socio-professionnelle que nous et ces difficultés s'accroissent lorsque la personne est d'origine étrangère. Avons-nous les capacités de délivrer les messages de prévention nutritionnelle non pas de la même façon mais avec la même efficacité à tous nos patients ?

« J'ai eu la satisfaction de voir chez des gens africains qui ne savaient pas lire... On avait un réseau diabète où ils ont fait des groupes inter-femmes étrangères, ils se sont super bien compris, ils ont fait des progrès faramineux, jusqu'à comprendre comment se faire la petite piqûre d'insuline le soir, des choses comme ça. Et puis notre réseau diabète il explosé parce qu'il n'y avait plus d'argent dans les caisses de l'Etat. (...) Il faut qu'on apprenne à parler la langue de la personne qui est en face de nous. Bon, là je ne suis pas toujours très doué mais on apprend un petit peu. Et je pense que même un illettré, il a un grand niveau de compréhension » (Dr Etienne)

Le Dr Etienne a l'air non seulement fier mais presque ému de partager avec l'enquêteur le constat d'efficacité des mesures d'adaptation et d'intégration. Il ne s'agit pas de militantisme politique pour lui mais d'améliorer la prise en charge de sa patientèle même si cela doit passer par un autre moyen de communication que son cabinet de médecine générale. La réalité

matérielle a cependant rattrapé les bonnes volontés à l'origine de ce projet en réintroduisant la logique économique dans l'amélioration de la santé. Il ne l'évoque pas spontanément mais on imagine aisément le temps qu'il a fallu investir pour mettre ces groupes en place et pour parvenir à diffuser aux participantes les bons messages.

«- J'ai toute une communauté sri-lankaise et au niveau nutrition, c'est très difficile, j'ai pas beaucoup d'emprise sur eux. Ils sont tous diabétiques etc... Et je suis plus relax, plus cool avec eux. Car de toute façon ils sont déjà déracinés de là où ils viennent. Ils ont été mal traités. C'est quand même initialement des réfugiés politiques. Ils se sont adaptés en France. J'essaye surtout de soigner les pathologies émergentes.

- Aller leur faire changer leur mode de vie alimentaire, c'est...

- Non, ya pas d'argent, ils sont 20 pour 20m2

- Et puis il leur reste ça, c'est leur culture culinaire

- Et puis à côté de ça, ce sont des gens qui ont quand même... J'essaye de faire en sorte qu'ils reprennent quelques bases qui sont bonnes, venant de chez eux, connaissant un peu leur mode culturel. J'ai habité en Asie donc je connais un petit peu » (Dr Pauline)

Choisir les ingrédients que l'on utilisait lorsque l'on habitait encore « au pays », préparer les plats traditionnels, reproduire les gestes que l'on a appris et les transmettre à son entourage, à ses enfants c'est se souvenir d'où on vient, lutter contre le mal du pays et perpétuer les traditions. Parfois, c'est aussi la seule façon que l'on connaisse de préparer le repas et on fait ce que l'on sait faire ! Du point de vue du médecin, ces habitudes parfois ancestrales représentent surtout une menace pour la santé d'une famille entière. Est-il possible de rentrer dans une relation de confiance suffisamment établie pour avoir accès non seulement à la façon dont sont faites les courses, dont sont préparés les repas mais aussi à l'identification des erreurs diététiques ? Avons-nous la légitimité, face à la représentation d'une alimentation-symbole tellement ancrée, ne serait-ce que d'émettre notre avis sur son contenu et qui plus est de demander sa modification durable ? Lorsque l'on se pose ce type de questions, la finalité est d'abord de préserver ses patients, sur le plan physique mais surtout sur le plan psychologique tout en gardant à l'esprit que si l'on se refuse à les faire souffrir c'est autant par respect que dans le but de ne pas être-contreproductif.

La souffrance psychologique

« Une consultation surcharge pondérale c'est un truc à part, hein ! C'est de la psycho, c'est du comportement alimentaire » (Dr César)

Lorsque l'on évoque avec un patient la problématique de sa manière de s'alimenter, il est très fréquent, voire quasi systématique, de constater qu'il existe un problème qui relève du champ de la psychologie.

« Dans plus de la moitié des cas, il y a autre chose derrière » (Dr Eléonore)

« La performance physique c'est la performance mentale aussi. (...) Je ne conçois plus l'être humain en dissociant le mental et le physique. » (Dr Armand)

Les praticiens utilisent donc cette connexion entre le corps et l'esprit comme un bras de levier pour étayer la mise en place d'une stratégie de prise en charge nutritionnelle.

« - Il y a pas mal de femmes qui me disent : c'est compliqué, j'ai toujours raté, etc... Et puis, si tu as bien discuté, la consultation, elle va passer puis tu te mets à parler du poids, où elle accroche, tu te mets à en parler 10 minutes, tu dis : attendez, il va falloir qu'on en reparle. On s'est aperçu que ça dépend de plein de facteurs, de si je suis de bonne humeur ou pas je vais bien manger, si je suis très dépressif, je vais mal manger et puis bon, OK, on en reparle donc vous revenez avec tout ce que vous avez mangé sur votre semaine, c'est le schéma des 8 jours et puis à partir de là on discute parce qu'on dit qu'on va essayer de mettre du concret. » (Dr Etienne)

Ici, le Dr Etienne évoque un moment de la fin de la consultation où la patiente s'est mise à parler de son problème de surcharge pondérale et à qui il a proposé de revenir le voir

spécifiquement pour ce thème, ce qui a permis de mettre en lumière l'importance de l'humeur sur l'alimentation de cette dame. Le Dr Pauline évoquait également à ce sujet l'importance de la relation de soins établie sur la durée pour comprendre les mécanismes et les blocages sous-jacents (exemple cité précédemment des problèmes de couple qui ressortent dans la conversation après plusieurs années).

Sans surprise, ce sont les troubles thymiques que les médecins rencontrent le plus fréquemment quand ils sont confrontés à des patients dont le problème de poids est en lien avec un régime déséquilibré. D'ailleurs, c'est ce qu'ils disent rechercher à l'interrogatoire, quand ils le font.

« Et puis si je sens qu'il y a un facteur un peu anxigène, dépressif etc... La jeune femme célibataire qui n'arrive pas à trouver son amour et qui bouffe et qui bouffe, moi j'en connais pas mal hein !! » (Dr Etienne)

« Il faut perdre du poids tout le temps et c'est toujours sur des terrains hyper dépressifs donc obésité pour moi, souvent...Alors, les gens qui me disent qu'ils sont obèses et bien dans leur peau, alors là, je ne connais pas. Moi je connais obèse égal dépressif, je ne connais que ça, avec des problèmes sociaux associés, des financiers, professionnels, familiaux donc vous pouvez régler le problème du poids en l'opérant, et tout le reste, il y a toute la tribu qui suit et qui est toujours là et on repart sur des problèmes de poids et sur des déceptions et sur des régimes » (Dr Elise)

On est loin de l'image du bon vivant, en surpoids car capable de profiter pleinement de tous les plaisirs que la bonne chère a à offrir ! Les troubles anxio-dépressifs sont en effet au premier rang des problèmes psychologiques cités par les praticiens interrogés comme étant associés à un surpoids et/ou une obésité. On pressent dans ces deux extraits d'entretiens qu'il y a des généralistes qui constatent les effets du surpoids sur le psychisme et la santé et d'autres qui les placent sur le versant étiologique du problème...

Le Dr Pauline a passé un DU de Comportements Alimentaires quelque temps avant l'entretien. C'est d'ailleurs la seule à prendre en considération ce type de comportement comme un problème psychologique à part entière et non plus comme une conséquence ou un

déterminant de la pathologie pondérale : elle se comporte avec ces patients comme avec les dépressifs.

« C'est beaucoup sur l'interrogatoire, beaucoup sur le dépistage des troubles. Si on parle de troubles du comportement alimentaire, par exemple anorexie, boulimie. Donc je vais poser des questions, un peu comme dans la dépression : comment ça se passe un repas ? Quels sont les troubles associés ? S'il y a des troubles de l'humeur, s'il y a des symptômes dépressifs, etc... » (Dr Pauline)

Gervais rappelle que la dépendance aboutit à une conduite qui repose sur une envie répétée et irrépressible en dépit de la motivation et des efforts du sujet pour s'y soustraire. Elle est soutenue par le plaisir ressenti lorsque cette conduite est adoptée. Les personnes en surpoids ou dont le régime alimentaire serait très déséquilibré seraient donc dépendants au plaisir que leur procure le fait de manger trop/ trop souvent / trop gras / trop sucré, etc... Gervais « classe » les Troubles du Comportement Alimentaire (TCA) dans la même catégorie que les TOC (Troubles Obsessionnels Compulsifs) et les TDAH (Troubles Déficitaires de l'Attention avec ou sans Hyperactivité) pour lesquels il existe, au-delà d'une classification nosologique spécifique, des modalités de prise en charge relativement homogènes voire des traitements pharmacologiques recommandés et prescrits sous couvert de recommandations dès lors que le diagnostic est correctement posé. Il ne s'agit donc plus d'un défaut de volonté mais d'une addiction, au sens psychiatrique du terme, permettant ainsi de reconnaître ceux que l'on qualifiait jusqu'alors d' « anorexiques-boulimiques » comme malades, tributaires d'un comportement qui s'impose à eux, dont ils souffrent à la fois de l'existence et de ses conséquences (Gervais, 2010).

Plusieurs médecins interrogés tirent la même conclusion de leur expérience au contact des patients pour lesquels ils ont mis en place une prise en charge nutritionnelle et justifient parfois par ces constatations les échecs d'équilibrage alimentaire chez certains patients qui éprouveraient (trop ?) de plaisir à manger et pour qui ce type de prévention serait de toutes façons vouée à l'échec quels que soient les efforts fournis par le praticien.

« La motivation elle est souvent... Les personnes l'ont. Mais ceux qui ont déception sur déception sur déception, des fois, c'est l'angoisse mais c'est à nous de dire : "Bon mais attendez, il y a des alcooliques qui ont fait trois cures qui n'ont pas réussi mais la quatrième elle a marché. Et pourquoi on ne réussirait pas pour d'autres choses ?" » (Dr Etienne)

Ils mettent le doigt sur un sujet nouveau et émergent en médecine, celui de l'addiction à l'alimentation, probable entité nosologique qui relèverait plus du traitement psychiatrique que de la prévention mais qui se trouve à l'origine de phénomènes parfois très pervers (comme les conséquences évoquées par le Dr Eléonore, parfois catastrophiques, de la chirurgie bariatrique) lorsqu'ils sont confondus avec un problème relevant de l'éducation nutritionnelle.

« J'en ai une qui a un anneau, un anneau très serré et qui arrive à s'enfiler ce qu'elle veut sans problème. (...) Le comportement alimentaire était pathologique, on l'a opérée quand même, c'était une connerie. » (Dr Eléonore)

4. La rencontre du médecin et du patient : les façons de faire

Une prise en charge médicale est systématiquement influencée par la relation médecin-patient qui la sous-tend, qui est elle-même à la fois unique sans être immuable. L'attitude du praticien et celle que le malade adopte en réaction ou non à celle du médecin ont chacune une part de responsabilité dans la qualité de la rencontre entre les deux et sur son efficacité. Cette partie d'analyse transversale a pour but de comprendre les façons de faire des médecins, telles qu'ils les voient eux-mêmes : comment ils en viennent à introduire le sujet de la prévention nutritionnelle, la représentation qu'ils se font de ce soin, la confiance qu'ils ont en leur propre efficacité et ce qu'ils cherchent à mettre en place ou au contraire à éviter pour garantir, au moins partiellement, cette efficacité de la prise en charge.

Le moment où il est (in)opportun d'aborder le sujet

« Il y a des moments, c'est pas le moment » (Dr Roselyne)

Quel que soit le niveau de connaissances sur le sujet de la nutrition, il n'est pas toujours bienvenu de la part du médecin généraliste d'introduire le surpoids et sa prise en charge dans la discussion.

« On a tout le temps de le faire, de toutes façons on aura l'occasion de le faire, il faut le faire dans de bonnes conditions sinon on les braque et puis on n'obtient rien » (Dr Roger)

« Quand on le dit une fois, deux fois, on en a parlé plusieurs fois et que c'est pas quelque chose qu'on peut... Enfin, on n'a pas d'impact. Des fois, j'arrête » (Dr Roger)

Le Dr Roger avance trois arguments en faveur d'un évitement choisi : il n'y a aucune urgence à parler diététique, le risque est d'être contre-productif et lorsqu'on a essayé à plusieurs

reprises en vain, c'est une perte de temps et d'énergie que d'essayer de remettre le sujet sur la table. Lorsque l'enquêteur lui suggère qu'il essaie de faire preuve de tact avec ces patients en surpoids, il confirme en ajoutant qu'il s'agit en effet d'un sujet délicat. Il évoque donc les moments inadéquats mais y a-t-il corollairement des conditions optimales avancées par les médecins ? Par exemple, nous l'avons vu dans le premier chapitre de cette analyse, la toute première consultation d'un nouveau patient est évoquée à plusieurs reprises. Le Dr Elise utilise ce premier contact pour évaluer la prise en compte de ce problème de poids par son patient, sa motivation, ses connaissances et son ressenti. Le Dr Pauline, qui a une « *petite spécialisation* » dans ce domaine (DU de comportements alimentaires), comme elle dit, en profite pour faire passer le message que chez elle, c'est un sujet récurrent et qu'il faut que le patient s'attende à ce qu'il soit abordé régulièrement en consultation.

« Au début le patient vient pour un problème. Si on commence à l'envahir de trucs dont il n'a pas forcément envie de parler, c'est peut être un faux pas de notre part (...) Pour certains c'est génial "il s'est occupé de trucs" alors que pour d'autres, on rentre parfois dans des domaines dont ils n'osent pas encore parler » (Dr César)

Ce dont le Dr César parle ici, c'est du feeling, de la capacité à estimer si la personne en face de soi serait potentiellement réceptive à ce discours. La première consultation est donc un moment sensible qui peut tout à la fois être opportun ou inadapté pour aborder le sujet de l'alimentation et de son rapport avec le poids. Mais la première consultation n'est pas la seule : par exemple, le Dr Bertrand dit rester à l'affût pour placer les bons messages lorsque cela est possible : « *dans toutes les consultations, c'est impossible mais si on peut le faire... on va se précipiter !* ». Encore une fois, il ne s'agit pas d'instantanés pré-définis, que l'on va pouvoir identifier par des critères objectivables, mais que le médecin doit sentir.

A l'opposé de ces considérations, plusieurs praticiens ne semblent considérer le surpoids que par son côté « facteur de risque cardio-vasculaire » et estiment faire leur travail de façon consciencieuse s'ils abordent le sujet au même titre que les autres risques.

« L'homme obèse, il est passé sur la balance systématiquement, mesuré, je lui annonce son indice de masse corporelle et je lui prends son périmètre ombilical.

Et je dis : houlala ! Vous savez, là, la tablette de chocolat c'est devenu la brioche, ça fait partie de votre risque cardio-vasculaire. Si vous fumez, si vous êtes diabétique, si vous êtes hypertendu, selon la situation, votre surcharge pondérale, elle est un facteur de risque cardio-vasculaire. Et donc traiter votre hypertension, équilibrer votre diabète, tout cela c'est bien mais il faut réduire votre surcharge pondérale ! » (Dr Adrien)

On n'est plus là dans l'exploration des habitudes socio-culturelles ni dans la prise en compte des déterminants psychologiques des habitudes alimentaires... Le Dr Pascal, par exemple, illustre à de nombreuses reprises au cours de l'entretien les conseils qu'il a donnés aux patients selon leurs chiffres de glycémie, de cholestérol, de tension et évidemment de leur poids et il n'évoque à aucun moment la souffrance du patient en surpoids... Dans ces conditions, le moment opportun est celui où l'on découvre des résultats biologiques pathologiques ou des mensurations au-dessus des normes.

Lutter ensemble ou accompagner

Le Dr Rémi est l'exemple le plus marquant parmi les médecins qui estiment que prendre en charge un patient en surpoids voire obèse, c'est rester à ses côtés, dans la durée, en l'accompagnant après avoir cherché à comprendre ses motivations profondes.

« Donc ils ont un handicap physique réel, le médecin a toutes les raisons de dire "Monsieur, vous avez raison de perdre du poids, c'est tellement important pour votre cœur, votre tension, votre diabète, vos genoux". Et eux, au fond d'eux-mêmes, ils ne viennent pas chercher ça. Si on les écoute bien, on se dit "Moi je vais les aider à aller vers leur quête, je vais les écouter et on va cheminer » (Dr Rémi)

Pour ce faire, il « se prescrit lui-même » car sa conviction personnelle, au-delà de la certitude que la prévention alimentaire est la plus importante et à la base de la santé du patient, comme

nous venons de le voir, c'est que « *l'égalité, c'est donner à ceux qui en ont besoin plus de temps* ». Donc sa façon de les accompagner, c'est de leur octroyer le temps nécessaire à une écoute attentive.

Le Dr Roselyne, qui est, « *très obsessionnelle sur le poids* », nous apprend, dès le début de l'entretien, qu'elle a récemment pris du poids et qu'elle mange beaucoup de chocolat, vraisemblablement contre sa volonté. On ne retrouve pas spécifiquement de discours belliqueux vis-à-vis des kilos à perdre ou du surpoids en général dans son interview. Dans son cas, on peut parler de lutte qui se fait ensemble parce qu'elle se fait chronologiquement au même moment, tout du moins à la période où l'entretien a été enregistré.

« J'ai l'impression que ça m'est plus facile, c'est drôle, de leur dire que oui, c'est difficile de tenir un régime ou de tenir son poids » (Dr Roselyne)

Le combat qu'elle mène à leurs côtés, il est aussi celui contre le diktat de la maigreur et la stigmatisation du surpoids.

« Le problème de l'amaigrissement, le terrorisme de la taille 38, quand même, la normalité dans le regard des gens ! » (Dr Roselyne)

« Je leur explique, sans les culpabiliser, si on peut car ce n'est pas facile ce qu'ils risquent et pourquoi il faut agir maintenant. (...) Il est important de leur faire prendre conscience que rien n'est perdu, qu'ils peuvent intervenir. (...) On avance d'un centimètre, petit peu par petit peu, c'est déjà pas mal. Le problème c'est qu'il ne faut pas qu'ils reculent » (Dr Bertrand)

Le but du Dr Bertrand, c'est d'aider ses patients à garder la motivation, pas exactement de lutter à leurs côtés. Lui, il se compare à l'entraîneur qui va encourager son champion juste avant, pendant et après une compétition, en répétant conseils, encouragements, corrections. C'est donc le patient qui mène son propre combat, contre lui-même la plupart du temps (« *ils doivent s'imposer ça dans leur vie* ») :

« Si on les prend de front, souvent on les blesse » (Dr Bertrand)

« Faut faire attention, ce n'est pas gagné tous les jours ! » (Dr Roger)

Cependant, il y a des médecins généralistes parmi ceux que nous avons interrogés qui envisagent effectivement cette prise en charge comme un combat, mais qui serait plus leur combat à eux contre une maladie dont souffre un patient qui ne voudrait pas se rendre à l'évidence et qu'il s'agit d'amener à changer des habitudes à force de répétitions.

Mener le combat contre le patient

« Des fois je sens que j'en fais trop parce que le patient est vraiment irréductible. Et je sens quand je commence à arriver aux menaces que ça ne passe pas. » (Dr Elise)

Le Dr Elise est donc plutôt en guerre contre ses patients et c'est au premier qui cèdera du terrain. Côté idéologie, la première réaction qu'elle a lorsque l'enquêteur lui annonce que le thème spécifique à approfondir sera la nutrition, dans la mesure où elle n'a pas choisi le sujet, est : *« la nutrition, c'est ce qu'il y a de plus dur »* et au fil des questions, elle relate principalement des situations où les patients l'ont mise en échec (en refusant la mise à l'insuline, en opposant des problèmes financiers aux conseils d'équilibration alimentaire...).

Le Dr Etienne est ce médecin qui avait constaté avec satisfaction l'efficacité et l'apport des groupes de femmes africaines. Il dit refuser toute *« prévention fasciste »*, accorder une place *« énorme »* à la psychothérapie de soutien, il aborde même succinctement le problème de la dépendance à la nourriture en faisant le parallèle avec les alcoolos-dépendants. En effet, la lecture de son entretien à plusieurs reprises laisse la sensation que, comme il le dit, il *« infléchit ses patients mais ce sont eux qui changent »*, il est par ailleurs conscient que son implication dépend de sa fatigue et s'est améliorée avec l'expérience... Son vocabulaire n'est jamais emprunté au thème du combat sauf lorsqu'il répond à la question sur l'activité physique :

*« Si je vous vois aller acheter votre baguette avec une voiture, je vous étrangle »
(Dr Etienne)*

On peut en effet facilement imaginer que, malgré le fait qu'il envisage ce soin comme un suivi, qu'il se considère lui-même comme une aide pour le patient, il puisse, à l'instar des tous les autres praticiens, passer par des périodes de découragement comme le Dr Amélie et ses nombreuses déceptions quant aux patients à qui elle a demandé d'établir un semainier avec ce qu'ils avaient mangé et dont elle n'a quasiment pas de retour.

*« Je veux bien m'investir à condition qu'ils m'amènent un semainier (...).
Comment voulez-vous savoir ce qu'ils mangent, ce qu'il faut leur conseiller, heu,
pour moi c'est pas réalisable, c'est pas en me disant... J'ai l'impression (...) que
je perds mon temps » (Dr Amélie)*

C'est précisément parce qu'il n'y a pas de retour lorsqu'elle demande à ses patients d'établir un semainier que le Dr Amélie se décourage dans la mise en place d'une prévention nutritionnelle chez ses patients. On l'a vu, elle a beaucoup moins d'expérience (un an d'installation au moment de l'entretien) et un sentiment d'échec dans ce domaine. Elle rapporte en effet quelques situations d'affrontement :

« C'est comme s'il y avait toujours une sorte de culpabilité, de reproche, en posant la question pour savoir ce qu'ils mangent » (Dr Amélie)

« J'aimerais bien qu'ils prennent conscience de ce qu'ils mangent » (Dr Amélie)

« Les gens ne sont pas du tout réceptifs » (Dr Amélie)

Ces patients dont parle le Dr Amélie, le Dr Adrien les classe dans la catégorie de « ceux qui épuisent le médecin ». Et alors même qu'il décrivait au début de l'entretien un patient qui a fait un effort en venant consulter, effort qu'il fallait respecter en se plaçant dans l'empathie le respect et l'écoute, lorsqu'il en vient à évoquer ces fameux patients qui ne veulent rien

entendre, il rapporte leur avoir annoncé qu'il allait falloir qu'ils se choisissent un autre médecin traitant.

Au total, quelle que soit l'histoire personnelle et/ou professionnelle du médecin vis-à-vis de la diététique, il n'est évidemment pas rare que celui-ci se sente en situation d'échec au cours du suivi nutritionnel d'un patient adulte en surpoids et le ressenti à ce moment-là dépend de plusieurs facteurs. En effet, si soin est envisagé comme une lutte à mener contre le patient, qu'il s'agit de le convaincre à l'insu de sa volonté de perdre du poids ou d'équilibrer son régime, l'échec est donc personnel et difficile à vivre, comme cela l'est pour le Dr Amélie, qui est en plein découragement face au manque de motivation qu'elle attribue à ses patients. Par contre, si le combat est reconnu mais qu'il s'agit de faire en sorte que le patient s'y engage, avec l'aide du médecin, l'échec est mieux toléré et plus facilement reconnu, dans la mesure où ce n'est pas une défaillance personnelle.

Préserver le plaisir

D'après Le Barzic, la satisfaction du besoin nutritionnel par l'ingestion de nourriture apporte des sensations vécues comme positives et ceci via les stimuli qu'elle envoie au système nerveux central. Dans l'autre sens, la recherche de ce plaisir conduit à consommer au-delà des besoins primitifs et à réunir le corps et l'esprit désunis par la rationalité cartésienne. (Le Barzic, 2006) Ceci introduit la notion, rappelée par Garre, selon laquelle une conduite est déterminée par une succession de séquences qui débute par la faim et aboutit au plaisir et à la sensation de bien-être. Comme toutes les conduites, le comportement alimentaire est régi par des normes qui sont issues de deux systèmes distincts : les normes individuelles et les normes collectives. Les premières se mettent en place dès les interactions précoces entre la mère et l'enfant et définissent une histoire personnelle de l'oralité. Les secondes renvoient aux normes culturelles qui régulent nos perceptions et nos choix alimentaires (Garre, 2003). Ce

mécanisme, qui est inconscient pour la plupart des patients, conduit à des aberrations diététiques qui sont pointées du doigt par les médecins.

Selon Vincent, le plaisir est un déterminant important des comportements humains en particulier mais animaux en général et cela est d'autant plus vrai que l'on gravit les échelons de l'évolution : « c'est presque une conquête des vertébrés qui sont doués d'un système affectif leur permettant d'éprouver un sentiment de bien-être ou de mal-être, suivi du désir d'avoir du plaisir soit en prolongeant soit en anticipant des actes ». L'auteur rappelle d'ailleurs que dans les mécanismes du plaisir interviennent des hormones et des neurotransmetteurs, rattachant d'autant plus cette émotion à un héritage biologique (Vincent, 2006). Les généralistes que nous avons interrogés au sujet de l'alimentation sont plusieurs à avoir abordé le sujet du plaisir comme élément important à prendre en compte lorsque l'on fait de la prévention nutritionnelle en consultation :

« Pourquoi on mange ? Parce que ça fait plaisir, voilà, c'est tout, on mange pour la tête » (Dr Armand)

L'alimentation est d'ailleurs source de plaisir à deux niveaux. D'abord parce que, lorsque la faim se fait sentir, manger satisfait alors un besoin et procure du plaisir au même titre qu'un feu de bois lorsque l'on a froid : c'est ce que l'on appelle l'aspect homéostatique du plaisir (Bellisle, 2006). Il y a un second niveau de plaisir, déclenché par les stimuli sensoriels agréables en eux-mêmes et qui poussent à consommer l'aliment qui en est la source, même en l'absence de sensation de faim, donc de besoin. C'est bien cette seconde dimension qui est en cause lorsque l'on parle d'équilibre alimentaire : lorsque les stimuli de notre environnement déclenchent une ingestion au-delà du besoin et donc la prise de poids. Les médecins interrogés sont conscients que le plaisir est une émotion très intense et ne veulent pas les en priver.

« C'est très individualisé parce que j'essaye de faire en sorte que ce soit des choses que les patients aiment. Donc euh... (...) c'est pas un régime-type » (Dr Olga)

Le but réside également dans un souci d'efficacité de prise en charge car ils sont bien conscients que l'adoption de règles hygiéno-diététiques médicalement satisfaisantes ne sera jamais pérenne si elle se fait dans la privation complète de plaisir. Cependant, on sent poindre, au travers du discours de certains médecins interrogés une petite part de culpabilité de devoir retirer ça à leur patient. En effet, ils savent parfois à quel point le sacrifice qu'ils leur demandent est difficile, pour avoir traversé les mêmes épreuves parfois.

« Ah mais moi je leur dis que je suis gourmande, sans trop de détails, je dis : c'est bon... Là, on parle du plaisir de la nourriture bien sûr, et de comment faire pour préparer les repas » (Dr Roselyne)

La peur de nuire

Goffman a été le premier à proposer une définition de la stigmatisation : un processus qui concourt au discrédit et à l'exclusion d'un individu considéré comme « anormal ». Ce processus se met en place au cours d'interactions sociales qui aboutissent à l'apposition, par des personnes qui se présupposent « normales » d'une étiquette de « déviant » à un individu qui se retrouve donc réduit à ce qualificatif. Lorsque le sujet de la stigmatisation est une caractéristique physique « évidente » comme l'est le surpoids par exemple, les victimes de ce processus décrivent les regards condescendants, les remarques dépréciatives, les moqueries quotidiennes et les brimades à répétition (Goffman, 1963). On imagine aisément que, si le surpoids est installé depuis l'enfance, la victime de cette stigmatisation puisse garder des séquelles profondes et pérennes. Le Dr Stéphane avoue timidement, en utilisant des détours et en laissant les phrases en suspens, ne pas aborder le sujet du surpoids de manière frontale avec les patients. Il semble vouloir les apprivoiser, les convaincre qu'il ne leur veut aucun mal.

« - Les trucs alimentaires, quand il n'y a pas vraiment de facteur de risque, qu'il y ait un léger surpoids, moi je les laisse tranquille, s'ils ne se plaignent pas je les laisse comme ça. C'est pas une maladie le surpoids, donc... Non. Après ils font ce

qu'ils veulent aussi, je ne suis pas super incisif quoi. Quand il y a une vraie obésité, c'est un objet de... Mais c'est vrai que je peux être assez gêné parce que je me dis que, puisqu'ils sont gros, ils sont gênés donc c'est un thème que... Et comme j'ai pas envie de les gêner... Il y a des fois, je n'en parle pas alors que c'est évident qu'il faudrait en parler

- Et vous attendez que eux demandent ?

- Ouais. J'attends un peu. Ou alors je fais une petite allusion. Ou je les pèse. J'essaie d'éviter la balance quand même. Je ne suis pas trop évitant non plus... Mais bon. Parfois je laisse le sujet en dehors parce que je me dis qu'en même temps... Déjà j'en ai pas beaucoup, des obèses et que donc, c'est pas un gros sujet chez moi, je n'ai pas une grosse population, une grande population d'obèses et je me dis que, puisqu'ils ne viennent pas pour ça, je préfère m'inscrire dans la durée, ne pas leur faire peur, les laisser tranquille et puis si la confiance s'installe, aborder le sujet. Donc j'ai un a priori, qui est sûrement, peut-être, faux, qui est que c'est délicat et que c'est susceptible donc c'est vrai que je ne suis pas.... Alors que le tabac par exemple, je n'ai aucun complexe, je peux y aller directement » (Dr Stéphane)

Pourtant, les forums Internet de patients en surpoids rapportent des témoignages de patients quasiment agressés verbalement ou qui se sont retrouvés confrontés à la moquerie voire à la cruauté de l'attitude du médecin consulté. Sans lui attribuer cette attitude, ce que rapporte le Dr Benoît à ce sujet semble plus aller avec les témoignages des patients en surpoids que la version du Dr Stéphane :

« En entrant, je les pèse, je les mesure, je leur donne leur IMC et leur dit qu'il y a quelque chose qui ne va pas. Et je regarde ce qu'ils mangent » (Dr Benoît)

On apprend d'ailleurs peu après qu'il connaît déjà les réponses aux questions qu'il va poser : « On trouve deux choses, les boissons sucrées et le grignotage : c'est récurrent ». Outre le fait qu'il ne semble pas, à travers le discours qu'il délivre, chercher à comprendre le patient dans ce domaine, cette prise de position cadre bien avec l'ensemble des réponses qu'il donne depuis le début de l'entretien notamment la première partie où on a appris qu'il faisait de la prévention parce que c'était rentable, non pas financièrement mais en terme de santé au sens somatique du terme. A partir de là, toute prévention est bonne à faire, qu'importe la manière.

« On leur explique ce que c'est un accident vasculaire cérébral, les risques d'une rétinopathie diabétique, néphropathie diabétique pour un diabète mal équilibré. On leur fait comprendre à quoi ça correspond, que, ben, s'ils n'équilibrent pas bien leur diabète, ils risquent la dialyse » (Dr Benoît)

C'est en fait l'expérience personnelle du vécu du surpoids qui le sépare du Dr Stéphane. Ce dernier apprend à son interlocuteur, au milieu de l'entretien spécifique « nutrition », qu'un de ses proches est en surpoids, que cela a toujours été un « problème » selon ses termes, ce qui en fait de facto un sujet « délicat » pour lui.

A mi-chemin entre cette peur constante de blesser et la façon dont le Dr Benoît occulte cette idée, les stratégies de la plupart des autres praticiens présentent des points de similitude. Ils les décrivent sans parvenir pour autant à mettre des mots dessus et empruntent à plusieurs registres leurs tournures de phrase pour aborder le sujet le plus subtilement possible : la politesse, la science, l'humour. Certains vont jusqu'à feindre la question qui s'impose à eux, comme un coq à l'âne, comme s'ils n'avaient pas du tout pensé à aborder le sujet depuis que le patient avait passé le seuil du cabinet : le but est de faire croire à une prise en charge de prévention nutritionnelle de type systématique, sans lien avec l'aspect physique du patient. La finalité est toujours la même : ne pas blesser le patient.

« Ils sont en surpoids, je leur prends la tension et... “ Tiens au fait, qu'est-ce que vous mangez ? ” » (Dr Pascal)

« Quand j'ai quelqu'un qui a le même poids que moi je lui dis : “ On ne va pas faire un concours quand même tous les deux ! ” » (Dr Elise)

Le médecin et le patient peuvent alors entrer dans un dialogue où se mêlent la politesse, la peur de vexer, le respect du corps de l'autre et de sa volonté ou pas d'aborder le sujet mais surtout parfois le doute : veut-il parler de son surpoids/de son obésité en tant qu'objet de la médecine ? Si j'interviens dans ce domaine, par où commencer ? Aborder le sujet risque-t-il d'être contre-productif ? Si la réponse choisie par le médecin est : je ne serai pas le premier à poser le problème sur la table, il faut néanmoins que le patient sache qu'il peut le faire et qu'il

sera bien accueilli. Pour le Dr Rémi, il laisse sa réputation le précéder car il consacre une partie de son activité à la prise en charge nutritionnelle.

« Je pourrais faire de l'intervention, dire : Avez-vous envisagé de perdre du poids ? Je ne le fais pas. C'est une ligne parce que ce que j'ai appris des patients qui perdent du poids c'est qu'une des premières choses que disent les médecins c'est : Il faudrait maigrir. Bon, je caricature. Et ils vivent ça comme une violence, parce qu'ils viennent pour autre chose et on leur met en avant leur obésité, toujours. C'est une souffrance, je le sais. Alors je me suis interdit de les faire souffrir plus qu'ils ne souffrent. Et j'attends. Souvent ça survient, ils reviennent en disant : J'ai appris que vous faisiez de la nutrition. Donc j'attends qu'ils l'aient formalisé.

(...)

Parce que je sais qu'il y a quelque chose d'un ressenti autour du poids qui se répercute dans la relation de soin et qui parfois fait mal. A l'insu du médecin, il pense être bienveillant, il ne réalise pas que c'est blessant alors qu'en fait la personne à longueur de journée est confrontée à ce problème de poids. Donc si le cabinet du médecin peut être un havre de paix, j'en suis bien heureux. En me disant que, tôt ou tard, ça surgira dans la relation de confiance » (Dr Rémi)

Lorsque ce n'est pas le cas, comme pour le Dr Guillaume, il s'agit de faire comprendre au patient que l'on a remarqué qu'il se passait quelque chose dans ce domaine mais qu'il ne s'agira d'un problème médical que s'il le veut bien.

« Quand je vois un nouveau patient qui arrive et qui est obèse, par exemple, j'essaie d'aborder son problème, d'au moins en parler ou qu'il m'en parle, j'essaie d'aborder le sujet. Alors évidemment, il vient pour un rhume, je constate qu'il est obèse... Enfin systématiquement les nouveaux patients je les pèse et je les mesure. Donc effectivement, là, tout de suite, je peux avoir une accroche et j'essaie de les sensibiliser.

- C'est un des moyens par lesquels vous y arrivez ?

- Voilà, c'est un des moyens. Je lance une perche. Après, au patient de voir s'il veut ou pas. Je ne vais pas non plus tout de suite lui sauter dessus, ça ne sert à rien mais voilà, il sait que c'est possible. Après je le laisse revenir s'il veut qu'on en parle » (Dr Guillaume).

Déléguer aux spécialistes

Nous l'avons vu, la sensation d'efficacité dans ce domaine est souvent liée à l'intérêt porté par le praticien et donc à l'investissement à la fois en terme de temps et sur le plan intellectuel. Cet investissement passe presque toujours par le recours à un ou des correspondant(s) à des moments variables de la prise en charge et dans des buts différents selon les patients.

Par exemple, le Dr Elise, dès la première question de l'entretien spécifique « nutrition » affirme avoir de la chance dans la mesure où, dans sa ville consulte gratuitement une diététicienne dans le cadre de « *la maison du diabète* », Elle lui adresse les patients diabétiques « *parce que c'est gratuit et qu'ils auront tous les conseils* ». Elle fait également partie de ces médecins évoqués plus haut qui n'abordent le problème du poids que sous l'angle des chiffres, des normes, des résultats biologiques. Par contre, elle apprend à l'enquêteur que les nutritionnistes sont soit « *débordés* » soit « *exécrables* » et il en est de même pour les endocrinologues. Elle est donc un peu ambivalente dans ses rapports avec les spécialistes de la nutrition.

Le discours du Dr Stéphane n'est pas non plus valorisant pour les spécialistes de la nutrition, qu'il compare entre eux et dont il se méfie des motivations...

« Le problème, c'est qu'il n'y a pas beaucoup de correspondants, je trouve. Enfin, moi, je n'en n'ai pas beaucoup, les diététiciens, c'est des médecins comme moi qui vont... Enfin, je veux dire, il faudrait que je passe trois ou quatre jours à réviser la diététique, je le ferais aussi bien qu'eux, sauf qu'ils prennent 80 € la séance, quoi, donc... Parfois, j'ai une ou deux personnes, voilà, qui font ça bien, qui ne sont pas trop chers mais il n'y en a pas beaucoup en fait. Donc c'est vrai ça nous est quand même un peu échu mais il faudrait que j'augmente mon niveau de compétences en fait, que je me rassure sur mon niveau de compétences » (Dr Stéphane)

Ces spécialistes, qu'ils soient médecins (pour les nutritionnistes) ou para-médicaux (pour les diététiciens) sont, pour lui, confondus sous une même étiquette, confirmant le peu de considération qu'il a envers ses confrères spécialisés dans ce domaine.

Le Dr Olga, qui fait beaucoup de nutrition, selon ses dires, dans sa pratique quotidienne, et même quelques consultations rapprochées de suivi nutritionnel lorsque cela est nécessaire ainsi que des interventions dans les écoles à ce sujet et dont le discours est étoffé et inspiré directement des conseils de la diététicienne du quartier adresse volontiers ses patients à des spécialistes.

« Alors quand vraiment le cœur du sujet c'est le suivi nutritionnel je les vois en principe tous les mois sauf s'ils préfèrent que je les voie plus fréquemment parce que je ne suis pas diététicienne ni nutritionniste et en plus je suis associée avec une nutritionniste donc je ne veux pas non plus marcher sur ses plates-bandes donc s'ils ont besoin d'un "coaching" en plus moi je ne suis pas là pour ça. (...) Donc s'ils ont vraiment besoin d'un coaching, de sanctions, qu'on les pèse... (...) Si c'est dans le cadre d'un suivi cardio-vasculaire global, je les vois au début tous les mois. En fait, une fois que la perte de poids est initiée, bah à chaque consultation, tous les 3 à 6 mois, on en reparle » (Dr Olga)

La frontière est nette entre son rôle propre et celui du spécialiste quand elle décide d'adresser et elle valorise le travail des spécialistes. Trois autres médecins (le Dr Etienne, le Dr Guillaume et le Dr Olivier) précisent dans ce domaine qu'ils refusent catégoriquement de donner des conseils diététiques basés sur « tant de grammes » renvoyant ainsi les nutritionnistes à un fonction dévalorisante de comptable, nettement moins noble, présentée ainsi, que la représentation qu'ils se font de leur rôle dans ce domaine.

« Je ne suis pas le technicien des grammes de pain, je suis plutôt le conseiller en fonction des risques que tu as » (Dr Etienne)

Pour certains, les nutritionnistes et diététiciens sont donc perçus comme un complément d'informations à intégrer dans les conseils de prévention nutritionnelle déjà dispensés par le médecin généraliste et non pas comme une alternative. Pour d'autres, c'est plutôt en termes de

motivation (le “*coaching*” du Dr Olga devient “*la carotte et le bâton*” du Dr Eléonore) que se définit la valeur ajoutée de ses spécialistes. Les diététiciens et les nutritionnistes ne sont pas les seuls spécialistes à intervenir dans ce domaine. Citons parmi ceux que les médecins interrogés évoquent le plus fréquemment en premier lieu les diabétologues / endocrinologues auxquels ils ont recours en cas de nécessité de traitement insulinique et les psychiatres / psychologues :

« - Vous adressez les patients ?

- Ouais souvent. Je dirais que je n'adresse pas d'emblée. On en discute d'abord puis une fois qu'on a décortiqué le truc, je dirais que je fais un travail de débrouillage, ensuite je vois si c'est plus du domaine du stress ou de difficultés passagères, je vais envoyer vers un psychologue, en général les gens avec qui je travaille, si les moyens ne sont pas extensibles, dans ce cas-là je dirige directement sur l'hôpital ou sur le CMP avec une lettre d'introduction. Maintenant, quand je sens que le travail va être de longue haleine, dans ce cas, c'est psychiatre (...) pour faire une vraie thérapie parce que c'est le seul moyen de régler les problèmes » (Dr Eléonore)

« Je m'appuie aussi sur des confrères spécialistes, s'il y a besoin. (...) J'essaie de travailler en partenariat, pour me donner du poids et pour que le patient se sente bien pris en charge. (...) J'ai une consœur psychologue qui accepte un petit peu de m'évaluer le degré de dépression. » (Dr Pauline)

Ce sont deux conceptions de leur métier qui s'affrontent dans ces façons d'adresser les patients pour une prise en charge psychologique. Le Dr Eléonore se voit comme le premier recours, la première à accueillir un patient et dont elle doit débiter la prise en charge et déléguer, en cas de besoin. La seconde se rapproche de la conception que se fait le Dr Olga de sa prise en charge. Elle est capable de faire de la nutrition, à plus forte parce qu'elle est titulaire d'un DU dans ce domaine mais elle adresse pour faire une autre partie du travail, qui est bien distincte de la sienne.

Quant au Dr Babette, dont les convictions, nous l'avons déjà évoqué, se situent parfois à la limite de l'ésotérisme (lorsqu'elle présente avec beaucoup de conviction par exemple l'exemple d'une « *grande scientifique anglaise* » qui affirme avoir guéri d'un cancer du sein ayant rechuté à plusieurs reprises grâce à la suppression complète du lait dans son

alimentation ou adresser ses patients souffrant de troubles anxieux à des psychiatres pratiquant la rééducation par les mouvements oculaires), revient à un discours plus pragmatique lorsqu'elle expose ses idées pour organiser le système de soins afin de favoriser l'acte de prévention nutritionnelle en médecine générale :

« Je pense que ce serait bien que la nutrition soit une spécialité à part entière (...). Tout le monde s'en occupe un peu mais moi je crois qu'il faudrait dissocier la nutrition et l'endocrinologie et avoir vraiment des nutritionnistes et qui nous disent vraiment l'impact, qui soient des correspondants habituels, c'est-à-dire qu'il y ait une place plus importante » (Dr Babette)

Qu'ils adressent ou pas leurs patients à des spécialistes, c'est la seule de tous à exprimer une idée qui aille dans le sens de la création d'un diplôme qualifiant de spécialiste en nutrition. Au regard des chiffres que nous avons évoqué ci-dessus concernant la prévalence et l'incidence de l'obésité en France, il semble effectivement qu'une telle décision permettrait peut-être d'aider à ce que le surpoids et l'obésité deviennent des sujets médicaux prépondérants et dont l'importance de la prise en charge ne se réduise pas au temps disponible, à la volonté du médecin, aux conditions financières du patient... En effet, nous le verrons par la suite, ce sont des obstacles qui sont rapportés par les médecins généralistes lorsqu'il s'agit de mettre en place ce type de prévention, à commencer par des considérations matérielles.

CONCLUSION

La prévention nutritionnelle est particulière pour les médecins généralistes car ils peuvent se sentir en difficulté à tous les niveaux de prise en charge, du manque de connaissances dans le domaine jusqu'à la confrontation avec les patients dont le surpoids est à la fois le symptôme de problèmes plus profonds (psychologiques, familiaux, professionnels, sociaux) et à l'origine de difficultés toutes aussi variées, en passant par le temps qu'il faut investir pour une prise en charge efficace et l'acceptation des échecs qui ne sont pas rares dans ce domaine.

Notre étude a permis de mettre en évidence que, de manière globale, les praticiens les plus investis dans la mise en place d'une prévention nutritionnelle étaient également ceux dont la motivation leur avait permis de mobiliser les moyens intellectuels et matériels de façon à accorder à ce soin une place suffisante pour qu'il ait une efficacité.

Sur le plan intellectuel, mettre en place un suivi nutritionnel chez un patient adulte nécessite en effet de faire l'effort de s'intéresser à la façon dont il mange, de comprendre ce que représente sa manière de s'alimenter pour lui alors qu'il n'en est pas toujours capable lui-même, de creuser son interrogatoire pour comprendre quels sont les symboles que cet individu attribue à ses aliments, quel est son ressenti vis-à-vis de son poids et quelles sont les raisons conscientes ou inconscientes qui le poussent à vouloir perdre du poids voire, le cas échéant, qui peuvent le bloquer dans cette tentative. Par ailleurs, si cette démarche est réalisée par le praticien, il lui faut également connaître la teneur du message qu'il faut délivrer et anticiper sur les critères du suivi qu'il convient de surveiller dans un but d'efficacité.

Sur le plan matériel, il faut que le médecin généraliste compose avec les contraintes inhérentes à son activité : assumer d'être le premier recours du patient et parfois le seul en l'absence de spécialiste, la rémunération par le paiement à l'acte, le motif de la consultation (qui n'est pas le conseil diététique dans la majorité des cas) et surtout, car c'est un obstacle souvent cité par les médecins interrogés, l'investissement en termes de temps à consacrer à la diffusion des bons messages.

Par ailleurs, ce travail permet de comprendre la façon dont les médecins généralistes appréhendent la souffrance psychologique de leurs patients en surpoids qu'ils suivent pour ce problème : ils anticipent souvent des troubles thymiques pouvant être profondément intriqués avec l'histoire du poids du patient et pouvant se trouver tant à la source que dans les conséquences d'un surpoids voire d'une obésité. Certains cherchent à les dépister ou à les évaluer systématiquement pour ne pas passer à côté d'un problème pouvant être un frein à l'efficacité de la prise en charge. Cependant, très rares sont encore ceux qui envisagent que le comportement alimentaire puisse être, à part entière une pathologie en soi, hormis bien sûr l'anorexie mentale qui est la plus connue de tous.

Au total, la possibilité de l'échec de ce soin est toujours à prendre en considération et la façon dont il est vécu est variable selon l'attitude adoptée et la triangulation qui s'effectue entre le patient et son héritage historico-culturel, le médecin et ses bagages (personnel tant que professionnel) et le surpoids en lui-même qui devient parfois un actant supplémentaire dans la relation. Si le médecin décide qu'il s'engage personnellement dans une lutte, quelle que soit la position du patient vis-à-vis de cette prise en charge, il s'expose à un découragement responsable du sentiment d'inefficacité et d'échec.

Il semble en effet que ceux qui sont le plus à l'aise avec la prévention nutritionnelle, qui sont dans notre corpus le Dr Rémi, le Dr Pauline et le Dr Olga sont ceux qui ont accepté l'idée qu'elle sera un sujet redondant, difficile à aborder, potentiellement douloureux pour le patient, avec lequel il faudra faire preuve de tact, qui ne pourra être pris en charge efficacement qu'en partenariat avec le patient et qui sera à l'origine de plusieurs échecs si tant est qu'un jour il puisse y avoir une efficacité.

BIBLIOGRAPHIE

- BLOY G., RIGAL L. Pratiques préventives en Médecine Générale : une analyse qualitative par entretiens. Rapport pour l'URPS Médecins Libéraux d'Île de France. Novembre 2011
- BLOY Géraldine. Rémunérer les médecins généralistes. La question des revenus. In : BLOY Géraldine. SCHWEYER François-Xavier. Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale. Rennes, Editions de l'EHESP, 2010, p. 23-40.
- BOCQUIER A., VERGER P., BASDEVANT A. Overweight and obesity : knowledge, attitudes and practices of General Practitioners in France. Obesity Research. Vol. 13; 4. Avril 2005.
- BOLTANSKI Luc. Les usages sociaux du corps. Annales ESC, janvier-février 1971, p.205-233.
- CORNUEY JM. Le pain, aliment ou symbole. [ressource électronique]. Novembre 2002. Disponible sur : <http://pedagogie.ac-toulouse.fr/crera/painalimentousymbole.pdf>
- DE LORGERIL M., SALEN P., MARTIN JM. Mediterranean diet, traditional risk factors and the rate of cardiovascular complications after myocardial infarction : final report of the Lyon Diet Heart Study. Circulation, 1999 Feb 16;99(6):779-85.
- de SAINT POL Thibault. Corps et appartenance sociale : la corpulence en Europe. Données Sociales – La société française, 2006, p.649-656.
- de SAINT POL Thibault. L'obésité en France : les écarts entre catégories sociales s'accroissent. INSEE Première, 2007, 1123, p. 1-4.
- de SAINT POL Thibault. Surpoids, normes et jugements en matière de poids : comparaisons européennes. Population et sociétés, avril 2009, 455, p. 1-4.
- DEMAZIERE Didier. DUBAR Claude. Analyser les entretiens biographiques, l'exemple des récits d'insertion. Paris : Nathan, 1997.
- DREES. La durée des séances des médecins généralistes. Etudes et résultats. N°481. Avril 2006.
- DUCIMETIERE P. Le paradoxe français n'a plus lieu d'être. Questions de Santé Publique n°6. Septembre 2009.
- FISCHLER C. L'omnivore. Paris, Odile Jacob, 1990.

- FOGELMAN Y., VINKER S., LACHTER J. Managing obesity : a survey of attitudes and practices among Israeli primary care physicians. *International Journal of Obesity*. 2002, N° 26, p. 1393-1397.
- FONTAINE D., GRUAZ D. Médecins généralistes et éducation nutritionnelle en Rhône-Alpes. ORS Rhône-Alpes. Février 2004.
- GARRE J-B. GOHIER B. RITZ P. PETTENATI H. DUVERGER P. Sémiologie du comportement alimentaire. Site internet de la Psychiatrie Angevine.
- GENOLINI JP., ROCA R., ROLLAND C. et al. « L'éducation » du patient en médecine générale : une activité périphérique ou spécifique de la relation de soins ? *Sciences sociales et santé*, vol 29, n°3, sept 2011
- GOFFMAN E. Les usages sociaux des handicaps. Paris, Editions de Minuit, 1963.
- GUNTHER S., GUO F., SINFIELD P. Enablers and barriers to managing obesity in general practice : a practical approach for use in implementation activities. *Quality Primary Care*. 2012 20(2):93-103
- Haut Comité de la Santé Publique. Pour une politique nutritionnelle de santé publique. Actualité et dossier en santé publique, juin 2000, n°31.
- Haut Comité de Santé Publique. Rapport « pour une politique nutritionnelle de Santé Publique ». Remis au gouvernement en juin 2000.
- HUBER C., MOHLER-KUO M., ZELLWEGGER U. Obesity management and continuing medical education in primary care : results of a swiss survey. *BMC Family Practice* 2011, N°12 : 140.
- IASO. Obesity : understanding and challenging the global epidemic. Rapport 2009-2010.
- Institut Français pour la Nutrition. Le plaisir : ami ou ennemi de notre alimentation ? Colloque de l'IFN. Décembre 2006
- KAUFMANN Jean-Claude. L'enquête et ses méthodes. L'entretien compréhensif. 2e édition refondue. Paris : Armand Colin, 2008, 127 p.
- LANG T., KELLY-IRVING M., DELPIERRE C. Etude INTERMEDE. L'interaction entre médecins et malades productrices d'inégalités sociales de santé ? Le cas de l'obésité. Rapport final. Mai 2008
- LECORPS Philippe. Education du patient : penser le patient comme « sujet » éduicable ? *Pédagogie médicale*, mai 2004, 5, 2, p.82-86.
- LEVI-STRAUSS C. Mythologiques I : le cru et le cuit. Paris, Plon, 1978.
- MATE T., PILORIN T., HEBEL P. Du discours nutritionnel aux représentations de

l'alimentation. Cahier de recherches n°52. Département « consommation » du CREDOC. Décembre 2008.

- PHELIZON M. De la préhistoire à nos jours. [ressource électronique]. Disponible sur : <http://www.cuisinealafrancaise.com/fr/articles/17-histoire-de-la-cuisine>
- REGNIER Faustine, LHUISSIER Anne, GOJARD Séverine. Sociologie de l'alimentation. Paris : La Découverte, 2006, p. 55-62.
- REGNIER Faustine. Obésité, goûts et consommation. Intégration des normes d'alimentation et appartenance sociale. Revue française de sociologie, 2009, 4, p. 747-773
- RIGAL L., FALCOFF H. Mobiliser les médecins traitants franciliens pour réduire les inégalités de prévention et de dépistage. Rapport final de recherche. SFTG. Juin 2010
- SOBAL J. Obesity and socioeconomic status : a framework for examining relationships between physical and social variables. Medical Anthropology. 1991 Sep;13(3):231-47
- TIBERE L., POULAIN J., PACHECO DA COSTA PROENCA R. Adolescents obèses face à la stigmatisation. Obésité, vol.2. n° 2. Juin 2007. p. 173-18.
- Unité de Surveillance et d'Epidémiologie Nutritionnelle. Etude Nationale Nutrition Santé 2006. Résumé des résultats présentés au colloque PNNS, décembre 2007.

ANNEXES

1. Etudes publiées au sujet de la prévention nutritionnelle en Médecine Générale

AUTEUR ou ORGANISME	TITRE	REGION	MODALITES	OBJECTIF	COMMENTAIRES
BOCQUIER et al 2005	Overweight and obesity : Knowledge, Attitudes and Practices of General Practitioners in France	Provence	600 Entretiens téléphoniques	Décrire les connaissances et les pratiques des MG en terme d'éducation nutritionnelle	Les généralistes considèrent que c'est leur rôle d'aider les patients à perdre du poids mais rapportent un sentiment d'inefficacité, anticipent l'échec et ont un a priori négatif sur les patients en surpoids.
ORS Rhône-Alpes 2004	Médecins Généralistes et éducation nutritionnelle en Rhône-Alpes	Rhône-Alpes	206 questionnaires à renvoyer et 20 entretiens avec le généraliste	Décrire les pratiques des MG en matière d'éducation nutritionnelle	Les généralistes considèrent que c'est leur rôle de donner des conseils personnalisés mais ne connaissent pas les outils à leur disposition. La partie qualitative rapporte des difficultés : sujet délicat/peur de gêner/patients difficiles à convaincre/mauvaise observance/problèmes accrus avec les précaires/manque de temps/influence de la société de consommation... Demande des outils plus concrets et une meilleure formation initiale.

AUTEUR ou ORGANISME	TITRE	REGION	MODALITES	OBJECTIF	COMMENTAIRES
Projet "INTERMEDE" 2008	L'interaction en médecins et malades productrices d'inégalités de santé ? Le cas de l'obésité.	Nantes, Toulouse, IDF	48 observations de consultations et entretiens avec les patients	Evaluer la contribution de la consultation de MG dans les ISS et ses mécanismes explicatifs autour de l'objet surpoids et obésité	Les médecins expriment un sentiment de capacité d'action limitée : décrivent des patients avec lesquels "on ne peut pas", anticipent leur comportement, le sujet n'est pas abordé fréquemment en consultation voire pas pris en compte du tout.
GUNTHER et al. 2012	Barriers and enablers to managing obesity in general practice : a practical approach for use in implementation activities	Royaume-Uni	Entretiens semi-directifs avec 7 généralistes, 7 infirmières et 9 patients en surpoids	Identifier et comprendre les difficultés à appliquer les recommandations pour la pratique clinique publiées en 2006	Les problèmes qui ressortent : stigmatisation, coût de la prise en charge, histoire pondérale du patient, refus des MG de prendre en charge le surpoids de leurs patients, manque de connaissance des praticiens, pas de prise en charge possible dans le secteur public.
FOGELMAN et al. 2002	Managing obesity : a survey of attitudes and practices among Israeli primary care physicians	Israël	510 questionnaires à renvoyer	Enquête au sujet des connaissances et pratiques des MG	La plupart des MG prennent régulièrement en charge des patients souhaitant perdre du poids mais ils se sentent le plus souvent inefficaces, mal formés, incompétents dans le domaine.
HUBER et al. 2011	Obesity management and continuing medical education in primary care : results of a swiss survey	Suisse	187 questionnaires à renvoyer	Enquête sur le temps consacré à l'éducation nutritionnelle et sur les conseils délivrés par les MG	Plus de la moitié se sentent à l'aise pour faire de la prévention nutritionnelle. Très peu mesurent régulièrement le tour de taille de leurs patients.

2. Elaboration du guide d'entretien

Des réunions de travail ont été programmées, au rythme d'environ une par mois. Dans un premier temps, nous avons élaboré le guide d'entretien qui a pour but de fournir une ligne directrice pour l'enquêteur mais qui doit rester souple afin de permettre non pas des digressions dans l'échange mais de garder la possibilité d'explorer un sujet ou un aspect d'un sujet qui n'avait pas été envisagé au moment de la rédaction de cette grille mais qu'il semble pertinent d'approfondir dans le but d'améliorer la compréhension des mécanismes actifs lors des consultations pour un médecin en particulier et/ou une particularité de l'histoire de ce praticien pouvant aboutir à une particularité dans la prise en charge de ses patients. Tout en gardant cette possibilité de mener le médecin interrogé à développer d'une façon non attendue un sujet ou un point de vue spécifique, il était cependant nécessaire que tous les enquêteurs aient sous les yeux ou en tête au moment de l'interview une liste de questions à poser pour structurer l'échange. L'objectif est d'extraire un matériau de travail homogène, exploitable uniformément par le groupe en lissant au possible les variabilités inter-enquêteurs et pour un même enquêteur, les caractéristiques propres à chaque entretien. Ceci a bien sûr pour but de constituer un outil de travail exploitable pour la compréhension des pratiques de prévention des généralistes rencontrés et surtout pour la comparaison de ces pratiques entre elles. Ce guide d'entretien comporte dans sa version finale six parties distinctes :

- la première partie doit permettre de situer le médecin concerné dans sa pratique : son lieu d'exercice, son type de patientèle, sa façon de travailler, son ancienneté d'installation, son activité et son rythme de travail, ses associés éventuels. Nous lui demandons également s'il est informatisé dans le cadre de son travail et s'il bénéficie de la présence d'une secrétaire.
- la deuxième partie ne concerne pas tous les médecins qui ont été vus en entretien : elle est « réservée » à ceux qui ont participé à l'enquête quantitative menée en 2010 sur le sujet de la prévention par le Département de Médecine Générale de l'Université Paris Descartes.
- la partie n°3 a pour but de s'entretenir avec le praticien au sujet de ses habitudes en terme de mise en place d'actes de prévention dans sa pratique quotidienne : les sujets sur lesquels il essaie d'être le plus présent, s'il aime faire de la prévention avec ses patients, comment il ressent le fait de faire de la prévention, s'il trouve cela gratifiant. Le but de cette partie est de comprendre son investissement

intellectuel et financier et d'évaluer le volume horaire qu'il consacre à la prévention. Nous nous intéressons également à ses expériences dans le domaine ; expériences qui ont pu modifier sa pratique, ses messages, son investissement. Quelques questions lui sont ensuite posées à propos de la formation qu'il a reçue (formation initiale ou continue, sources d'information). Enfin, nous abordons le sujet du travail en réseau autour de la prévention : a-t-il des correspondants habituels (médicaux ou paramédicaux), envisage-t-il de déléguer certains actes de prévention à du personnel non médical, spécialement formé ?

- la quatrième partie permet d'approfondir un sujet en particulier, choisi sur le moment par concertation entre l'enquêteur et le praticien. Deux grands thèmes sont proposés : dépistage des cancers et règles hygiéno-diététiques. Chaque thème comporte 3 sujets différents : les cancers concernés sont le col de l'utérus, le sein et le colorectal et les règles hygiéno-diététiques sont nutrition, activité physique et tabac/alcool. Les derniers entretiens réalisés ont permis d'équilibrer les sujets choisis afin de constituer un pool d'entretiens à peu près équivalent pour chacun des 6 « sous-sujets ».
- la partie n°5 est intitulée « prolongements ». Il s'agit à cet instant de l'entretien de laisser le généraliste imaginer et proposer une organisation différente visant à améliorer l'activité de prévention en médecine générale (organisation du système de soins, du cabinet, de la rémunération...). Nous profitons de ce moment pour nous intéresser à son ressenti quant à la mise en place et l'efficacité de la prévention en fonction de la catégorie socio-professionnelle des patients et selon leur sexe. Enfin, la question de la prévention qu'il applique à lui-même est posée, sans approfondir le sujet.
- la dernière partie de l'entretien précise les caractéristiques de son activité médicale : nombre d'actes, secteur 1 ou 2, modes de Formation Médicale Continue, les honoraires qu'il perçoit, s'il reçoit les représentants des laboratoires, s'il déclare une sensibilité politique particulière...

3. Les thèmes de lecture pour les dossiers de bibliographie

A l'issue des 5 premières réunions consacrées à la rédaction du guide d'entretien, les suivantes ont été, parallèlement à l'analyse verticale des premiers entretiens et au partage d'expérience quant au travail d'enquête sur le terrain, mises à profit pour réaliser un travail de bibliographie organisé par Géraldine Bloy, sociologue, en dossiers thématiques. Chacun de ces dossiers était constitué d'une moyenne de 5 textes issus de la littérature des sciences sociales pour la plupart.

Il a fallu, dans un premier temps, développer un mode de lecture critique inhabituel pour les internes de médecine générale du groupe, qui n'avaient que très peu abordé les sciences sociales et manquaient initialement de culture constituée dans ce domaine. Il s'agit en effet d'un format de production des connaissances qui diffère en de nombreux points de la littérature biomédicale. Il a d'ailleurs été reporté à plusieurs reprises les difficultés rencontrées par les médecins qui se forment à la recherche qualitative.

Les textes sont mis à disposition de tout le groupe quelques semaines avant chaque séance : ils ont donc déjà été lus par chaque membre le jour de la réunion. Un ou deux textes font systématiquement l'objet d'une présentation à l'oral par un des Internes de Médecine Générale du groupe de travail puis d'une discussion critique collective à l'issue de la présentation.

Les thèmes retenus et étudiés ont été les suivants :

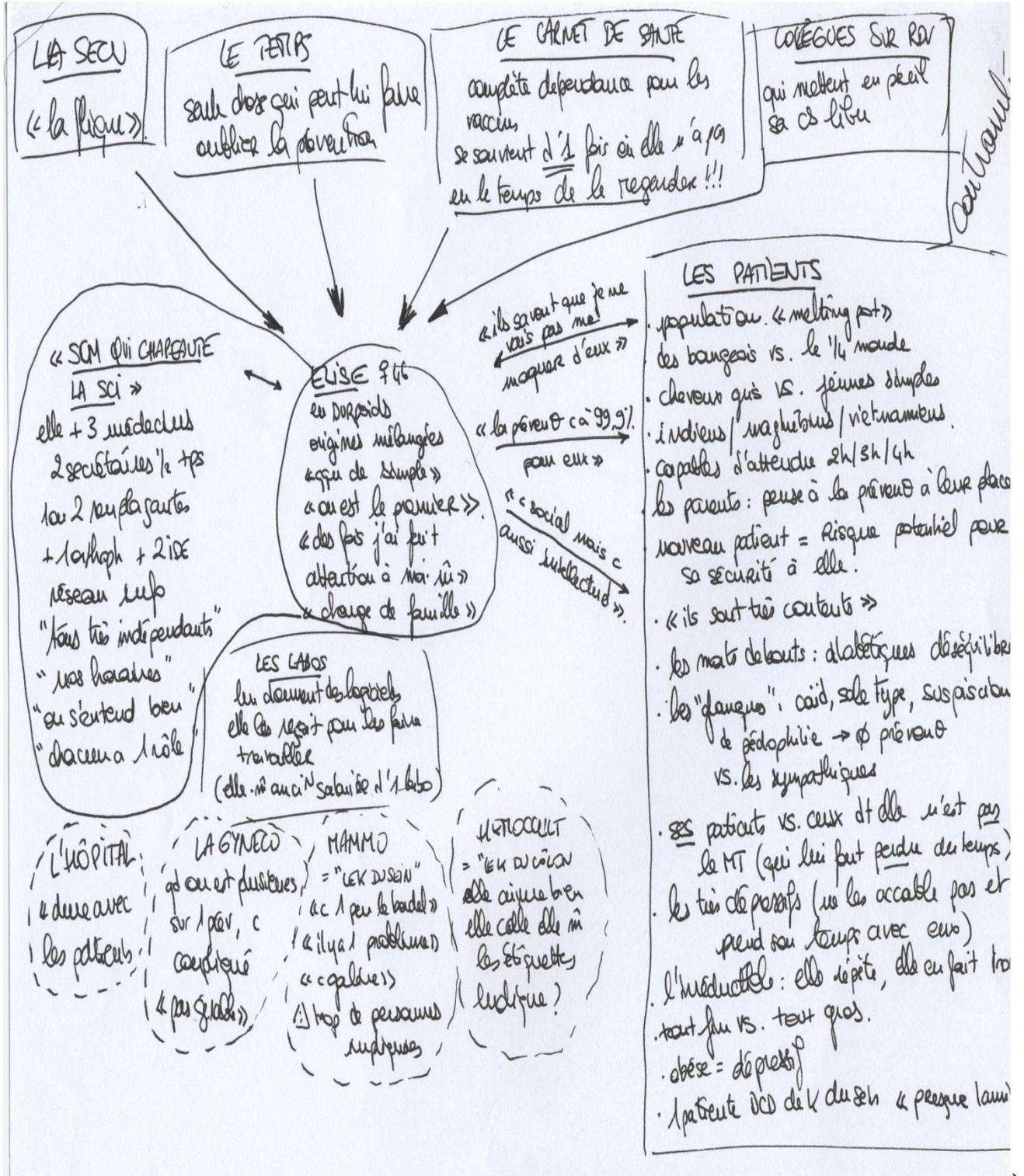
- Dossier n°1 - Corps social : corps, temps, normes et appartenance sociale.
- Dossier n°2 – Inégalités sociales de santé : repères généraux et cas du surpoids/obésité.
- Dossier n°3 – Regards croisés sur l'éducation pour la santé : histoire, organisation, références, critiques
- Dossier n°4 – Savoirs du risque : regards critiques de la sociologie sur l'épidémiologie.
- Dossier n°5 – Mais que font les généralistes ? Les études récentes.
- Dossier n°6 – L'analyse des entretiens : questions théoriques, propositions (plus ou moins) pratiques, mises en œuvre.

- Dossier n°7 – Médecine générale libérale : le poids de l’histoire, de l’organisation et de la culture sur les pratiques.
- Dossier n°8 – Figures du soin et de l’autonomie des personnes
- Dossier n°9 – Rapport INTERMEDE
- Dossier n° 10 – La rationalisation des pratiques professionnelles : entre autonomie, normalisation, qualité et risques de déprofessionnalisation.
- Dossiers n°11/12 – Formes et réalités du biopouvoir : qu’y a-t-il encore à apprendre de Michel Foucault ?
- Dossier n° 13 – Histoires de Femmes, de Cancers et de Prévention.

Ces lectures thématiques puis le travail qui s’en est systématiquement suivi d’analyse, de décryptage, de mise en commun des réflexions ont permis au groupe de constituer une culture commune autour de la sociologie de la santé en général et de la prévention en particulier.

4. Exemples de schémas

Le Dr Elise



RESUME

CONTEXTE : En France, la prévalence de l'obésité est passée de 5 % en 1981 à 10 % en 2003 avec une augmentation plus rapide chez les agriculteurs et ouvriers que dans les catégories socio-professionnelles supérieures, aboutissant à des inégalités sociales de santé. Les campagnes d'éducation nutritionnelle n'ont cependant pas permis d'enrayer cette progression. Les trois-quarts des généralistes considèrent que c'est leur rôle de mettre en place une prise en charge préventive sur le plan nutritionnel mais rapportent de nombreuses difficultés à le faire.

OBJECTIF : Nous voulons comprendre comment les médecins identifient ces difficultés, s'ils en rapportent, et leurs façons de faire, en pratique quotidienne, pour mettre en place un suivi nutritionnel.

MÉTHODE : Nous profitons d'une enquête qualitative plus générale sur les pratiques préventives d'une centaine de médecins généralistes franciliens, pour analyser 21 entretiens de médecins portant sur la nutrition.

RÉSULTATS : Des difficultés peuvent survenir à tous les niveaux de la prise en charge, à débiter par ce qui se passe en amont : histoire personnelle et trajectoire professionnel du médecin, héritage socio-culturel et rapport de chaque patient avec son alimentation et son poids, contraintes matérielles imposées par le système de soins primaires en France (consultations rémunérées à l'acte). Il s'avère que les médecins, même lorsqu'ils sont spécialisés dans ce domaine (de façon formelle ou pas) identifient presque tous la prévention nutritionnelle comme un soin difficile à mettre en place mais le sentiment d'efficacité découle de l'attitude du praticien vis-à-vis des échecs probables et donc de sa conception de l'éducation thérapeutique (accompagnement vs. combat, dialogue vs. paternalisme).

MOTS-CLES : médecine générale, enquête qualitative, entretiens semi-directifs, prévention, nutrition, obésité.

DISCIPLINE : Doctorat en Médecine Générale

ADRESSE : Faculté de Médecine Paris-Descartes, 15 rue de l'école de médecine 75270 PARIS
Cedex 06 www.medecine.parisdescartes.fr