



HAL
open science

Connaissances et pratique du conseil nutritionnel par les médecins généralistes à Paris, une étude observationnelle

Paloma Aberturas

► To cite this version:

Paloma Aberturas. Connaissances et pratique du conseil nutritionnel par les médecins généralistes à Paris, une étude observationnelle. Médecine humaine et pathologie. 2017. <dumas-01725357>

HAL Id: dumas-01725357

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01725357v1>

Submitted on 7 Mar 2018

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 CC BY-NC-ND 4.0 - Attribution - Non-commercial use - No Derivative Works - 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 2017

N° 52

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

Connaissances et pratique du conseil nutritionnel par les médecins
généralistes à Paris, une étude observationnelle

Présentée et soutenue publiquement
le 10 mai 2017

Par

Paloma ABERTURAS

Née le 25 janvier 1989 à Paris (75)

Dirigée par M. Le Docteur Jean-Christophe Blanchard, PH

Jury :

M. Le Professeur Jacques Blacher, PU-PH Président

M. Le Professeur Sébastien Czernichow, PU-PH

Mme Le Docteur Sophie Georgin Laviaille, MCU-PH

M. Le Docteur Paul Clément, MG



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

Table des matières

REMERCIEMENTS	3
INTRODUCTION	4
METHODE	6
POPULATION.....	6
ÉCHANTILLONNAGE	6
NOMBRE DE SUJETS	6
DEROULE DES ENTRETIENS	7
QUESTIONNAIRE	7
RECUEIL ET ANALYSE DES DONNEES	7
RESULTATS	8
ÉCHANTILLONNAGE	8
CARACTERISTIQUES DES PARTICIPANTS	9
PLACE ET INTERET POUR LA NUTRITION PARMIS L'ENSEMBLE DES REGLES HYGIENO-DIETETIQUES.....	10
ÉVALUATION DE LA FORMATION EN NUTRITION : INITIALE ET CONTINUE	11
RESSOURCES EXTERIEURES	13
RELATION COMMUNICATION MEDECIN PATIENT	17
SUIVI NUTRITIONNEL PAR LE MEDECIN GENERALISTE.....	18
FACTEURS LIMITANTS AU CONSEIL NUTRITIONNEL	19
CONNAISSANCES	20
DISCUSSION	23
PLACE DE LA NUTRITION DANS LES CONSULTATIONS DE MEDECINE GENERALE.....	23
DEROULE DES ENTRETIENS SUR LE THEME DE LA NUTRITION DANS LA PRATIQUE	23
FACTEURS LIMITANT LE CONSEIL NUTRITIONNEL EN MEDECINE GENERALE	24
CONNAISSANCES ET FORMATION EN NUTRITION	24
PLACE DES DIETETICIENS DANS LE REFERENTIEL DU MEDECIN GENERALISTE	25
SUPPORTS A L'EDUCATION NUTRITIONNELLE.....	25
LES LIMITES DE NOTRE ETUDE	26
PERSPECTIVES	26
CONCLUSION	28
BIBLIOGRAPHIE	29
ANNEXES	33
ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE.....	33
ANNEXE 2 : DETAIL DES STYLES DE COMMUNICATION UTILISES PAR LES MEDECINS GENERALISTES	39
ANNEXE 3 : DETAIL DES REPONSES AU TEST DE CONNAISSANCES (QUESTIONS GENERALES)	40
ANNEXE 4 : DETAIL DES REPONSES AU TEST DE CONNAISSANCES (QUESTIONS DETAILLEES)	42

Remerciements

A Monsieur le Pr BLACHER de m'avoir fait l'honneur d'accepter la présidence de ma thèse.

A l'ensemble des membres du jury, le Pr CZERNICHOW, le Dr GEORGIN LAVIALLE et le Dr CLEMENT d'avoir accepté de participer à ma soutenance de thèse.

A mon directeur de thèse le Dr BLANCHARD qui a été très disponible pour m'aider à mener à bien ce projet.

Aux médecins qui m'ont tout appris : Dr Charles PIERROT DESSEILLIGNY, Dr Charlotte SAIN OULHEN, Dr Violaine FOLTZ, Dr Sylvie ROZENBERG, Dr Charlotte ARBELOT, Dr Hassan IZZEDINE, Dr Isabelle TOSTINVINT, Pr Jacky NIZARD, Pr Gilles GRATEAU, Pr Olivier STEICHEN, Dr Sophie GEORGIN LAVIALLE, Dr Marie BALLESTER, Dr Alexandre GALLOULA, Dr Florian LABOUREE, Dr Paul CLEMENT, Dr Christian MIODOWSKI, Dr Anne CHACE, Dr Danielle DUBREZ, Dr Emilie GEORGET, Dr Marie Christine ILIOU, Dr Pascal CHRISTOFINI, Dr Suha JAUDI.

A mes parents et à mon frère qui m'ont soutenue pendant toutes ces années.

A mon mari qui m'a donné la force et le réconfort nécessaire sur la dernière ligne droite de ces longues études.

A ma famille et à Essia qui m'ont toujours encouragée.

A mes amis rencontrés sur les bancs de la faculté Audrey, Kosthia, Laurie, Florence, Loic, Léa, Matthieu, Solène et Adrien.

A mes amies hors du monde médical : Edwige, Meurphée et Rahima qui m'ont aidée à relativiser.

A mes premières co-internes Clémence, Delphine, Julie et Natacha.

Introduction

Les maladies cardiovasculaires et les cancers sont les principales causes de mortalité dans le monde (1). L'obésité, l'hypertension artérielle, l'hypercholestérolémie et le diabète constituent des facteurs de risque cardio-vasculaire reconnus et font partie des enjeux majeurs de santé publique (2–5).

Les pathologies cardiovasculaires sont les plus coûteuses : 18,7 milliards d'euros en 2010 en France soit 1% du PIB (6,7).

Comme l'attestent de nombreuses études (8–12), la nutrition est un déterminant majeur du développement des pathologies cardiovasculaires et cancéreuses. Ainsi, l'amélioration de la nutrition permet de diminuer la mortalité totale des populations ciblées. Au contraire de l'âge et des prédispositions génétiques, les facteurs de risque déterminés par la nutrition sont modifiables : le conseil nutritionnel constitue donc un enjeu de santé publique majeur.

Le conseil diététique constitue une intervention peu onéreuse pour le système de santé et il permettrait de réaliser de substantielles économies. Selon une étude menée en Amérique du Nord en 2015, l'adoption du régime méditerranéen par la population permettrait d'économiser annuellement, selon différentes hypothèses d'observance, entre 42 millions et 2 milliards de dollars au Canada et entre un milliard et 62 milliards de dollars aux Etats-Unis (17).

Parmi les acteurs de santé, le médecin généraliste, spécialiste de soins primaires, a un rôle majeur de conseil nutritionnel à exercer. Le médecin généraliste voit en consultation une très grande partie de la population (13) et il est une des sources d'information privilégiées des patients (14–16).

Néanmoins, il apparaît que le conseil nutritionnel délivré par les médecins généralistes n'est pas en adéquation avec les attentes des patients ; ainsi une étude menée en Australie concluait que seulement 1/3 des patients en surpoids ou obèses et 1/3 des patients hypertendus avaient reçu des conseils concernant leur alimentation alors que 86% de ces personnes avaient consulté leur médecin généraliste dans l'année (18).

A l'échelle européenne, des constatations analogues ont été faites, l'étude EUROPREVIEW (étude réalisée dans 22 pays européens dont la France), montrait que 2/3 des patients considéraient leur médecin traitant comme le meilleur partenaire en nutrition. Seulement 50% de ces patients avaient rapporté une discussion à l'initiative de leur médecin généraliste sur ce sujet (15).

Les médecins généralistes anglo-saxons et néerlandais évoquent le manque de temps, de motivation du patient, de connaissances et une tarification inadéquate comme des barrières au conseil nutritionnel (19–21).

En France peu de données sont disponibles quant à la pratique des médecins généralistes en nutrition malgré la politique volontariste qui a été mise en place à partir des années 2000, via les programmes nationaux « Nutrition-Santé » (22–24).

Trois programmes nationaux « Nutrition-Santé » (PNNS) se sont succédé de 2001 à 2015 avec comme objectifs principaux: l'information et l'éducation de la population, la lutte contre l'obésité et la dénutrition, l'amélioration de la formation des professionnels de santé et un engagement important de recherche. Cependant, il apparaît que le médecin généraliste est d'une façon générale faiblement associé à ces démarches, et qu'il existe peu de plans dédiés à la médecine ambulatoire.

Une étude en Rhône Alpes menée en 2004 (25) au moment du premier volet du PNNS montrait que les médecins étaient dans leur majorité intéressés par la nutrition mais qu'ils étaient peu informés des outils mis à leur disposition. Par ailleurs, leurs pratiques apparaissaient comme très diverses.

Notre étude a pour objectif d'évaluer les connaissances en nutrition des médecins généralistes parisiens et de décrire leurs pratiques lors de la délivrance du conseil nutritionnel.

Méthode

Population

Les médecins sélectionnés dans l'étude sont des médecins généralistes libéraux dans leur activité principale, exerçant à Paris.

Les médecins exclus sont ceux :

- exerçant à plus de 50% une activité autre que la médecine générale (médecine à exercice particulier=MEP)
- exerçant en qualité de médecins généralistes nutritionnistes
- ne pratiquant pas dans un cabinet de médecine libérale proprement dit (centre de santé, maison médicale...)
- en activité en tant que remplaçants.

Échantillonnage

Nous avons stratifié le tirage au sort selon le type d'arrondissement dans lequel exerçaient les médecins. Nous avons séparé les arrondissements de Paris en 2 groupes : le premier concernant les arrondissements aux populations les plus « aisées » et le second, les arrondissements aux populations les plus « modestes », en nous appuyant sur la déclaration d'impôts sur le revenu de 2015 en rapport avec les revenus de 2014 des parisiens.

Les arrondissements les plus « aisés » par ordre décroissant des revenus par foyer fiscal étaient les 7^{ème}, 8^{ème}, 16^{ème}, 6^{ème}, 1^{er}, 5^{ème}, 4^{ème}, 17^{ème}, 9^{ème} et 3^{ème} arrondissements. Les arrondissements les plus « modestes » par ordre décroissant des revenus par foyer étaient les 2^{ème}, 15^{ème}, 14^{ème}, 12^{ème}, 11^{ème}, 10^{ème}, 13^{ème}, 18^{ème}, 20^{ème} et 19^{ème} arrondissements.

Nous avons recensé, sur le site du Conseil de l'Ordre des médecins, 1366 médecins généralistes dans les arrondissements les plus « aisés » et 2769 médecins généralistes dans les arrondissements les plus « modestes ».

Les médecins ont été tirés au sort. Le caractère aléatoire a été garanti par l'utilisation d'un générateur de nombres aléatoires (<http://www.infowebmaster.fr/outils/generateur-nombre-aleatoire.php>).

Nombre de sujets

Le nombre de médecins à inclure dans l'étude a été estimé à 50, pour des raisons de faisabilité de l'étude et de calcul statistique.

Nous avons estimé le taux de participation à 30% et nous avons donc randomisé 160 médecins, à raison de 80 médecins par groupe.

Déroulé des entretiens

Nous avons choisi de réaliser des entretiens en face à face pour administrer le questionnaire car celui-ci était assez long, et comportait des questions complexes ; cette méthode nous permettait d'avoir le moins de données manquantes ou inexacts.

Les médecins généralistes ont été contactés par téléphone pour convenir d'un rendez-vous à leur cabinet. Le sujet de l'étude était donné au téléphone à la demande du médecin. Nous avons relevé le nombre de médecins contactés, le nombre de refus et leur motif. Nous n'avons enregistré aucun refus de participer en rapport avec le sujet de l'étude.

Les entretiens ont été réalisés selon la méthode semi directive : les questionnaires étaient remis aux médecins avec lecture commune des questions et des explications complémentaires étaient fournies si besoin.

L'inclusion des médecins généralistes était arrêtée une fois le nombre de sujets par groupe atteint.

Questionnaire

Le questionnaire a été développé spécialement en vue de l'étude du fait de l'absence d'outil validé de contrôle des connaissances diététiques (Annexe 1)

Le questionnaire comprenait 7 parties : caractéristiques démographiques (7 questions), questions d'introduction (3 questions), formation (6 questions), relation/communication (7 questions), suivi (6 questions), ressources extérieures (15 questions), connaissances (19 questions).

La partie « connaissances » se divisait en 2 sous-parties : questions générales et questions détaillées. Chaque question a été notée sur 2 points. Les réponses aux questions ont été pondérées de -1 point à 2 points. La note de chaque sous-partie a été ramenée à une note sur 20. Chaque sous-partie compte ainsi à l'identique dans la note globale calculée sur 20.

Dix à quinze minutes étaient nécessaires pour compléter le questionnaire.

Recueil et analyse des données

Le recueil de données a été réalisé entre juin et octobre 2016

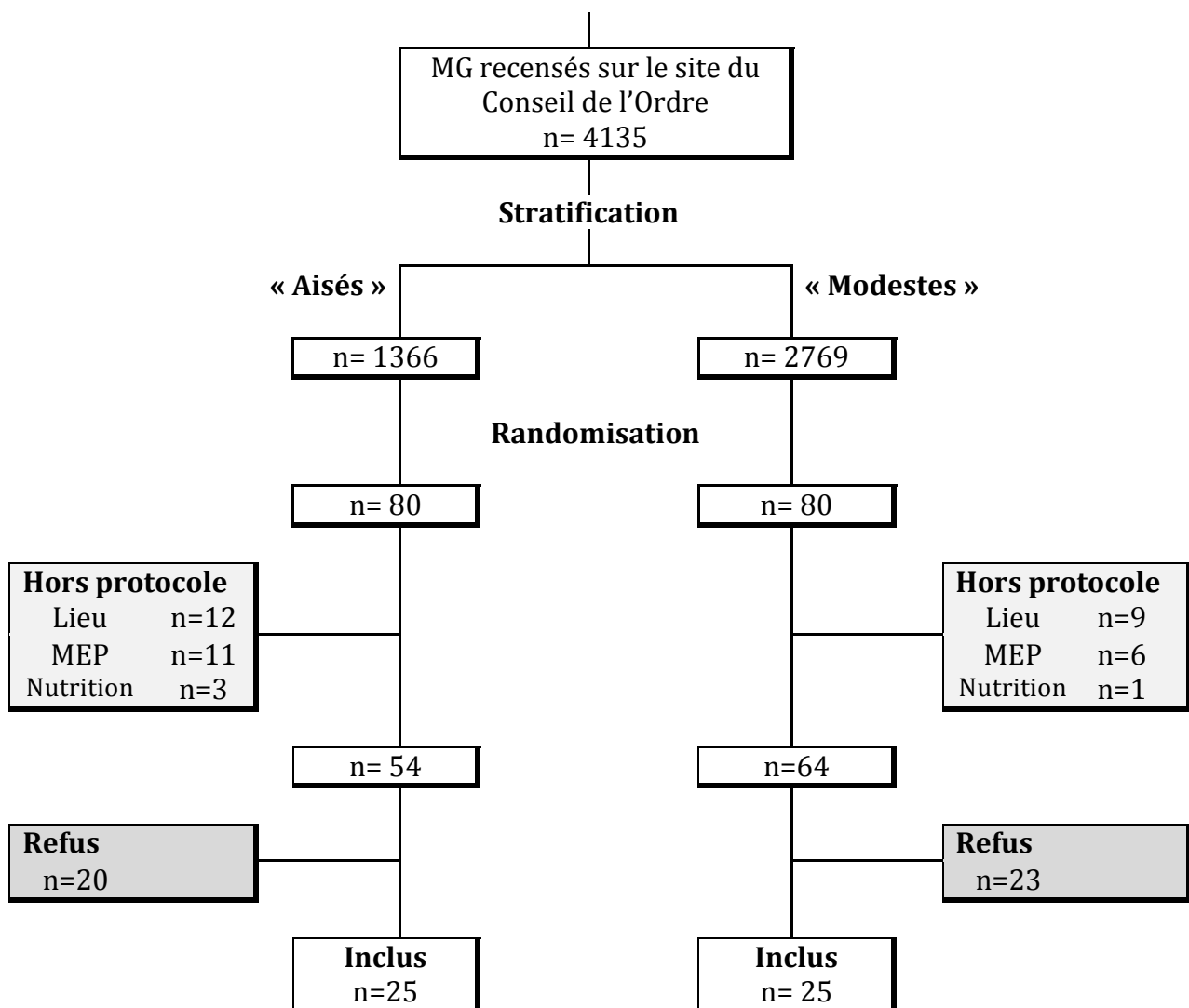
La moyenne et les pourcentages avec un intervalle de confiance à 95% ont été utilisés pour décrire les variables continues ainsi que les variables catégorielles. Les comparaisons ont été effectuées à l'aide du test t de Student et du test du chi 2. Une valeur de $p < 0,05$ a été considérée comme statistiquement significative. Toutes les analyses statistiques ont été effectuées avec le logiciel statistique R.

Résultats

Échantillonnage

Nous avons tiré au sort 160 médecins au total (Fig 1) : 80 médecins dans chaque groupe. Nous avons exclu 46 médecins dans le groupe des médecins des arrondissements les plus « aisés » et 30 médecins dans le groupe des arrondissements les plus « modestes ». Les motifs d'exclusion ont été, respectivement pour chaque groupe : 12 et 9 médecins en raison du lieu d'exercice, 11 et 6 médecins exerçant une autre activité que la médecine générale, 3 et 1 médecin exerçant en tant que nutritionniste, 20 et 23 médecins ayant refusé de participer à l'étude. Tous les refus de participation ont été liés à un manque de temps.

Figure 1 : Diagramme de flux



MEP : Médecin à Exercice Particulier

Caractéristiques des participants

Sur les 50 médecins interrogés, 22 sont des femmes (44%) : 8 dans le groupe « aisés », 14 dans le groupe « modestes » et 28 sont des hommes (56%) : 17 dans le groupe « aisés » et 11 dans le groupe « modestes ».

La moyenne d'âge globale est de 57,2 ans: 58,8 ans dans le groupe « aisés » et 55,3 ans dans le groupe « modestes ».

32 médecins exercent seuls (64%) : 18 médecins dans le groupe « aisés » et 14 médecins dans le groupe « modestes » et 18 médecins en cabinet de groupe (36%) : 7 dans le groupe « aisés » et 11 dans le groupe « modestes ».

La majorité des médecins sont conventionnés : 26 médecins en secteur 1 (52%) respectivement 11 et 15 médecins dans les groupes « aisés » et « modestes », 22 médecins en secteur 2 (44%) 13 dans le groupe aisés et 9 dans le groupe modestes et 2 médecins exercent en secteur 3 (4%), 1 médecin dans chaque groupe. Il n'apparaît pas de différence significative entre les 2 groupes.

Table 1 : Caractéristiques des participants

	Aisés		Modestes		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sexe						
Hommes	17	68	11	44	28	56
Femmes	8	32	14	56	22	44
	p = 0,15					
Mode d'exercice						
Seul	18	72	14	56	32	64
En groupe	7	28	11	44	18	36
	p = 0,37					
Secteur						
1	11	44	15	60	26	52
2	13	52	9	36	22	44
3	1	4	1	4	2	4
	p = 0,51					
	Moy	Med	Moy	Med	Moy	Med
Âge (ans)	58,8	61	55,3	57	57,2	58
Consultations/jour	20,7	20	22,7	25	21,7	20

Le groupe des médecins de notre échantillon est représentatif des médecins parisiens en termes de genre, d'âge et de sectorisation (26).

Table 2 : Comparaison de l'échantillon à la population des médecins généralistes parisiens

		Paris		Echantillon		p
		n	%	n	%	
Sexe	Hommes	1515	62	28	56	0,32
	Femmes	924	38	22	44	
Secteur	1	1472	60,4	26	52	0,22
	2	791	32,4	22	44	
	3	176	7,2	2	4	
Age		Moy		Moy		
	Hommes	59,3		62,3		
	Femmes	53,6		50,6		
	Total	57,2		57,2		

Place et intérêt pour la nutrition parmi l'ensemble des règles hygiéno-diététiques

Les médecins ont classé, de 1 à 4 (1 étant le plus fréquent), la fréquence de leur conseil en terme de nutrition, tabagisme, consommation alcoolique et activité physique.

La nutrition se place en troisième position avec une position moyenne de 2,2 talonnant de près le tabac et l'activité physique avec une moyenne de 2 mais bien avant la consommation alcoolique qui se positionne à 3,4. On n'observe pas de différence selon le genre, l'âge, l'arrondissement et le mode d'exercice des médecins généralistes.

Table 3 : Place de la nutrition dans la délivrance des conseils hygiéno-diététiques

	Total	Sexe		Âge		Arrondissement		Secteur			Mode exercice	
		H	F	> 58	≤ 58	A	M	1	2	3	Seul	Groupe
Alcool	3,4	3,2	3,7	3,5	3,3	3,3	3,5	3,3	3,2	4	3,3	3,5
Tabac	2	2,1	1,9	2,1	1,9	2	2	2	2,2	2,5	2	1,9
Nutrition	2,2	2,3	2,1	2,2	2,2	2,2	2,2	1,8	2,3	2	2,1	2,4
Activité physique	2	2,3	2	2,2	2,2	2,2	2	2,6	2	1,5	2,3	1,8

Les médecins ont également été interrogés sur leur intérêt actuel concernant les enjeux nutritionnels, et invités à le comparer avec leur vision cinq ans plus tôt.

L'intérêt pour la nutrition est important et ne cesse de progresser avec une note moyenne de 7,4/10 actuellement contre 7/10 il y a 5 ans. Les résultats sont identiques quels que soient le genre, l'âge, l'arrondissement ou le secteur. On note un intérêt moins important chez les médecins exerçant en groupe avec une note moyenne de 6,2 actuellement, contre 6,8 il y a 5 ans, sans qu'il n'y ait de différence significative dans la répartition de ces éléments.

Table 4 : Evolution de l'intérêt des médecins généralistes pour la nutrition

	Total	Sexe		Âge		Arrondissements		Secteur			Mode exercice	
		H	F	> 58	≤ 58	A	M	1	2	3	Seul	Groupe
Il y a 5 ans	7	6,9	7,1	6,9	7,1	7,2	6,8	7	6,9	7,5	7,5	6,8
Actuel	7,4	7,3	7,4	7,3	7,4	7,6	7	7,4	7,3	7,5	7,7	6,2

Évaluation de la formation en nutrition : initiale et continue

La formation initiale en nutrition est jugée insuffisante ou inexistante par 70 % des médecins interrogés. Seuls 8% des médecins s'estiment bien formés et 22% moyennement formés.

12% des médecins indiquent avoir bénéficié d'un enseignement en nutrition pendant l'externat, cette proportion est de 20% en troisième cycle. Les médecins les plus jeunes sont plus nombreux à avoir suivi une formation initiale en nutrition, 20% en premier ou deuxième cycle, 24% en troisième cycle contre respectivement 4% et 16% chez les médecins les plus âgés.

Les étudiants se sont formés majoritairement en dehors du cadre universitaire. Néanmoins, les médecins les plus jeunes s'estiment mieux formés lors des stages.

Table 5 : Formation initiale en nutrition et niveau de satisfaction des médecins

	Total	Sexe		Âge		Arrondissements		
		Hommes	Femmes	> 58 ans	≤ 58 ans	Aisés	Modestes	
1er/2ème cycle								
oui	n	6	3	3	1	5	2	4
	%	12	11	14	4	20	8	17
non	n	43	24	19	23	20	23	20
	%	88	89	86	96	80	92	83
Internat								
oui	n	10	5	5	4	6	5	5
	%	20	18	23	16	24	20	20
non	n	40	23	17	21	19	20	20
	%	80	82	77	84	76	80	80

		Total	Sexe		Âge		Arrondissements	
			Hommes	Femmes	>58ans	≤ 58 ans	Aisés	Modestes
Terrains d'apprentissage								
Stage	n	9	2	7	0	9	4	5
	%	18	7	32	0	36	16	20
Faculté	n	5	2	3	3	2	3	2
	%	10	7	14	12	8	12	8
Les 2	n	6	4	2	3	3	4	2
	%	12	14	9	12	12	16	8
Aucun	n	30	20	10	19	11	14	16
	%	60	71	45	76	44	56	64
Satisfaction								
Bonne	n	4	1	3	1	3	2	2
	%	8	4	14	4	12	8	8
Moyenne	n	11	8	3	4	7	7	4
	%	22	28	14	14	28	28	16
Insuffisant	n	26	13	13	13	13	11	15
	%	52	46	59	52	52	44	60
Néant	n	9	6	3	7	2	5	4
	%	18	21	14	28	8	20	16

Pour compenser le manque de formation initiale, 16 médecins (32%) ont effectué un module de formation continue et ce, quel que soit le genre, l'âge, le type d'arrondissement ou le mode d'exercice. Les médecins en secteur 2 et 3 sont plus nombreux à avoir effectué une formation continue dans ce domaine.

Table 6 : Formation continue

		Total	Sexe		Âge		Arrondissements		Secteur			Mode d'exercice	
			H	F	> 58	≤ 58	A	M	1	2	3	Seul	Groupe
oui	n	16	9	7	9	7	6	10	6	9	1	10	6
	%	32	32	32	36	28	24	40	23	41	50	31	33
non	n	34	19	15	16	18	19	15	20	13	1	22	12
	%	68	68	68	64	72	76	60	77	59	50	69	67

Ressources extérieures

Les médecins sont partagés quant à la facilité à se procurer de l'information sur la nutrition. 60 % des médecins pensent qu'il est aisé (14%) ou assez aisé (46%) d'acquérir les savoirs diététiques. 40% considèrent que la nutrition est un sujet difficilement (4%) ou plutôt difficilement (36%) accessible.

Table 7 : Facilité d'accès à l'information sur le thème de la nutrition

		Total	Sexe		Âge		Arrondissements	
			Hommes	Femmes	> 58 ans	≤ 58 ans	Aisés	Modestes
oui	n	7	5	2	2	5	5	2
	%	14	18	9	8	20	20	8
plutôt oui	n	23	11	12	11	12	13	10
	%	46	39	55	44	48	52	40
plutôt non	n	18	11	7	11	7	6	12
	%	36	39	32	44	28	24	48
non	n	2	1	1	1	1	1	1
	%	4	4	4	4	4	4	4

Les médecins vont rechercher les connaissances qui leur manquent dans les revues médicales (78%), sur internet (56%) ou lors des stages de formation continue (38%) principalement.

Table 8 : Sources d'information des médecins généralistes en nutrition

Type de sources	Revue médicale	Internet	FMC	Diététicien	TV/magazine
n	39	28	19	13	6
%	78	56	38	26	12

Ils sont peu nombreux à utiliser le site « manger bouger » certifié par le PNNS, 90% des médecins se rendent rarement ou jamais sur la page « pro » et seuls 6% des médecins orientent leurs patients vers ce site.

Table 9 : Utilisation du site « manger bouger » par les médecins généralistes

		Page pro		Page patient	
		Page pro	Page patient	Page pro	Page patient
1+2	n	1	2		
	%	2	4		
3	n	4	1		
	%	8	2		
4+5	n	45	47		
	%	90	94		

1 : tout le temps 2 : souvent 3 : parfois 4 : rarement 5 : jamais

Par ailleurs, moins de la moitié des médecins généralistes met à la disposition des patients des documents d'information médicale en salle d'attente.

La documentation est présente sous forme de dépliants chez 13 médecins, d'affiches et de revues dans respectivement 6 et 3 cabinets. Les publics visés sont par ordre décroissant les adultes (16 cabinets), les personnes âgées (8 cabinets), les enfants (6 cabinets) et les femmes enceintes (5 cabinets). Parmi les pathologies ciblées nous trouvons principalement le diabète, l'obésité et les pathologies cardiovasculaires.

Table 10 : Documentation en salle d'attente

		Total	Sexe		Âge		Arrondissements		Secteur		
			Hommes	Femmes	> 58 ans	≤ 58 ans	Aisés	Modestes	1	2	3
Information médicale											
oui	n	22	11	11	11	11	10	12	12	8	2
	%	44	39	50	44	44	40	48	46	36	100
non	n	28	17	11	14	14	15	13	14	14	0
	%	56	61	50	56	56	60	52	54	64	0
Information nutrition											
oui	n	17	8	9	8	9	7	10	9	7	1
	%	34	29	41	32	36	28	40	35	32	50
non	n	33	20	13	17	16	18	15	17	15	1
	%	66	71	59	68	64	72	60	65	68	50

Il apparait que la documentation mise à disposition en salle d'attente a tendance à susciter des questions de la part des patients : 1 médecin rapporte des discussions fréquentes (6% vs 0% lorsque la documentation n'est pas présente), 9 médecins quelques discussions (53% vs 0%) et 7 médecins presque aucune discussion (41% vs 94%).

Table 11 : Questionnement des patients après lecture d'un document en salle d'attente

		Documentation non présente	Documentation présente
Discussions fréquentes	n	0	1
	%	0	6
Quelques discussions	n	2	9
	%	6	53
Discussions rares	n	30	7
	%	94	41

Les documents éducatifs écrits ne sont pas davantage remis par le médecin généraliste lui-même, puisque la moitié des médecins déclare en donner dans moins d'un tiers des consultations. Et lorsque ces documents sont remis, il s'agit majoritairement des documents réalisés par le médecin généraliste lui-même (58%) plus rarement des documents INPES (22%) et exceptionnellement des documents étiquetés PNNS (8%).

Table 12 : Fréquence de remise de documents écrits aux patients

		Total	Sexe		Âge		Arrondissements		Secteurs		
			Hommes	Femmes	> 58 ans	≤ 58 ans	Aisés	Modestes	1	2	3
<1/3	n	25	16	9	11	14	14	11	11	12	2
	%	51	59	41	46	56	56	46	44	54	100
1/3	n	11	6	5	6	5	7	4	6	5	0
	%	23	22	23	25	20	28	17	24	23	0
1/2	n	9	4	5	5	4	3	6	4	5	0
	%	18	15	23	21	16	12	25	16	23	0
3/4	n	4	1	3	2	2	1	3	4	0	0
	%	8	4	13	8	8	4	12	16	0	0

Table 13 : Sources des documents remis par les médecins généralistes

	Personnelle	Documents INPES	Autres	Liens internet	Documents PNNS
n	29	11	9	8	4
%	58	22	18	16	8

Pourtant 56% des médecins généralistes déclarent recevoir de l'information de la part de l'INPES et du PNNS et ils sont 61% à savoir comment se procurer les documents.

Table 14 : Documentation INPES et PNNS reçue et commandée par les médecins

		Total	Sexe		Âge		Arrondissements			
			Hommes	Femmes	> 58 ans	≤ 58 ans	Aisés	Modestes		
Recevoir l'information										
oui	n	27	12	15	13	14	11	16		
	%	56	46	68	57	56	46	67		
non	n	21	14	7	10	11	13	8		
	%	44	54	32	43	44	54	33		
Se procurer les documents										
oui	n	30	16	14	15	15	15	15		
	%	61	59	64	63	60	60	63		
non	n	19	11	8	9	10	10	9		
	%	39	41	36	37	40	40	37		

Les diététiciens sont rarement sollicités, seuls 4 médecins déclarent appeler parfois un diététicien pour s'informer ou obtenir un avis. Et moins d'un tiers des médecins généralistes adresse fréquemment leurs patients vers ces professionnels de santé.

Table 15 : Place du diététicien dans le référentiel du médecin généraliste

		Total	Sexe		Âge		Arrondissements		Secteur		
			Hommes	Femmes	> 58 ans	≤ 58 ans	Aisés	Modestes	1	2	3
Adressage à un diététicien											
1+2	n	13	6	7	6	7	7	6	5	7	1
	%	27	22	33	25	29	28	26	21	32	50
3	n	22	13	9	12	10	12	10	12	10	0
	%	46	48	43	50	42	48	44	50	45	0
4+5	n	13	8	5	6	7	6	7	7	5	1
	%	27	30	24	25	29	24	30	29	23	50
Adressage à un diététicien à la demande du patient											
1+2	n	15	8	7	8	7	9	6	7	8	0
	%	35	36	33	40	30	41	29	33	40	0
3	n	18	9	9	8	10	7	11	7	10	1
	%	42	41	43	40	44	32	52	33	50	50
4+5	n	10	5	5	4	6	6	4	7	2	1
	%	23	23	24	20	26	27	19	33	10	50
Contacteur un diététicien pour avis											
1+2	n	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	%	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3	n	4	3	1	2	2	3	1	3	0	1
	%	9	12	5	8	6	12	5	13	0	50
4+5	n	43	23	20	22	21	22	21	20	22	1
	%	91	88	95	92	94	88	95	87	100	50

1 : tout le temps 2 : souvent 3 : parfois 4 : rarement 5 : jamais

Relation communication médecin patient

Dans la pratique des médecins généralistes, la nutrition est abordée dans 22% des consultations en moyenne. 38% des médecins interrogés déclarent aborder ce sujet dans moins d'une consultation sur 5. Seul ¼ des médecins en parle dans au moins une consultation sur 3.

Table 16 : Part des consultations au cours desquelles la nutrition a été abordée par rapport à l'ensemble des consultations d'une journée

	<20%	20-30%	>30%	Total	
n	19	18	13	50	
%	38	36	26	100	
Moyenne				22%	

Pour 82% des médecins, la nutrition n'est pas un sujet difficile à aborder et 62% déclare être à l'initiative de la discussion dans ¾ des consultations où la nutrition a été évoquée. Le ressenti des médecins lorsqu'ils discutent de nutrition est positif pour 58% d'entre eux.

Les médecins jugent l'échange comme bénéfique (64%), fréquent (60%), satisfaisant (42%) et/ou fluide (32%) mais également long (34%) et/ou laborieux (30%).

Table 17 : Adjectifs choisis par les médecins généralistes pour décrire les consultations au cours desquelles la nutrition a été abordée

Positifs							
	Bénéfique	Fréquent	Satisfaisant	Fluide	Gratifiant	Court	
n	32	30	21	16	8	2	
%	64	60	42	32	16	4	
Négatifs							
	Long	Laborieux	Frustrant	Conflictuel	Stressant	Rare	
n	17	15	9	5	4	2	
%	34	30	18	10	8	4	

Table 18 : Ressenti des médecins lorsqu'ils parlent de nutrition (synthèse de l'ensemble des adjectifs à l'exclusion des adjectifs « fréquent » et « rare »)

		Total	Sexe		Âge		Arrondissements		Secteur		
			Hommes	Femmes	> 58 ans	≤ 58 ans	Aisés	Modestes	1	2	3
Positif	n	29	17	12	13	16	17	12	15	13	1
	%	58	61	55	52	64	68	48	58	59	50
Partagé	n	8	4	4	4	4	4	4	4	3	1
	%	16	14	18	16	16	16	16	15	14	50
Négatif	n	13	7	6	8	5	4	9	7	6	0
	%	26	25	27	32	20	16	36	27	27	0

Les trois quarts des médecins estiment que parler de nutrition allonge la durée de consultation et 40% considèrent ce sujet comme étant très chronophage car la consultation durerait au moins 10 min de plus.

Table 19 : Impact du thème de la nutrition sur la durée des consultations

Parler de nutrition allonge-t-il la consultation?											
		Total	Sexe		Âge		Arrondissements		Secteur		
			Hommes	Femmes	> 58 ans	≤ 58 ans	Aisés	Modestes	1	2	3
oui	n	37	18	19	16	21	18	19	22	14	1
	%	74	64	86	64	84	72	76	85	64	50
non	n	13	10	3	9	4	7	6	4	8	1
	%	26	36	14	36	16	28	24	15	36	50

De combien de temps?

	< 5min	5 à 10 min	> 10 min
n	11	12	14
%	30	32	38

Les styles de communication utilisés par les médecins ont été répertoriés sous les items suivants : peur, informatif, référence, motivationnel et holistique.

Les résultats montrent que les médecins généralistes utilisent plusieurs styles de communication, par ordre croissant le style informatif (88%), holistique (86%), motivationnel (77%), de référence (20%), peur (18%). (Annexe 2)

Suivi nutritionnel par le médecin généraliste

La majorité des médecins revoit tardivement les patients après avoir dispensé des conseils nutritionnels, avec des délais d'au moins 3 mois. Seuls 4 médecins ont convoqué les patients dans les 15 jours suivant une visite au cours de laquelle ont été évoquées des questions diététiques.

Table 20 : Délai dans lequel les médecins généralistes revoient les patients après avoir dispensé des conseils nutritionnels

		Total	Sexe		Âge		Arrondissements		Secteur		
			Hommes	Femmes	> 58 ans	≤ 58 ans	Aisés	Modestes	1	2	3
1+2	n	19	10	9	10	9	11	8	9	10	0
	%	40	37	45	44	38	48	33	38	48	0
3	n	24	15	9	12	12	11	13	12	11	1
	%	51	56	45	52	50	48	54	50	52	50
4+5	n	4	2	2	1	3	1	3	3	0	1
	%	9	7	10	4	12	4	13	13	0	50

1 : 15 jours 2 : 1 mois 3 : 3 mois 4 : 6 mois 5 : 1 an

Lors de ces consultations de suivi, plus de 90% des médecins s'appuient sur des mesures objectives, principalement le poids et l'IMC pour les paramètres cliniques, la glycémie et le bilan lipidique pour les paramètres biologiques. Les médecins utilisent très peu le MNA (mini nutritional assessment) permettant d'évaluer l'état nutritionnel des personnes âgées ou le ionogramme urinaire.

Table 21 : Paramètres objectifs utilisés par les praticiens pour le suivi nutritionnel

Clinique	Poids	IMC	TT/TH	TA	MNA			
Moyenne	9,39	8,28	6,69	6,52	1,37			
Biologique	Glycémie	BL	BH	créat	NFS	iono S	Iono u	
Moyenne	7,44	7,39	6,32	5,59	3,61	4,13	3,5	

TT : tour de taille, TH : tour de hanche, BL : bilan lipidique, BH : bilan hépatique

Il ressort que les conseils nutritionnels ne sont pas systématiquement notés dans le dossier médical : 41% des médecins les consignent régulièrement mais ils sont 33% à ne le faire que rarement ou jamais.

L'exploitation du questionnaire fait apparaître que 28% des médecins prévoient des consultations dédiées à la nutrition.

Table 22 : Consultations dédiées à la nutrition réalisées par les médecins généralistes

		Total	Sexe		Âge		Arrondissements		Secteur		
			Hommes	Femmes	> 58 ans	≤ 58 ans	Aisés	Modestes	1	2	3
oui	n	14	7	7	8	6	7	7	5	9	0
	%	28	25	32	32	24	28	28	19	41	0
non	n	36	21	15	17	19	18	18	21	13	2
	%	72	75	68	68	76	72	72	81	59	100

Facteurs limitants au conseil nutritionnel

Il a été demandé aux médecins de noter de 1 à 10 les principaux facteurs limitants au conseil nutritionnel.

Selon les médecins, les principaux facteurs limitants pour un suivi nutritionnel optimal sont, par ordre d'importance: le nombre de motifs de consultation (6,98/10), la motivation du patient (6,6/10), le temps (6,1/10) et les thèmes abordés en consultation (5,56/10).

D'après les médecins interrogés, le rythme des consultations, la motivation du médecin, la tarification ou la tenue du dossier médical n'impactent pas le suivi nutritionnel.

Table 23 : Facteurs limitant le conseil nutritionnel

Paramètres	Nb de motifs	Motivation patient	Temps	Thème cslt°
Moyenne	6,98	6,6	6,1	5,56
Paramètres	Rythme cslt°	Motivation médecin	Tarifcation	Dossier médical
Moyenne	4,46	3,74	3,4	2,76

Connaissances

Les médecins parlent de nutrition en routine principalement pour les pathologies participant au risque cardiovasculaire : l'obésité (100%), les dyslipidémies (98%), l'HTA (98%), le diabète (96%). Les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (80%) ou l'ostéoporose (78%) sont également concernées. Seuls 16 médecins abordent la nutrition de façon systématique chez les patients présentant un cancer ; ils ne sont que 10 en ce qui concerne la dépression.

Table 24 : Pathologies pour lesquelles les médecins parlent de nutrition en routine

	Obésité	Dyslipidémie	HTA	Diabète	MICI	Ostéoporose	Allergie	I. Rénale
n	50	49	49	48	40	39	32	29
%	100	98	98	96	80	78	64	58
	Cancer	Sommeil	Dépression	Rhumatisme inflammatoire	Eczéma	SEP		
n	16	14	10	7	5	0		
%	32	28	20	14	10	0		

Les médecins auto-évaluent leurs connaissances comme mauvaises pour 8%, moyennes pour 76% et bonnes pour 16% d'entre eux.

Table 25 : Auto-évaluation des connaissances par les médecins généralistes

		Total	Sexe		Âge		Arrondissements	
			Hommes	Femmes	> 58 ans	≤ 58 ans	Aisés	Modestes
Mauvaise	n	4	3	1	3	1	2	2
	%	8	11	4	12	4	8	8
Moyenne	n	38	22	16	18	20	18	20
	%	76	78	73	72	80	72	80
Bonne	n	8	3	5	4	4	5	3
	%	16	11	23	16	16	20	12

Sur le test de connaissances intégré au questionnaire, 22% des médecins ont une note inférieure à 10, 60% une note moyenne comprise entre 10 et 13,9 et 18% une note supérieure à 14. Les femmes sont plus nombreuses à avoir une note supérieure à la moyenne.

Les médecins ont obtenu de meilleures notes pour les questions détaillées que pour les questions générales, respectivement 10 et 15 médecins ont une note inférieure à 10, 22 et 25 médecins ont une note entre 10 et 13,9, 18 et 10 médecins ont une note supérieure à 14.

Table 26 : Résultats du test de connaissances

	Total	Sexe		Âge		Arrondissements		Secteur			
		Hommes	Femmes	> 58 ans	≤ 58 ans	Aisés	Modestes	1	2	3	
Total											
<10	n	11	10	1	6	5	7	4	6	4	1
	%	22	36	5	24	20	28	16	23	18	50
10-13,9	n	30	13	17	14	16	13	17	16	13	1
	%	60	46	77	56	64	52	68	62	59	50
≥14 et	n	9	5	4	5	4	5	4	4	5	0
	%	18	18	18	20	26	20	16	15	23	0
Questions générales											
<10	n	15	10	5	8	7	9	6	9	5	1
	%	30	36	23	32	28	36	24	35	23	50
10-13,9	n	25	11	14	10	15	11	14	13	11	1
	%	50	39	64	40	60	44	56	50	50	50
≥14	n	10	7	3	7	3	5	5	4	6	0
	%	20	25	13	28	12	20	20	15	27	0
Questions détaillées											
<10	n	10	8	2	6	4	5	5	5	4	1
	%	20	28	9	24	20	20	20	19	18	50
10-13,9	n	22	10	12	8	14	11	11	14	7	1
	%	44	36	55	32	56	44	44	54	32	50
≥14	n	18	10	8	11	7	9	9	7	11	0
	%	36	36	36	44	28	26	36	27	50	0

Mener et interpréter une enquête nutritionnelle est considéré comme difficile pour environ 20% des médecins.

Table 27 : Difficulté à mener et à interpréter une enquête nutritionnelle par les médecins

		Total	Sexe		Âge		Arrondissements	
			Hommes	Femmes	> 58 ans	≤ 58 ans	Aisés	Modestes
Difficulté à mener une enquête nutritionnelle								
1+2	n	9	5	4	5	4	3	5
	%	18	18	18	20	16	12	20
3	n	21	10	11	7	14	9	12
	%	42	36	50	28	56	36	48
4+5	n	20	13	7	13	7	13	7
	%	40	46	32	52	28	52	28
Difficulté à interpréter une enquête nutritionnelle								
1+2	n	9	6	3	6	3	3	6
	%	18	21	14	24	12	12	24
3	n	28	15	13	12	16	13	15
	%	56	54	59	48	64	52	60
4+5	n	13	7	6	7	6	9	4
	%	26	25	27	28	24	36	16

1 : tout le temps 2 : souvent 3 : parfois 4 : rarement 5 : jamais

Discussion

Place de la nutrition dans les consultations de médecine générale

A Paris, il apparaît que les médecins généralistes ne délivrent que peu de conseils nutritionnels. En effet, la diététique n'est abordée que dans une consultation sur cinq.

Cette constatation est conforme avec celles d'enquêtes menées dans d'autres pays. Aux Etats-Unis les praticiens dispensent des conseils nutritionnels dans 20 à 25% des consultations (27,28). Aux Pays-Bas (29) et en Angleterre (30) ce taux est proche de 15 %. Il tombe à 7% en Australie (31).

En termes de fréquence des sujets abordés, la nutrition se situe en troisième position dans notre étude, derrière le tabac et l'activité physique. Cette distribution est identique aux Etats-Unis et aux Pays-Bas (29). Dans d'autres pays comme la Suède (32) et l'Angleterre (33), l'alimentation et l'activité physique sont davantage discutées que le tabac ou l'alcool.

Une étude menée en 2010 aux Pays-Bas sur la période 1975-2008 révélait que le tabac et l'activité physique étaient de plus en plus souvent abordés, ce qui n'était pas le cas pour la nutrition et l'alcool (34).

Déroulé des entretiens sur le thème de la nutrition dans la pratique

Les médecins de notre étude abordent la diététique principalement avec les patients diabétiques ou atteints de pathologies cardio-vasculaires ou digestives, comme les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin, en accord avec la littérature (29,30,35) ; le sujet est assez peu abordé avec les patients atteints de cancer ou de maladies psychiatriques telles que la dépression.

62% des médecins généralistes de notre étude se déclare être à l'initiative de la discussion dans les $\frac{3}{4}$ des consultations (27,29,30,36). Et, contrairement aux résultats d'études antérieures, ce sujet n'est pas difficile à aborder pour 82% des praticiens (25).

Les médecins généralistes utilisent une combinaison de stratégies de communication pour modifier le comportement de leurs patients. Ils recourent le plus souvent aux styles informatif (88%), holistique (86%) et motivationnel (77%). Ils ne sont que 18% à se baser sur une stratégie de crainte ou de peur.

Le fait de déclencher un conseil nutritionnel lors d'une consultation est considéré comme gratifiant mais est également évalué comme facteur d'allongement de la durée de consultation.

L'appréciation de cet allongement est toutefois variable : notre échantillon estime à parts égales une prolongation de la consultation de < 5min, 5 à 10 min, > 10 min. Le temps consacré à la nutrition révélé par notre étude semble plus long que celui estimé dans d'autres pays ; aux Etats-Unis 55 secondes en moyenne sont dédiées au conseil nutritionnel (28) et 5 min aux Pays-Bas (29).

Facteurs limitant le conseil nutritionnel en médecine générale

Sur la base d'une consultation d'une durée moyenne de 15 min, le manque de temps est sans surprise un des principaux facteurs limitants signalés par les médecins.

Les autres facteurs limitants à une prise en charge nutritionnelle optimale, selon les médecins, sont le nombre de motifs de consultation, la motivation du patient et les thèmes abordés en consultation (37).

Pour contourner ces obstacles, près d'un tiers des médecins réalise des consultations exclusivement dédiées à ce sujet.

A noter que, contrairement à ce que révélaient d'autres études, la tarification n'est pas un obstacle au conseil diététique (19,21).

Dans l'espace laissé libre sur le questionnaire, seul un médecin a exposé son manque de connaissances comme étant une limite à la prise en charge nutritionnelle, contrairement à ce qui avait pu être constaté dans d'autres études (19-21)

Connaissances et formation en nutrition

Malgré une formation insuffisante, on observe que les médecins généralistes possèdent des connaissances assez bonnes en nutrition (30). Les médecins se sont principalement formés en dehors du cadre universitaire grâce aux revues médicales, à internet ou aux stages de formation continue avec, pour près de la moitié d'entre eux, des difficultés à accéder à l'information.

Ceci peut s'expliquer par le fait que la nutrition est une spécialité récente. En France le DESC de nutrition a été créé en 1990, il n'est pas qualifiant et dure 2 ans. Il n'est pas reconnu par l'Ordre des médecins.

On dénombre également moins d'enseignants en nutrition que dans les autres spécialités ; le volume horaire d'enseignements à la faculté et de recherche dans cette discipline en est impacté.

En 2005 la revue Cochrane signalait une pénurie relative d'essais d'interventions nutritionnelles (sauf dans les domaines de la nutrition néonatale et infantile). Elle estimait à moins de 4 % le nombre de revues de la littérature en rapport avec la nutrition et soulignait le manque de consensus méthodologique des études dans ce domaine (38).

Ce n'est que très récemment en 2011 qu'une nouvelle ressource en ligne, la Bibliothèque électronique de données probantes sur les mesures nutritionnelles (eLENA), a été lancée pour permettre l'accès aux données disponibles et aux directives de l'OMS ainsi qu'aux essais cliniques en cours dans le domaine de la nutrition.

Le financement des études est également un frein non négligeable à la recherche en nutrition et participe au manque de données probantes dans cette discipline.

Place des diététiciens dans le référentiel du médecin généraliste

Concernant les sources d'information, les diététiciens sont cités par moins d'un tiers des médecins généralistes et 27% d'entre eux ne travaillent jamais avec ces professionnels de santé. Des constatations similaires sont faites en Australie où les diététiciens ne représentent que 2,3 % des adressages de patients ; c'est bien moins que pour les autres spécialités paramédicales tels que les podologues, les kinésithérapeutes... (21).

A titre de comparaison, aux Pays-Bas, seuls 2% des médecins ne travaillent jamais avec des diététiciens et pour 84% d'entre eux les diététiciens sont une source d'information régulière (29).

Ceci semble être en rapport avec le mode de fonctionnement du système de santé. En Australie et en France les consultations avec les diététiciens ne sont pas prises en charge par l'assurance maladie et ne font l'objet d'aucun remboursement, alors qu'aux Pays-Bas la diététique fait partie des soins pris en charge par la couverture de base (39).

Supports à l'éducation nutritionnelle

Deux études menées en France en 2004 et 2006 évoquaient le manque de supports à remettre aux patients comme étant un obstacle à l'éducation nutritionnelle (25,36).

Grâce à la mise en place du PNNS, des documents de ce type ont été édités. D'ailleurs, 51 % des médecins de notre étude les ont reçus et 2/3 d'entre eux savent se les procurer.

Pourtant, les médecins ne semblent pas avoir intégré ces outils dans leur pratique quotidienne. En effet, la grande majorité des médecins généralistes de notre étude remet un document écrit dans moins d'un tiers des consultations et celui-ci est souvent un document réalisé par le médecin lui-même. Or, la remise de supports écrits est un bon moyen pour le patient de se souvenir d'avoir eu un échange avec son médecin sur le sujet évoqué en consultation(40). La Haute Autorité de Santé précise que ces documents doivent réunir un certain nombre de critères pour être lisibles et intelligibles par tous (41).

Certains médecins ont déclaré, lors des entretiens, qu'ils recevaient très peu d'exemplaires à chaque commande et qu'ils s'étaient lassés de les commander.

Des études complémentaires seraient nécessaires pour mieux comprendre les raisons pour lesquelles les médecins n'utilisent pas ou peu les documents du PNNS, car cet argument n'explique pas que les médecins généralistes n'utilisent que peu le site internet « manger bouger ».

Les limites de notre étude

Notre étude présente un biais de sélection car 43 médecins généralistes ont refusé de participer. Ce taux de refus de 46% est tout a fait acceptable et reste inférieur aux études réalisées antérieurement. Les motifs de refus sont principalement en rapport avec les contraintes de temps des médecins généralistes.

La méthodologie de cette étude pilote nous a permis d'interroger les médecins sur de nombreuses questions avec peu de données manquantes. Cependant, les réponses données par les médecins sont limitées par les biais de déclaration et de mémoire. Ma présence lors des entretiens constitue un biais de réponse car elle a pu influencer les réponses des médecins généralistes notamment pour les parties communication et suivi. Une enquête d'observation serait plus objective de la réalité des pratiques des médecins généralistes.

Compte tenu de la faible utilisation des ressources extérieures par les médecins généralistes, il serait intéressant de réaliser une enquête qualitative complémentaire. Elle nous permettrait de préciser les attentes des médecins généralistes concernant les ressources documentaires (type, modalité délivrance, avis sur les documents existants) leur accompagnement dans la formation continue en nutrition ou les moyens à mettre en œuvre pour favoriser les échanges avec les diététiciens.

Perspectives

Le Programme National Nutrition Santé a permis de mettre la nutrition au cœur des préoccupations de santé publique en France. Cependant, il apparaît que le médecin généraliste y a été peu associé.

Les médecins généralistes s'intéressent à la nutrition mais ils rencontrent des difficultés dans leur pratique quotidienne pour délivrer des conseils diététiques.

Il convient de rappeler qu'ils ont une position privilégiée au centre du système de santé et que les actions de nutrition sont efficaces lorsque les praticiens bénéficient de formation et de supports adaptés (42).

En France le médecin généraliste doit fournir des efforts pour obtenir de l'information, se procurer les documents écrits, s'inscrire aux modules de formation continue. Or, toutes ces actions prennent du temps.

Dans la perspective d'améliorer la prise en charge nutritionnelle des patients, il semble intéressant d'étudier les points suivants :

- Une optimisation du temps dédié à la formation initiale et continue en nutrition. A l'étranger, des logiciels de formation sont en cours d'élaboration pour permettre au plus grand nombre d'étudiants et de médecins de se former avec de bons résultats (43,44).
- Un accès plus facile et rapide aux données scientifiques en rapport avec la nutrition. En effet, la recherche a progressé et il existe de plus en plus d'études sur ce sujet mais celles-ci sont parfois difficilement visibles. La page pro du site « manger bouger » est un bon outil mais nécessite une meilleure promotion auprès des médecins généralistes qui n'en ont pour la plupart pas entendu parlé. En tant que page adressée aux

professionnels de santé il est à déplorer le peu de références bibliographiques accessibles. La création d'une interface avec des repères simples pour le médecin généraliste qu'il pourrait utiliser en consultation mérite réflexion.

- Un changement des modalités de distribution des supports éducatifs qui seraient mieux adaptées aux contraintes d'exercice du médecin généraliste. Le PNNS devrait être plus incitatif auprès des médecins généralistes. Ceux-ci pourraient recevoir, de façon systématique, les documents éducatifs plusieurs fois par an et ensuite indiquer au coursier le rythme des livraisons qu'ils souhaitent.
- Une amélioration de la cotation de la consultation diététique dédiée
- L'accès remboursé d'une consultation avec un diététicien

Conclusion

L'amélioration de l'état nutritionnel de la population est un enjeu majeur de santé publique dans le monde entier mis en évidence par de nombreuses publications.

Malgré ce constat, il apparaît que les médecins généralistes, qui sont au cœur du dispositif de santé, sont peu formés et peu informés des ressources mises à leur disposition. Il n'existe pas de réseau organisé entre les différents professionnels, ce qui constitue un obstacle à une prise en charge nutritionnelle optimale des patients.

Les médecins généralistes possèdent pourtant des connaissances correctes en nutrition ainsi qu'un regard positif sur cette discipline. Leur stratégie de communication est adaptée pour mettre en œuvre une prise en charge de qualité.

Il serait intéressant d'associer plus étroitement les médecins généralistes à la définition et à la mise en œuvre des Programmes Nationaux Nutrition Santé pour diffuser les recommandations en matière de nutrition à un large public et relayer les attentes des patients.

Bibliographie

1. Organisations Mondiale de la Santé (OMS). Les 10 principales causes de mortalité [Internet]. [cité 15 févr 2017]. Disponible sur: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/fr/index1.html>
2. Ministère du travail, de l'emploi et de la santé. Plan Obésité 2010-2013 [Internet]. [cité 15 févr 2017]. Disponible sur: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_Obesite_2010_2013.pdf
3. Institut Pasteur. Lille. FRA, Université Louis Pasteur Strasbourg 1. Strasbourg. FRA, Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. (I.N.S.E.R.M.). Paris. FRA. Enquête MONA LISA : Présentation des premiers résultats. 2008;10p.
4. Université Paris 13, Institut de veille sanitaire (InVS), Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. (I.N.S.E.R.M.), CNAM. Etude nationale nutrition santé 2006 (ENNS 2006-2007) [Internet]. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/074000748.pdf>
5. Institut de Veille Sanitaire (InVS). Dossiers thématiques: maladies cardio-neuro-vasculaire [Internet]. [cité 15 févr 2017]. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Maladies-cardio-neuro-vasculaires/Introduction>
6. Cécile Fournier. Le rôle de l'éducation pour la santé dans la prévention cardiovasculaire [Internet]. 2010. Disponible sur: inpes.santepubliquefrance.fr/international/docs/prevention-cardiovasculaire.pdf
7. INSEE. Les comptes de la Nation en 2010 [Internet]. 2010 [cité 15 févr 2017]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1280978>
8. He J, Whelton PK, Appel LJ, Charleston J, Klag MJ. Long-term effects of weight loss and dietary sodium reduction on incidence of hypertension. *Hypertens Dallas Tex* 1979. févr 2000;35(2):544-9.
9. Simpson RJ, Ephross S. Coronary heart disease epidemiology: from aetiology to public health. *Br Heart J*. juill 1993;70(1):99-99.
10. Blot, William J., Tarone, Robert E. Doll and Peto's Quantitative Estimates of Cancer Risks: Holding Generally True for 35 Years. *JNCI: Journal of the National Cancer Institute*. 107^e, 4^e éd. 1 avr 2015;
11. Crowe FL, Roddam AW, Key TJ, Appleby PN, Overvad K, Jakobsen MU, et al. Fruit and vegetable intake and mortality from ischaemic heart disease: results from the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC)-Heart study. *Eur Heart J*. mai 2011;32(10):1235-43.

12. Boeing H, Bechthold A, Bub A, Ellinger S, Haller D, Kroke A, et al. Critical review: vegetables and fruit in the prevention of chronic diseases. *Eur J Nutr.* sept 2012;51(6):637-63.
13. Jean-Louis LANOË, Yara MAKDESSI-RAYNAUD. L'état de santé en France en 2003 Santé perçue, morbidité déclarée et recours aux soins à travers l'enquête décennale santé [Internet]. Direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques; [cité 3 févr 2017]. Disponible sur: <https://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/12846/1/er436.pdf>
14. Hiddink GJ, Hautvast JG, van Woerkum CM, Fieren CJ, van 't Hof MA. Consumers' expectations about nutrition guidance: the importance of primary care physicians. *Am J Clin Nutr.* 1 juin 1997;65(6):1974S - 1979S.
15. Brotons Carlos, Drenthen Antonius J M, Durrer Dominique, Moral Irene. Beliefs and attitudes to lifestyle, nutrition and physical activity: the views of patients in Europe. *Family Practice* [Internet]. 1 avr 2012; Disponible sur: <http://dx.doi.org/10.1093/fampra/cmr091>
16. Escalon H, Bossard C, Beck F. Baromètre santé nutrition 2008. Saint-Denis, coll; 2009.
17. Abdullah MM, Jones JP, Jones PJ. Economic benefits of the Mediterranean-style diet consumption in Canada and the United States. *Food Nutr Res.* 2015;59:10.3402/fnr.v59.27541.
18. Booth AO, Nowson CA. Patient recall of receiving lifestyle advice for overweight and hypertension from their General Practitioner. *BMC Fam Pract.* 2010;11(1):1-7.
19. Kushner RF. Barriers to Providing Nutrition Counseling by Physicians: A Survey of Primary Care Practitioners. *Prev Med.* 1 nov 1995;24(6):546-52.
20. Hiddink GJ, Hautvast JG, van Woerkum CM, Fieren CJ, van 't Hof MA. Nutrition guidance by primary care physicians: perceived barriers and low involvement. *Eur J Clin Nutr.* nov 1995;49(11):842-51.
21. Nicholas LG, Pond CD, Roberts DCK. Dietitian-general practitioner interface: a pilot study on what influences the provision of effective nutrition management. *Am J Clin Nutr.* avr 2003;77(4 Suppl):1039S - 1042S.
22. Ministère de l'emploi et de la solidarité. Programme National Nutrition Santé (PNNS) 2001-2005 [Internet]. 2016. Disponible sur: <http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/1n1.pdf>
23. Ministère de la Santé et des Solidarités. Programme National Nutrition Santé (PNNS) 2006-2010 [Internet]. Disponible sur: <http://www.irbms.com/download/documents/programme-national-nutrition-sante-pnns-2006-2010.pdf>

24. Ministère du travail, de l'emploi et de la santé. Programme national nutrition santé (PNNS) 2011-2015 [Internet]. 2016. Disponible sur: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNNS_2011-2015.pdf
25. Observatoire Régional de la Santé Rhône-Alpes. Médecins généralistes et éducation nutritionnelle en Rhône-Alpes [Internet]. 2004. Disponible sur: http://www.ors-rhone-alpes.org/pdf/Nutrition_2004.pdf
26. Assurance Maladie. Démographie médicale parisienne 2016 [Internet]. 2017. Disponible sur: http://www.ameli.fr/assures/votre-caisse-paris/vous-informer/la-demographie-medecale-a-paris_paris.php
27. Anis NA, Lee RE, Ellerbeck EF, Nazir N, Greiner KA, Ahluwalia JS. Direct observation of physician counseling on dietary habits and exercise: patient, physician, and office correlates. *Prev Med.* févr 2004;38(2):198-202.
28. Eaton CB, Goodwin MA, Stange KC. Direct observation of nutrition counseling in community family practice. *Am J Prev Med.* oct 2002;23(3):174-9.
29. Van Dillen SME, Hiddink GJ. A comparison of Dutch family doctors' and patients' perspectives on nutrition communication. *Fam Pract.* déc 2008;25 Suppl 1:i87-92.
30. Moore H, Adamson AJ. Nutrition interventions by primary care staff: a survey of involvement, knowledge and attitude. *Public Health Nutr.* août 2002;5(4):531-6.
31. Britt, Helena, Miller, Graeme C, Henderson, Joan, Bayram, Clare, Harrison, Christopher, Valenti, Lisa, et al. *General Practice Activity in Australia 2013–14* [Internet]. Sydney University Press; 2014. Disponible sur: <http://hdl.handle.net/2123/11882>
32. Johansson K, Bendtsen P, Akerlind I. Advice to patients in Swedish primary care regarding alcohol and other lifestyle habits: how patients report the actions of GPs in relation to their own expectations and satisfaction with the consultation. *Eur J Public Health.* déc 2005;15(6):615-20.
33. Duaso MJ, Cheung P. Health promotion and lifestyle advice in a general practice: what do patients think? *J Adv Nurs.* sept 2002;39(5):472-9.
34. Noordman J, Verhaak P, van Dulmen S. Discussing patient's lifestyle choices in the consulting room: analysis of. *BMC Fam Pract.* 9 nov 2010;11:87.
35. Nicholas L, Pond D, Roberts DCK. The effectiveness of nutrition counselling by Australian General Practitioners. *Eur J Clin Nutr.* août 2005;59 Suppl 1:S140-5; discussion S146.
36. Olivier KANDEL, Philippe BOISNAULT. Nutrition en Médecine Générale : quelles réalités ? [Internet]. société française de médecine générale; 2006 [cité 4 janv 2017]. Disponible sur: <http://www.observatoiredupain.fr/images/produits/FD373FF9-4087-44c4-9598-53CDD8460A2F.PDF>

37. Laws RA, Jayasinghe UW, Harris MF, Williams AM, Powell Davies G, Kemp LA. Explaining the variation in the management of lifestyle risk factors in primary health care: a multilevel cross sectional study. *BMC Public Health*. 29 mai 2009;9:165.
38. Summerbell CD, Chinnock P, O'Malley C, van Binsbergen JJ. The Cochrane Library: more systematic reviews on nutrition needed. *Eur J Clin Nutr*. août 2005;59 Suppl 1:S172-8; discussion S195-6.
39. Ministère de la Santé, du Bien-être et du des Sport (Pays Bas). Les soins de santé aux Pays-Bas [Internet]. [cité 16 févr 2017]. Disponible sur: <https://www.government.nl/binaries/government/documents/leaflets/2016/03/07/les-soins-de-sante-aux-pays-bas/les-soins-de-sante-aux-pays-bas.pdf>.
40. Watson PWB, McKinstry B. A systematic review of interventions to improve recall of medical advice in healthcare consultations. *J R Soc Med*. juin 2009;102(6):235-43.
41. Élaboration d'un document écrit d'information à l'intention des patients et des usagers du système de santé [Internet]. Haute Autorité de santé; 2008 [cité 10 janv 2017]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-10/elaboration_document_dinformation_des_patients_-_guide_methodologique.pdf
42. Ockene IS, Hebert JR, Ockene JK, Saperia GM, Stanek E, Nicolosi R, et al. Effect of physician-delivered nutrition counseling training and an office-support program on saturated fat intake, weight, and serum lipid measurements in a hyperlipidemic population: Worcester Area Trial for Counseling in Hyperlipidemia (WATCH). *Arch Intern Med*. 12 avr 1999;159(7):725-31.
43. Maiburg BH, Rethans J-JE, Schuwirth LW, Mathus-Vliegen LM, van Ree JW. Controlled trial of effect of computer-based nutrition course on knowledge and practice of general practitioner trainees. *Am J Clin Nutr*. 1 avr 2003;77(4):1019S - 1024S.
44. Lindell KC, Adams KM, Kohlmeier M, Zeisel SH. The evolution of Nutrition in Medicine, a computer-assisted nutrition curriculum. *Am J Clin Nutr*. avr 2006;83(4):956S - 962S.

Annexes

Annexe 1 : Questionnaire

I CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES

Homme Femme

Quel est votre âge?

Depuis combien de temps exercez-vous ?

Vous travaillez dans un cabinet seul en groupe

Dans quel arrondissement exercez vous :

Etes vous un praticien secteur 1 2 3

Combien de consultation faites vous en moyenne par jour travaillé ?

II QUESTIONS d'INTRODUCTION

Classer par ordre de fréquence 1 à 4 les sujets dont vous parlez le plus

- Alcool
- Tabac
- Nutrition
- Activité physique

Quel était votre intérêt il y a 5 ans pour la nutrition ? Noter de 1 à 10 votre intérêt

Quel est votre intérêt actuel pour la nutrition ? Noter de 1 à 10 votre intérêt

III FORMATION

1) Formation initiale

Avez-vous étudié un module nutrition en 1^{er}/2^{ème} cycle oui non

Un/des cours en nutrition étaient dispensés au cours de votre internat ? oui non

... Si oui sous quelle forme cours magistral TP

Selon vous à quel moment avez-vous le plus appris en nutrition ?

en stage à la faculté les 2 à égalité

Comment jugez-vous votre formation initiale en nutrition ?

satisfaisante moyenne insuffisante néant

2) Formation médicale continue :

Lors de votre formation continue avez-vous suivi une formation en nutrition

oui non

... Si oui sous quelle forme?

IV RELATION/COMMUNICATION

L'alimentation est-il un sujet difficile à aborder ?

oui non

Au cours d'une journée de consultation combien de fois êtes-vous amené à donner des conseils nutritionnels ?

0 1-2 fois 5 fois 10 fois > 10 fois

Quand la nutrition a été abordée en consultation elle l'a été à votre initiative dans

<1/3 1/3 1/2 3/4 des consultations

Une consultation au cours de laquelle vous avez parlé de nutrition dure-t-elle plus longtemps ?

oui non

... Si oui combien de temps de plus

<1 min <5 min 5-9min 10-15 min > 15 min

Quels adjectifs reflètent le mieux votre échange avec les patients sur le thème de la nutrition

Long Court Fluide Laborieux Fréquent

Frustrant Satisfaisant Conflictuel

Gratifiant Stressant Bénéfique Rare

Quelles stratégies utilisez-vous pour modifier le comportement de votre patient ?

- Vous lui faites peur et le mettez en garde sur sa mauvaise alimentation

tout le temps souvent parfois rarement jamais

- Vous l'informez sur l'alimentation qu'il devrait avoir

tout le temps souvent parfois rarement jamais

- Vous l'adressez vers un autre professionnel car il sera mieux pris en charge

tout le temps souvent parfois rarement jamais

- Vous explorez ses arguments pour ou contre le changement, ses motivations et les barrières qu'il pourrait rencontrer

tout le temps souvent parfois rarement jamais

- Vous prenez en compte les dimensions émotionnelle, familiale, sociale, culturelle...

tout le temps souvent parfois rarement jamais

V SUIVI

Les conseils nutritionnels que vous donnez sont consignés dans le dossier médical
tout le temps souvent parfois rarement jamais

Revoyez-vous les patients après avoir dispensé des conseils nutritionnels ?
oui non

... Si oui dans quel délai?

15 jours 1 mois 3 mois 6 mois 1 an

Réalisez-vous des consultations dédiées au cours desquelles vous n'abordez que ce sujet?

oui non

Quels paramètres vous empêchent le plus souvent d'assurer le suivi optimal des patients sur le plan nutritionnel. Notez de 1 à 10 leur importance.

Le temps

Les motifs de consultation :

- nombre
- sujet/thème

Le rythme des consultations

La motivation du patient

Votre motivation

Le manque de visibilité des conseils donnés précédemment dans le dossier médical

La tarification

Autre :

Vous référez vous à des mesures objectives pour constater l'application des conseils nutritionnels donnés ?

oui non

... Si oui quelles mesures utilisez-vous le plus souvent. Notez de 1 à 10 leur fréquence d'utilisation.

Tension Artérielle

Poids

Tour de taille/tour de hanche

Indice de Masse Corporelle (IMC)

MNA (Mini Nutritional Assesement)

NFS

Bilan lipidique

Glycémie

Bilan hépatique

Créatinine

Ionogramme sanguin

Ionogramme urinaire

VI RESSOURCES EXTERIEURES

1) Information

Est-il facile de trouver de l'information sur les conseils nutritionnels à donner pour chaque âge de la vie ou chaque pathologie ?

oui plutôt oui plutôt non non

Quelles sont vos sources d'information en nutrition ?

TV/magazine grand public Internet revues médicales
diététicien formation médicale continue

Vous utilisez la page pro du site manger bouger

tout le temps souvent parfois rarement jamais

Vous indiquez à vos patients de se rendre le site manger bouger pour des information complémentaires

tout le temps souvent parfois rarement jamais

2) Salle d'attente

Il y a t il de l'information médicale dans votre salle d'attente ?

oui non

Il y a t il dans votre salle d'attente de la documentation sur l'alimentation ?

oui non

... Si oui

sous quelle forme ? affiche dépliant revue
pour quel public ? enfants personnes âgées femme enceinte adulte
pour quelle pathologie en particulier ? obésité diabète
risque cardiovasculaire
pathologies digestives autre :

Vous pose-t-on des questions sur la nutrition à la suite de la lecture d'un document en salle d'attente

tout le temps souvent parfois rarement jamais

3) Documentation

A la suite d'une discussion avec le patient sur l'alimentation vous lui remettez une documentation écrite dans

<1/3 1/3 1/2 3/4 des cas

Ces documents sont

des liens internet des documents réalisés par vous même
des documents créés par l'INPES des documents créés par le PNNS

Sur l'année précédente avez vous reçu de la documentation de l'INPES ou du PNNS en rapport avec la nutrition ?

oui non

Savez vous vous procurer les documentations de l'INPES ou du PNNS ?

oui non

4) Diététicien

Faites-vous appel à un diététicien

tout le temps souvent parfois rarement jamais

... Si oui c'est à la demande du patient

tout le temps souvent parfois rarement jamais

Vous arrive t il d'appeler un diététicien pour un avis?

tout le temps souvent parfois rarement jamais

VII CONNAISSANCES:

Comment évaluez-vous vos connaissances en nutrition:

bonne moyenne mauvaise

Parmi les pathologies suivantes quelles sont celles pour lesquelles vous parlez de nutrition en routine ?

Eczéma Sclérose en plaque Maladie inflammatoire chronique de l'intestin

HTA Obésité Diabète Allergie alimentaire

Cancer Rhumatisme inflammatoire Ostéoporose

Trouble du sommeil Dépression Insuffisance rénale

Une alimentation équilibrée comprend

Fruits et légumes

à volonté (1pt) 5 fruits et 5 légumes/j (0 pt) 5 fruits ou légumes/j (2pts)

Féculents

1 fois par jour (0pt) 2 fois par jour (0pt) 3 fois par jour (2pts)

Protéines

1 fois tous les 2 jours (0pt) 1-2 fois par jour (2pts) 3 fois par jour (0pt)

Sel

<3 g (1pt) < 6g (2pt) <10g (-1pt) <12g (-1pt) < 15g (-1pt)

Œufs (en remplacement de la viande ou du poisson)

2 œufs 5 X/semaine (0pt) 2 œufs 3 X/semaine (0pt) 2 œufs 2X/semaine (2pts)

Poisson

au moins 3 X/semaine (0pt) au moins 2 X/ semaine (2pt) au moins 1 X/ semaine (0pt)

Enquête nutritionnelle:

Mener une enquête nutritionnelle vous met en difficulté

tout le temps souvent parfois rarement jamais

Interpréter une enquête nutritionnelle vous met en difficulté

tout le temps souvent parfois rarement jamais

Autres questions

Quelles matières grasses faut-il privilégier ?

saturées (-1pt) mono insaturées (0pt) polyinsaturées (2pts)

Parmi ces produits lesquels sont riches en graisses insaturées ?

huile d'olive (2pts) huile de noix (2pts) beurre (-1pt) margarine (0pt)
huile de tournesol (2pts)

Quelle huile est à privilégier pour les fritures ?

olive (-1pt) arachide (2pts) tournesol (0pt) colza (0pt)

Parmi ces fromages lesquels sont les moins riches en matières grasses

camembert (2pts) emmental (-1pt) mozzarella (2pts)
chèvre frais (2pts) roquefort (-1pt)

Une portion de fruit/légume peut être ...

... un verre de jus de fruit pur jus (2pts)
... une portion de légumes surgelés (2pts)
... un yaourt aux fruits (-1pt)

Parmi les aliments suivants lequel a un index glycémique élevé ?

abricot sec (0pt) pêche (-1pt) baguette (2pts) pois chiche (-1pt)

Parmi ces poissons lesquels sont qualifiés de poisson gras

cabillaud (0pt) sardine (2pts) saumon (2pts) maquereau (2pts)

On parle de dénutrition quand l'albumine est inférieure à

28g/L (0pt) 30g/L (2pts) 32g/L (0pt) 34g/L (-1pt) 40g/L (-1pt)

Quel est l'aliment le plus riche en fer

viande rouge (2pts) viande blanche (0pt) poisson (0pt)
légumes verts (épinards) (0pt)

Annexe 2 : Détail des styles de communication utilisés par les médecins généralistes

		Total	Sexe		Âge		Arrondissements	
			Hommes	Femmes	> 58 ans	≤ 58 ans	Aisés	Modestes
Peur								
1+2	n	9	6	3	5	4	7	2
	%	18	21	14	20	16	28	8
3	n	18	9	9	9	9	8	10
	%	36	32	41	36	36	32	40
4+5	n	23	13	10	11	12	10	13
	%	46	46	45	44	48	40	52
Informatif								
1+2	n	44	24	20	22	22	23	21
	%	88	86	91	88	88	92	84
3	n	6	4	2	3	3	2	4
	%	12	14	9	12	12	8	16
4+5	n	0	0	0	0	0	0	0
	%	0	0	0	0	0	0	0
Référence								
1+2	n	10	4	6	3	7	4	6
	%	20	14	27	12	28	16	24
3	n	24	14	10	13	11	11	13
	%	48	50	45	52	44	44	52
4+5	n	16	10	6	9	7	10	6
	%	32	36	27	36	28	40	24
Motivationnel								
1+2	n	38	23	15	21	17	20	18
	%	77	85	68	84	71	80	75
3	n	9	2	7	2	7	5	4
	%	18	7	32	8	29	20	17
4+5	n	2	2	0	2	0	0	2
	%	4	7	0	8	0	0	8
Holistique								
1+2	n	43	23	20	22	21	22	21
	%	86	82	91	88	84	88	84
3	n	4	2	2	1	3	2	2
	%	8	7	9	4	12	8	8
4+5	n	3	3	0	2	1	1	2
	%	6	11	0	8	4	4	8

Annexe 3 : Détail des réponses au test de connaissances (questions générales)

		Total	Sexe		Âge		Arrondissements	
			Hommes	Femmes	> 58 ans	≤ 58 ans	Aisés	Modestes
Fruits et légumes								
A volonté	n	10	7	3	5	5	5	5
	%	21	27	14	21	22	22	21
5 F et 5 L	n	13	7	6	7	6	6	7
	%	28	27	29	29	26	26	29
5 F ou L	n	24	12	12	12	12	12	12
	%	51	46	57	50	52	52	50
Féculents								
1 fois/j	n	23	15	8	12	11	14	9
	%	46	54	36	48	44	56	36
2 fois/j	n	17	7	10	8	9	8	9
	%	34	25	54	32	36	32	36
3fois/j	n	10	6	4	5	5	3	7
	%	20	21	18	20	20	12	28
Protéines								
1j/2	n	12	6	6	5	7	7	5
	%	24	21	27	20	28	28	20
1-2 fois/j	n	35	20	15	18	17	17	18
	%	70	72	68	72	68	68	72
3fois/j	n	3	2	1	2	1	1	2
	%	6	7	5	8	4	4	8
Sel								
<3g	n	21	13	8	9	12	11	10
	%	43	48	36	38	48	46	40
<6g	n	24	10	14	15	9	10	14
	%	49	37	64	62	36	42	56
<10g	n	3	3	0	0	3	2	1
	%	6	11	0	0	12	8	4
<12g	n	1	1	0	0	1	1	0
	%	2	4	0	0	4	4	0
<15g	n	0	0	0	0	0	0	0
	%	0	0	0	0	0	0	0

		Total	Sexe		Âge		Arrondissements	
			Hommes	Femmes	> 58 ans	≤ 58 ans	Aisés	Modestes
Œufs								
5X	n	1	1	0	0	1	1	0
	%	2	4	0	0	4	4	0
3X	n	9	5	4	4	5	2	7
	%	19	19	19	17	22	9	29
2X	n	37	20	17	20	17	20	17
	%	79	77	81	83	74	87	71
Poisson								
3X	n	28	13	15	13	15	14	14
	%	56	46	68	52	60	56	56
2X	n	20	13	7	12	8	10	10
	%	40	46	32	48	32	40	40
1X	n	2	2	0	0	2	1	1

Annexe 4 : Détail des réponses au test de connaissances (questions détaillées)

		Total	Sexe		Âge		Arrondissements	
			Hommes	Femmes	> 58 ans	≤ 58 ans	Aisés	Modestes
Matières grasses à privilégier								
Saturées	n	0	0	0	0	0	0	0
	%	0	0	0	0	0	0	0
Mono-insaturées	n	6	3	3	3	3	5	1
	%	13	12	14	12	14	21	4
Polyinsaturées	n	41	22	19	22	19	19	22
	%	87	88	86	88	86	79	96
Graisses insaturées								
Olive	n	45	25	20	23	22	22	23
	%	90	89	91	92	88	88	92
Noix	n	32	15	17	14	18	15	17
	%	64	54	77	56	72	60	68
Beurre	n	5	4	1	3	2	2	3
	%	10	14	5	12	8	8	12
Margarine	n	14	7	7	6	8	7	7
	%	28	25	32	24	32	28	28
Tournesol	n	31	15	16	16	15	14	17
	%	62	54	73	64	60	56	68
Huile pour les fritures								
Olive	n	9	5	4	5	4	6	3
	%	20	19	20	21	18	24	14
Arachide	n	11	8	3	6	5	6	5
	%	24	31	15	25	23	24	24
Tournesol	n	21	13	8	11	10	11	10
	%	45	50	40	46	45	44	48
Colza	n	5	0	5	2	3	2	3
	%	11	0	25	8	14	8	14
Fromages les moins gras								
Camembert	n	5	3	2	2	3	3	2
	%	10	11	9	8	12	12	8
Emmental	n	2	2	0	2	0	2	0
	%	4	7	0	8	0	8	0
Mozzarella	n	26	16	10	15	11	13	13
	%	52	57	45	60	44	52	52
Chèvre frais	n	35	12	17	16	19	20	15
	%	70	43	77	64	76	80	60
Roquefort	n	4	2	2	2	2	2	2
	%	8	7	9	8	8	8	8

		Total	Sexe		Âge		Arrondissements	
			Hommes	Femmes	> 58 ans	≤ 58 ans	Aisés	Modestes
Portion de fruit ou légume								
Jus	n	33	17	16	16	17	20	13
	%	66	61	73	64	68	80	52
Surgelés	n	42	21	21	20	22	20	22
	%	84	75	95	80	88	80	88
Yaourt aux fruits	n	1	1	0	1	0	1	0
	%	2	4	0	4	0	4	0
Poissons gras								
Cabillaud	n	0	0	0	0	0	0	0
	%	0	0	0	0	0	0	0
Sardine	n	36	20	16	17	19	17	19
	%	72	71	73	68	76	68	76
Saumon	n	47	25	22	23	24	24	23
	%	94	89	100	92	96	96	92
Maquereau	n	41	21	20	19	22	19	22
	%	82	75	91	76	88	76	88
Index glycémique élevé								
Abricot sec	n	18	9	9	8	10	7	11
	%	36	32	41	32	40	28	44
Pêche	n	3	3	0	2	1	3	0
	%	6	11	0	8	4	12	0
Baguette	n	29	15	14	13	16	15	14
	%	58	54	64	52	64	60	56
Pois chiche	n	2	1	1	1	1	2	0
	%	4	4	5	4	4	8	0
Dénutrition								
<28 g/L	n	10	4	6	2	8	6	4
	%	20	14	27	8	33	25	16
<30 g/L	n	32	20	12	18	14	16	16
	%	64	71	56	72	58	67	64
<32 g/L	n	4	2	2	3	1	0	4
	%	8	7	9	12	4	0	16
<34 g/L	n	2	1	1	2	0	2	0
	%	4	4	5	8	0	8	0
<40 g/L	n	1	0	1	0	1	0	1
	%	2	0	5	0	4	0	4

		Total	Sexe		Âge		Arrondissements	
			Hommes	Femmes	> 58 ans	≤ 58 ans	Aisés	Modestes
Fer								
Viande rouge	n	47	27	20	25	22	24	23
	%	94	96	91	100	88	96	92
Viande blanche	n	0	0	0	0	0	0	0
	%	0	0	0	0	0	0	0
Poisson	n	0	0	0	0	0	0	0
	%	0	0	0	0	0	0	0
Epinard	n	3	1	2	0	3	1	2
	%	6	4	9	0	12	4	8

Connaissances et pratique du conseil nutritionnel par les médecins généralistes à Paris, une étude observationnelle

Introduction: L'alimentation est un déterminant majeur de la survenue des maladies cardiovasculaires et des cancers, principales causes de mortalité dans le monde. Le conseil nutritionnel délivré par les médecins généralistes (MG) est fondamental. Notre objectif est l'évaluation des connaissances en nutrition des MG parisiens et la description de leurs pratiques lors de la délivrance du conseil nutritionnel.

Méthode: Nous avons randomisés 50 MG libéraux, exerçant à Paris, avec stratification en 2 groupes selon l'arrondissement d'exercice : populations « aisée » ou « modeste ». Le recueil de données a été réalisé lors d'entretiens en face à face.

Résultats: L'intérêt de la nutrition est reconnu mais la diététique n'est abordée que dans une consultation sur cinq. Les facteurs limitants sont le manque de temps et la faible motivation du patient. Malgré une formation jugée insuffisante par 70% des MG, 78% d'entre eux ont un niveau de connaissances correct. Les MG remettent peu de documents écrits et seuls 27% des praticiens adressent fréquemment leurs patients vers un diététicien. Les ressources officielles sont peu utilisées.

Conclusion: Le conseil nutritionnel reste peu pratiqué du fait de contraintes organisationnelles et structurelles. Le manque de formation initiale et continue, l'absence d'association des MG aux programmes de nutrition, l'absence de réseau ville-hôpital constituent des obstacles. Toutefois, le niveau de connaissance, la motivation des praticiens et leurs stratégies de communication adaptées compensent en partie ces désavantages. L'association des praticiens aux politiques publiques serait à développer.

Diététique, Connaissances, Conseil nutritionnel, Médecin généraliste, Soins primaires, Paris

Université Paris Descartes
Faculté de Médecine Paris Descartes
15, rue de l'École de Médecine
75270 Paris cedex 06