UNIVERSITE DE NICE SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTE DE MEDECINE

Comment améliorer la prévention primaire en nutrition et activité physique chez les patients adultes jeunes en médecine générale ?

THESE
Pour l'obtention du
Diplôme D'état de Docteur en Médecine

Présentée et soutenue le 30 aout 2018
Par
Charlotte PREVOST
Née le 31 décembre 1986

MEMBRES DU JURY
Président :
Monsieur le Professeur Jean-Louis SADOUL
Assesseurs :
Monsieur le Professeur Patrick FENICHEL
Monsieur le Professeur Gilles GARDON
Madame le Docteur Corinne GODENIR
Directeur de thèse :
Monsieur le Docteur Didier COSSERAT

UNIVERSITÉ NICE-SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des professeurs au 1er septembre 2017 à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen	**M. BAQUÉ Patrick**
Vice-Doyen	M. BOILEAU Pascal
Assesseurs	M. ESNAULT Vincent M DELLAMONICA Jean Mme BREUIL Véronique M. MARTY Pierre
Conservateur de la bibliothèque	Mme AMSELLE Danièle
Directrice administrative des services	Mme CALLEA Isabelle
Doyens Honoraires	M. AYRAUD Noël M. RAMPAL Patrick M. BENCHIMOL Daniel

Professeurs Honoraires

M ALBERTINI Marc
M. BALAS Daniel
M. BATT Michel
M. BLAIVE Bruno
M. BOQUET Patrice
M. BOURGEON André
M. BOUTTÉ Patrick
M. BRUNETON Jean-Noël
Mme BUSSIERE Françoise
M. CAMOUS Jean-Pierre
M. CANIVET Bertrand
M. CASSUTO Jill-patrice
M. CHATEL Marcel
M. COUSSEMENT Alain
Mme CRENESSE Dominique
M. DARCOURT Guy
M. DELLAMONICA Pierre
M. DELMONT Jean
M. DEMARD François
M. DESNUELLE Claude
M. DOLISI Claude
M . FRANCO Alain
M. FREYCHET Pierre
M. GÉRARD Jean-Pierre
M. GILLET Jean-Yves
M. GRELLIER Patrick
M. GRIMAUD Dominique
M. HARTER Michel
M. INGLESAKIS Jean-André
M. JOURDAN Jacques
M. LALANNE Claude-Michel
M. LAMBERT Jean-Claude
M. LAZDUNSKI Michel
M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. LE FICHOUX Yves
Mme LEBRETON Elisabeth
M. LOUBIERE Robert
M. MARIANI Roger
M. MASSEYEFF René
M. MATTEI Mathieu
M. MOUIEL Jean
Mme MYQUEL Martine
M. ORTONNE Jean-Paul
M. PRINGUEY Dominique
M. SAUTRON Jean Baptiste
M. SCHNEIDER Maurice
M. TOUBOL Jacques
M. TRAN Dinh Khiem
M VAN OBBERGHEN Emmanuel
M. ZIEGLER Gérard

UNIVERSITÉ NICE-SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTÉ DE MÉDECINE

Université Nice Sophia Antipolis
Faculté de Médecine

Liste des professeurs au 1er septembre 2017 à la Faculté de Médecine de Nice

M.C.A. Honoraire

Mlle ALLINE Madeleine

M.C.U. Honoraires

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

UNIVERSITÉ NICE-SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des professeurs au 1er septembre 2017 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
Mme	EULLER-ZIEGLER Liana	Rhumatologie (50.01)
M.	FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	GASTAUD Pierre	Ophtalmologie (55.02)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
Mme	ICHAI Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénéréologie (50.03)
M.	LEFTHERIOTIS Geogres	Physiologie- médecine vasculaire
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	TRAN Albert	Hépato Gastro-entérologie (52.01)

UNIVERSITÉ NICE-SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des professeurs au 1er septembre 2017 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
Mme	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)

UNIVERSITÉ NICE-SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des professeurs au 1er septembre 2017 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

Mme	ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	ANTY Rodolphe	Gastro-entérologie (52.01)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BAILLIF Stéphanie	Ophtalmologie (55.02)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
M.	CARLES Michel	Anesthésiologie Réanimation (48.01)
M.	CHEVALIER Nicolas	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	CLUZEAU Thomas	Hématologie (47.01)
M.	DELLAMONICA Jean	Réanimation médicale (48.02)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
Mlle	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	GUÉRIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénéréologie (50-03)
M.	ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	ROUX Christian	Rhumatologie (50.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
M.	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	VENISSAC Nicolas	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)

UNIVERSITÉ NICE-SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTÉ DE MÉDECINE

Université Nice Sophia Antipolis
Faculté de Médecine

Liste des professeurs au 1er septembre 2017 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M.	HOFLIGER Philippe	Médecine Générale (53.03)

MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

M.	DARMON David	Médecine Générale (53.03)

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme	LANDI Rebecca	Anglais

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENOLIEL José	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
M.	BRONSARD Nicolas	Anatomie Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (42.01)
Mme	BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M	DOYEN Jérôme	Radiothérapie (47.02)
M	FAVRE Guillaume	Néphrologie (52.03)
M.	FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
M.	HUMBERT Olivier	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	LAMY Brigitte	Bactérilogie-virologie (45.01)
Mme	LEGROS Laurence	Hématologie et Transfusion (47.01)
Mme	LONG-MIRA Elodie	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
Mme	MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
Mme	POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
Mme	SEITZ-POLSKI barbara	Immunologie (47.03)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

UNIVERSITÉ NICE-SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des professeurs au 1er septembre 2017 à la Faculté de Médecine de Nice

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

M.	DURAND Matthieu	Urologie (52.04)
M.	ILIE Marius	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M.	GARDON Gilles	Médecine Générale (53.03)
Mme	HURST Samia	Thérapeutique (48.04)
M.	PAPA Michel	Médecine Générale (53.03)

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

M	BALDIN Jean-Luc	Médecine Générale (53.03)
Mme	CASTA Céline	Médecine Générale (53.03)
M.	HOGU Nicolas	Médecine Générale (53.03)
Mme	MONNIER Brigitte	Médecine Générale (53.03)

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

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

REMERCIMENTS

A Monsieur le Professeur Jean-Louis Sadoul,
Je vous remercie d'avoir accepter de présider cette thèse, c'est pour moi un honneur.

A Monsieur le Professeur Patrick Fénichel,
Je vous remercie de participer à ce jury et de juger ce travail. Soyez assurer de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Gilles Gardon,
Je vous remercie pour votre présence dans ce jury pour juger ce travail. Soyer assurer de ma profonde reconnaissance.

A Madame le Docteur Corinne Godenir,
Merci d'avoir accepté cette invitation à faire partie du jury de cette thèse. C'est un plaisir de vous retrouver, vous m'avez fait découvrir et aimer la nutrition. Je garde un très bon souvenir des quelques jours passés dans votre cabinet, j'espère que nous pourrons travailler ensemble dans le futur. Soyez assurer de mon profond respect.

A Monsieur le Docteur Didier Cosserat,
Je vous remercie d'avoir accepté de diriger ce travail de thèse. Et je vous remercie davantage pour avoir partagé vos connaissances et votre expérience lors de mon stage au sein de votre cabinet. Vous m'avez aidé à développer une vision différente de la médecine et surtout vous m'avez faire découvrir le domaine de la nutrition. Je souhaite que ce travail vous témoigne toute mon estime.

A ma maman,
Tu es pour moi un modèle de courage et de détermination. Tu m'as appris à me battre et à avancer malgré les difficultés. Merci pour ton soutien sans faille et pour tout ce que tu as fait pour moi. Si je suis ici ce soir c'est grâce à toi, je t'aime maman.

A ma sœur,
Tu es si forte et courageuse ma petite sœur. Pendant toutes ces années tu as continué à avancer, je suis si fière de ce que tu es aujourd'hui. Je te remercie d'avoir toujours cru en moi et d'avoir toujours su me faire rire dans les moments difficiles. Et il y a aussi tous ces bons souvenirs, notre complicité est si précieuse pour moi. Je t'aime de tout mon cœur.

A Jordan,
Notre famille est mon plus grand bonheur. Tu es mon amoureux, mon confident et mon meilleur ami, je suis heureuse de partager ta vie. Je te remercie de m'avoir soutenue et accompagné pendant l'internat et tout au long de ce travail de thèse. Merci pour ta patience et ta compréhension. Tu as toujours cru en moi dans mes moments de doute. Je t'aime fort fort fort mon doudou.

A ma fille Manon,
Ton regard et tes sourires sont une source infinie de bonheur, tu es un véritable rayon de soleil dans le quotidien. Je suis déjà si fière de toi, tu as changé ma vie, tu es le plus beau cadeau de la vie. Sache que je serai toujours à tes côtés pour te soutenir dans chaque moment de ta vie. Je t'aime plus que tout au monde mon adorable bébé. Fort, fort, fort ! Et à ton futur petit frère ou petite sœur que nous aimons déjà fort.

A ma cousine Marine,
Depuis toute ces années je pourrais écrire un roman… tellement de souvenirs ! Tu es si chère à mes yeux. A tous nos bons moments, nos soirées et nos fous rires, j'espère qu'il y en aura encore beaucoup. Et à Thomas de nous avoir supporté parfois.

A mes beaux-parents Domi et Alain,
Vous êtes des gens exceptionnels. Merci de m'avoir accueillie avec tant de gentillesse et de bienveillance et surtout merci d'être des grands-parents si attentionnés.

A Caro,
Tu es la première que j'ai rencontré au début de ces très longues études. A toutes nos soirées, toutes nos confidences, nos vacances et nos fous rires. Malgré la distance tu restes dans mon cœur une personne exceptionnelle.

A Amandine,
Merci pour tous tes bons conseils pour la réalisation de ma thèse. Je te souhaite plein de bonheur dans ton futur rôle de maman.

A tous mes amis, a mes belles rencontres du sud

A tous les médecins et personnels soignants que j'ai croisé pendant mes études, qui m'ont fait partager leurs savoirs et leurs expériences.

ABREVIATIONS

- DERMG : Département d'Enseignement et de Recherche en Médecine Générale
- FMC : Formation médicale continue
- OMS : Organisation mondiale de la Santé
- SFMG : Société française de médecine générale
- HCSP : Haut Conseil de Santé Publique
- IMC : Indice de Masse Corporel

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION 15
PREMIERE PARTIE : LE CONTEXTE 16
I. Place du médecin généraliste dans la prévention primaire 16
II. Nutrition et activité physique 16
III. Perturbateurs endocriniens 17
IV. Notre étude 18
DEUXIEME PARTIE : MATERIEL ET METHODE 19
I. Méthode 19
A. Enquête Qualitative 19
B. Entretiens individuels semi-dirigés 19
C. Caractérisation de la population étudiée 20
D. Recrutement 20
E. Taille de la population étudiée 20
II. Les entretiens 20
A. Elaboration du guide d'entretien 20
B. Organisation des entretiens 20
C. Analyse des données 21
TROISIEME PARTIE : RESULTATS 22
I. Résultats quantitatifs 22
A. Entretiens 22
B. Description de l'échantillon 22
II. Résultats qualitatifs 24
A. Pratiques des médecins généralistes pour aborder le sujet de la nutrition et de l'activité physique 24
a) Des pratiques variées 24
b) Mesures 25
c) Obstacles 25
B. Concernant l'activité physique 27
a) L'évaluation 27
b) Le conseil minimal 28
C. Concernant la nutrition 30
a) L'intérêt des patient jeunes 30

b) Le médecin généraliste comme référent 31
c) Les perturbateurs endocriniens 32
D. La documentation 33
a) En salle d'attente 33
b) En consultation 33
c) PNNS 34
E. Perspectives d'améliorations 35
a) Améliorer la formation, proposer des FMC 35
b) Trouver du temps 35
c) Une consultation dédiée 36
d) Améliorer les outils de communication et leur diffusion 37
e) Une éducation à faire, les médecins généralistes en soutien 37
F. Vers une évolution des comportements 38
G. Des médecins généralistes désabusés 38
QUATRIEME PARTIE : DISCUSSION 40
I. Limite de notre étude 40
A. Biais de sélection 40
B. Conditions d'entretien 40
C. Biais d'intervention 40
D. Biais d'interprétation 41
II. Force de notre étude 42
A. Méthode qualitative 42
B. Représentativité de la population de médecin généraliste 42
III. Confrontation des résultats aux données de la littérature 42
A. Etat des lieux de pratiques 42
B. Perspectives d'améliorations 44
a) A l'échelle des médecins 44
b) A l'échelle des paramédicaux 46
c) A l'échelle nationale 46
C. Vers une évolution des comportements 47
CONCLUSION 49
BIBLIOGRAPHIE 51
Annexe 1 : Guide d'entretien 54
Annexe 2 : Consentement 55
RESUME 56

« Un voyage de mille lieues commence toujours par un premier pas » Lao-Tseu

INTRODUCTION

A l'échelle mondiale le nombre de cas d'obésité a presque triplé depuis 1975, la prévalence du syndrome métabolique et du diabète de type 2 ne cessent de croître à travers le monde. En 2016, 13% de la population adulte mondiale était obèse et cela pourrait atteindre 20% en 2025 si le rythme de progression se maintient (1).
La sédentarité est considérée comme le quatrième facteur de risque de décès dans le monde. On estime par ailleurs qu'elle est la cause principale de 21 à 25% des cancers du sein ou du colon, de 27% des cas de diabète et d'environ 30% des cas de cardiopathie ischémique (2).

Cette épidémie d'obésité représente un coût de santé considérable et la prévention primaire est devenu un enjeu de santé publique majeur avec le lancement du plan nutrition santé en 2001, et dont le troisième volet est paru en 2017 (3) (4). Les remboursements de soins aux patients diabétiques ont subi une hausse de 80% entre 2001 et 2007 (15).
L'OMS décrit cette situation comme *une catastrophe pour la santé et les économies nationales qui pourrait submerger les nations.*

La nutrition et l'activité physique ont un rôle central dans la prévention primaire du surpoids, de l'obésité, du syndrome métabolique, du diabète de type 2 et de certains cancers (1) (18).

Un paramètre qui ne doit pas être négligé sont les perturbateurs endocriniens, ils sont ubiquitaires et présents dans notre alimentation. Ils perturbent, entre autres, l'équilibre glucido-lipidique et participeraient ainsi au développement de l'obésité et des maladies métaboliques qui y sont liés (12) (15).

Le médecin généraliste a un rôle relevant de la prévention et de l'éducation pour la santé (5) (6). Les patients aimeraient que leur médecin s'implique davantage dans cette prévention primaire (8) (9). Il parait essentiel d'améliorer le temps d'éducation nutritionnel en médecine générale.

Ainsi il semble intéressant de s'interroger sur l'implication de ce dernier dans la prévention primaire, et réfléchir ensemble sur des hypothèses pour améliorer l'hygiène de vie des patients dans un contexte de prévention des maladies liées à l'alimentation et à la sédentarité.

PREMIERE PARTIE : CONTEXTE

I. Place du médecin généraliste dans la prévention primaire

La prévention parait être le défi principal pour faire régresser cette épidémie d'obésité et ses complications. Elle doit mobiliser l'ensemble des ressources disponibles (fiscalité, réglementation de l'industrie agro-alimentaire, publicité ou encore enseignement) mais le médecin généraliste, soignant de premiers recours et considéré par les patients comme une source d'information fiable (8), a un rôle qui ne peut être négligé.

Le médecin généraliste est au centre du système de soin, il suit le patient sur la durée et a connaissance de son environnement. Il est au centre du système de santé et assure le lien entre l'individuel et le collectif (7).
En réalité, le médecin généraliste rencontre des difficultés comme le manque de temps, de formation amenant à un certain découragement (17).
Alors que les médecins généralistes expriment certaines réserves sur les capacités de réception des patients, des études ont montré que les patients considèrent leur médecin généraliste comme une source d'information de confiance (8) (21). Ils aimeraient qu'il s'implique davantage dans la nutrition (9) et attendent une attitude active et des conseils en prévention primaire.

II. Nutrition et activité physique

C. A. Elliot et M. J. Hamlin ont récemment montré que l'association de l'activité physique et des conseils diététiques étaient plus efficace pour améliorer la santé (22).

Dans la littérature, une étude E. Vallée et all de 2016, a montré que la pratique d'une activité physique à six mois était significativement plus intense chez les patients ayant bénéficié d'un conseil minimal lors d'une consultation pour renouvellement d'ordonnance associé à la remise de la fiche « Bougez chaque jour c'est bon pour la santé » issue du PNNS (19). Des études similaires ont trouvé des résultats analogues.
Des études de plus grandes ampleurs et sur une durée plus importante seraient nécessaires pour confirmer ceci.

Des interventions plus longues sont sans doute nécessaires pour modifier le comportement à long terme mais cette démarche de conseil minimal semble utile dans la prise en charge de la sédentarité (20) (21).

Une étude de S. Sacerdote montre l'efficacité d'un entretien de 15 minutes contenant des conseils diététiques, associé à la remise d'une brochure, chez des patients indemnes de pathologie sur l'amélioration de l'IMC à 12 mois (24).

III. Perturbateurs endocriniens

Un facteur environnemental qui ne doit pas être négligé en prévention. Les polluants chimiques et notamment les perturbateurs endocriniens contribueraient à cette épidémie. Les perturbateurs endocriniens sont actuellement définis comme toute substance chimique d'origine naturelle ou artificielle possédant des propriétés susceptibles d'interférer avec le fonctionnement du système endocrinien et d'induire des effets délétères sur un organisme intact et/ou chez ses descendants (10) (12) (13) (42).
Ces altérations induites par les perturbateurs endocriniens peuvent être programmées épigénétiquement dès le stade fœtal et se transmettre aux générations successives (10). Cette notion se rapproche du concept de la société internationale DOHaD *(Developmental origin of health and diseases)* qui montre l'importance des périodes pré et péri-conceptionnelles dans les origines développementales de la santé et des maladies (42). Ces modifications épigénétiques sont influencées par l'environnement et en particulier l'alimentation. Une étude récente de K. M. Godfrey et al a montré que les marques épigénétiques que les bébés portent à la naissance prédisent leur degré d'accumulation de tissu adipeux à l'âge de 9 ans (11).
Malgré que cela ne soit pas formellement démontré, il existe des présomptions sérieuses sur le rôle des perturbateurs endocriniens, ils seraient impliqués dans le développement de l'obésité, du diabète de type 2 (10) (12) et des cancers hormono-dépendants (14). Il est donc nécessaire de transmettre des informations de prévention quant à l'exposition aux perturbateurs endocriniens et à ses risques à nos patients, pourtant peu de médecins abordent le sujet (13).

IV. Notre étude

Au cours de plusieurs études, il a été établi que les médecins généralistes rencontrent des difficultés pour faire de la prévention. L'objectif principal de cette thèse sera, en partant d'un état des lieux de leurs pratiques et de leurs difficultés, de s'interroger ensemble sur les moyens de promouvoir des habitudes de vie plus saines pour leurs patients.

Nous avons décidé de réaliser une enquête qualitative auprès des médecins généralistes des Alpes Maritimes concernant l'amélioration de la prévention primaire en nutrition et activité physique des patients jeunes (moins de 40 ans) afin d'intervenir en amont des pathologies.

DEUXIEME PARTIE : MATERIEL ET METHODE

I. Méthode

A. Enquête qualitative

La recherche qualitative ne cherche pas à quantifier ou à mesurer, elle consiste à recueillir des données verbales permettant une démarche interprétative et compréhensive (28). Elle s'intéresse particulièrement aux déterminants des comportements et permet d'explorer la « vraie vie du clinicien » (27). L'objectif est de comprendre un contexte en recueillant un maximum d'opinions.

B. Entretiens individuels semi-dirigés

Nous avons opté pour des entretiens individuels semi-dirigés. Ils sont partiellement structurés et utilisent une grille de questions ouvertes, le « guide d'entretien » qui sert de fil conducteur. Il permet d'aborder avec tous les médecins participants des thèmes définis et pertinents pour notre étude, en laissant la possibilité à de nouvelles propositions d'émerger.
Nous avons fait le choix des entretiens individuels pour faciliter l'expression des obstacles et des besoins des médecins généralistes et la compréhension des difficultés de chacun.

C. Caractérisation de la population étudiée

Dans la recherche qualitative la représentativité statistique n'est pas nécessaire (26). Pour obtenir un échantillon en variation maximale nous avons sélectionné les médecins généralistes en fonction de composantes caractéristiques de la population :

- Année de naissance
- Année d'installation
- Genre
- Activité moyenne de consultation par jour
- Ville d'exercice
- Activité de groupe
- Secteur d'activité
- Maitre de stage

La sélection des participants doit permettre la diversification des données, c'est-à-dire capter divers points de vue ou représentations du phénomène à l'étude (27).
Nous avons choisi de nous intéresser aux médecins généralistes des Alpes-Maritimes.

D. Recrutement

Les modes de recrutement ont été varié afin d'assurer un échantillon en variation maximale et de taille acceptable :

- Contact de médecins maitres de stage par l'intermédiaire du site de la faculté de Nice
- Contact de médecins sur les pages jaunes
- Contact par recommandations à la suite des entretiens

E. Taille de la population étudiée

La taille de la population étudiée n'est pas pré établi, le nombre de médecins inclus est déterminé par la réalisation de l'étude.
L'analyse et le recueil des données se font en parallèle. Les entretiens se poursuivent jusqu'à saturation des données c'est-à-dire que la lecture des entretiens n'apporte pas de nouvelles données (25).

II. Les entretiens

A. Elaboration du guide d'entretien

Un guide d'entretien a été réalisé pour structurer l'interrogation et s'est articulé autour de quatre parties : un état des lieux de leurs pratiques, une partie sur l'activité physique, une partie sur la nutrition et les perturbateurs endocriniens, puis une partie sur des hypothèses d'améliorations.
Le guide d'entretien a ensuite été soumis à la cellule qualitative du département de médecine générale de la faculté de Nice puis validé par mon directeur de thèse.

B. Organisation des entretiens

Les entretiens se sont déroulés d'avril 2018 à juin 2018. Ils ont été effectués au cabinet des médecins généralistes, trois entretiens ont été réalisés par téléphone pour la convenance du médecin ou pour des raisons de distance.
Avant chaque entretien, le thème, les objectifs et le déroulement de l'étude ont été expliqués puis un formulaire d'information et de consentement (annexe 2) a été signé par chacun des participants permettant l'utilisation des données de façon anonyme.
Les entretiens ont été enregistrés par un téléphone portable muni d'un dictaphone.

C. Analyse des données

L'analyse thématique des entretiens consiste à découper transversalement ce qui, d'un entretien à l'autre, se réfère au même thème, elle cherche une cohérence thématique inter-entretiens afin d'extraire les données susceptibles de permettre la confrontation des hypothèses aux faits (26).

Les enregistrements ont été retranscrits dans leur intégralité sur le logiciel Microsoft Word au fur et à mesure, dans les jours suivant l'entretien. Les données non verbales n'ont pas été recueillis.

Une analyse thématique du contenu des entretiens a été réalisé au fur et à mesure des entretiens par un codage manuel et comprenait :

- Une lecture globale du contenu de l'entretien
- Identification des thèmes et sous thèmes
- Relevé et classification des citations les plus pertinentes
- Une re lecture globale des entretiens
- Interprétations des concepts et opinions abordés

Le recueil et l'analyse des données ont fait partie d'un processus itératif dans lequel nous sommes allés d'une étape à l'autre afin qu'elles s'enrichissent mutuellement (27).

TROISIEME PARTIE : RESULTATS

I. Résultats quantitatifs

A. Entretiens

Dix-sept entretiens ont été réalisé entre avril et juin 2018 jusqu'à saturation des données. La saturation désigne le phénomène par lequel le chercheur juge que les dernières observations n'apportent plus d'informations suffisamment nouvelles ou différentes pour justifier une augmentation du matériel (29).

B. Description de la population étudiée

48 médecins ont été contactés, cinq ont clairement exprimés leur refus de participer à l'étude par manque de temps ou d'intérêt pour le sujet.

Les caractéristiques des médecins interrogés sont résumées dans le tableau 1.
L'âge moyen des médecins est de 50.5 ans, il y a 47% de femmes et 53% d'hommes. Ils sont installés en moyenne depuis 20.4 années.
Nous avons interrogé quatre maitres de stage.
Les médecins ont été interrogé dans différentes villes : Péone, Puget-Théniers, Nice, Cagnes sur Mer, Villeneuve-Loubet, Antibes, Cannes, Garbejaire, La roquette sur Siagne, Le Cannet et Vallauris, zone urbaine sensible, soit 82% en zone urbaine, 12% en zone rurale et 6% en zone urbaine sensible.

Tableau 1 – Caractéristiques des médecins interrogés

Caractéristiques des médecins		**Effectif**
Age		
	30-40 ans	29%
	40-50 ans	12%
	50-60 ans	41%
	>60 ans	18%
	Age moyen 50.5 ans	
Genre		
	Femme	47%
	Homme	53%
Nombre d'années d'installation		
	0-5 ans	18%
	6-10 ans	12%
	11-30 ans	52%
	>30 ans	18%
	Moyenne 20.4 ans	
Activité moyenne par jour		
	<20 consultations par jour	29%
	20-30 consultations par jour	59%
	>30 consultations par jour	12%
Zones d'exercice		
	Urbain	82%
	Rural	12%
	Zone urbaine sensible	6%
Modes d'exercice		
	Seul	71%
	En Groupe	29%
	Dont maitres de stages	24%
Secteurs d'activité		
	Secteur 1	88%
	Secteur 2	12%

II. Résultats qualitatifs

A. Pratiques des médecins généralistes pour aborder le sujet de la nutrition et de l'activité physique

Tableau 2 – Pratiques des médecins généralistes

Thèmes identifiés		Effectif
Des pratiques variés		
	Systématiquement	n=2
	Lors du premier entretien	n=3
	En cas de point d'appel ou de demande	n=12
	Rarement	n=1
Mesures		
Poids	Systématique, au moins une fois par an	n=13
	En cas de point d'appel	n=1
Tour de taille	Systématique	n=0
	En cas de point d'appel	n=11
Obstacles		
	Le temps	n=9
	L'adhésion des patients	n=10
	Le nombre de motif de consultation	n=3
	Le manque de connaissance	n=3
	Le manque d'outils	n=2
	L'impression de surcharger le patient d'informations	n=1
	Le contexte financier des patients	n=3
	La société	n=1

a) Des pratiques variées

Systématiquement

E2 « il y a toujours une question sur l'activité physique »

E 12 « Oui, oui bien sûr, c'est assez systématique […] je préconise toujours oui une activité physique puis une hygiène alimentaire mais c'est au cas par cas »

Lors du premier entretien

E5 « Quand je ne connais pas, je demande l'activité physique, la nutrition »

En cas de demande ou de point d'appel

E4 « Je donne l'information uniquement quand il y a effectivement un point d'appel, si par exemple je trouve un jeune en surcharge pondéral »

E6 « Deux cas de figure, leurs investigations personnelles, ils viennent pour un problème […] ou c'est moi qui dans ma démarche diagnostic trouve que ça serait une arme thérapeutique »

E9 « Dans le cadre du surpoids éventuellement, et après sur les dyslipidémies »

E12 « Tout ce qui est problème de surcharge pondérale où là on essaie de voir, problème de tabac aussi c'est lié »

E13 « Souvent sur des consultations soit pour des certificats je dirais lié au sport »

Rarement

E1 « Très rarement parce que on a pas beaucoup de temps pour ça »

b) Mesures

Le poids, une mesure systématique au moins un fois par an

E6 « IMC qui est noté systématiquement »

E8 « Pour une nouvelle personne dans mon dossier de base, il va y avoir la taille le poids »

E13 « Je fais passer à peu près tout le monde sur la balance de façon régulière »

Le tour de taille est mesuré seulement en cas de point d'appel

E2 « Vraiment si il y a des problèmes nutritionnels »

E9 « Le tour de taille je vais le faire de temps en temps pour mes syndromes métaboliques »

c) Obstacles

Le manque de temps, un obstacle majeur

E3 « Surtout le manque de temps »

E4 « Aucun obstacle si ce n'est le manque de temps. […] Je pense qu'on n'a pas assez de temps pour débattre de tous les problèmes à côté du sujet principal »

E5 « Souvent le problème c'est que la prévention elle est un peu mise de côté parce que on est débordé et qu'on a pas le temps »

E6 « Le temps ! Que le temps ! C'est pas les connaissances c'est le temps »

E14 « Les jeunes générations elles sont beaucoup plus rigoureuse de ce point-là, et en ce qui concerne les régimes, les conseils alimentaires des choses comme ça, mais faut voir aussi que la consultation s'allonge voilà quoi. C'est embêtant ! »

Le manque d'adhésion des patients

E2 « On ne convainc que les gens qui sont déjà presque convaincus »

E7 « De toute façon si pour eux, c'est pas un problème on va jamais les motiver »

E8 « Elles entendent pas forcément ce qu'on dit … ou elles n'ont pas envie d'entendre »

E10 « Les gens qui ont une certaine obésité c'est assez difficile … on a quand même du mal à les motiver donc on a un problème de motivation »

E14 « La prévention n'est pas encore dans les esprits. »

Des consultations avec déjà plusieurs thèmes de consultations

E6 « Déjà que c'est entre 3 et 5 sujets de consultation »

E8 « si la personne elle est déjà venu je sais pas pour … déjà qu'elle avait 3 choses à voir si en plus il faut qu'on aborde l'autre chose, l'autre sujet »

E10 « Les gens ils viennent pour une chose puis vous parle de dix choses »

Le manque de connaissance

E7 « Parce que franchement on est pas du tout formé pour ça à la base »

E9 « c'est vrai que je vais pas le faire sinon spontanément parce que j'y pense pas, parce que mes compétences aussi en nutrition, elles sont modestes »

E13 « En nutrition … j'ai pas l'impression d'être spécialement compétente, que j'ai eu ni des formations ni quoique ce soit, donc j'ai comme bagage ma formation initiale et le … même a priori que monsieur et madame tout le monde »

E16 « Mon manque de connaissance sur la nutrition »

Le manque d'outils

E15 « les obstacles j'arrive pas vraiment à les identifier. Après c'est vrai que peut être le manque d'outils… »

L'impression de surcharger le patient d'information

E6 « A force de trop balancer d'informations dans la consultation ils retiennent plus rien donc voilà donc … ça n'arrête pas, ça n'arrête pas ! »

Le contexte financier des patients

E12 « Dans la diététique il y a quand même aussi le contexte financier. Il faut reconnaitre que c'est plus cher de manger des légumes, de la viande et du poisson que de manger des pâtes »

E10 « Il y a aussi le problème des gens qui n'ont pas beaucoup d'argent et qui ont une grosse consommation de sucre »

La société et notamment le manque de temps pour manger notamment sur les lieux de travail est rapporté par un médecin

E11 « Ils n'ont pas le temps de manger… c'est plus un problème de société qu'autre chose parce que sinon dès qu'ils le peuvent ils reprennent une alimentation normale »

B. Concernant l'activité physique

Tableau 3 – L'activité physique

Thèmes identifiés		Effectif
L'évaluation		
	Questionnaire	n=2
	Questions personnelles	n=14
Fréquence		
	Systématique	n=2
	Au premier entretien avec un nouveau patient	n=2
	Certificat de non contre-indication au sport	n=5
	En cas de point d'appel	n=2
Le conseil minimal		
	Le minimum à faire	n=8
	Le problème de l'adhésion du patient	n=2
	Pas le rôle du médecin traitant	n=3

a) L'évaluation

L'utilisation de questionnaire est rare

E9 « J'utilise des questionnaires particuliers, un Ricci et Gagnon puis un petit test de motivation […] pour qui je fais une vraie consultation d'activité physique »

L'évaluation par des questions est plus fréquente

E5 « C'est que des questions, je n'ai pas un truc détaillé précis »

E8 « Des questions sur savoir ce qu'ils font, est ce qu'ils ont une activité, savoir quelle est l'activité quotidienne, soit dans leur métier, savoir si ils sont assis ou si ils sont

actifs dans leur profession, savoir éventuellement si ils utilisent plus leur voiture, leur vélo, la marche à pied … disons tout ce qui est activité autre que sportive on va dire … »

E13 « Je leur pose la question sur la fréquence, sur la durée et sur le type d'activité qu'ils ont »

Avec une fréquence variable

- De façon systématique

  E2 « Il y a toujours une question sur l'activité physique »

  E9 « c'est plus dans la démarche d'éducation thérapeutique et au fur et à mesure c'est des sujets qu'on aborde et puis à un moment donné on va prendre un petit plus de temps »

- Au premier entretien, avec un nouveau patient

  E5 « Oui j'aborde en première consultation. »

  E7 « Ceux qu'on connait pas »

- Lors de la réalisation des certificats d'aptitude au sport

  E1 « Si c'est pour un certificat sportif »

  E12 « Les adultes jeunes c'est plus quand ils viennent faire des certificats médicaux »

  E13 « Je me sers pas mal des consultations d'aptitude au sport pour faire des consultations de prévention »

- En cas de point d'appel

  E1 « quand il y a une indication particulière à faire du sport, qui sont en surpoids ou … enfin qui ont des pathologies particulières genre hypertension »

  E4 « Je donne l'information uniquement quand il y a effectivement un point d'appel, si par exemple je trouve un jeune en surcharge pondérale donc je vais orienter le débat là-dessus »

  E7 « anxiété ou trouble du sommeil »

b) Le conseil minimal

Pour certains médecins c'est le minimum à faire

E3 « D'en parler un petit peu et d'en remettre des couches ça finit par rentrer, oui oui tout à fait »

E9 « On va dire c'est le minimum à faire […] il faut simplement leur en parler de temps en temps et puis profiter de leurs troubles du sommeil et profiter de leurs douleurs pour aborder l'activité physique, on a plein d'occasions de l'aborder »

E15 « je trouve que ça fait partie un peu des conseils de bonne pratique que je délivre assez régulièrement en consultation »

E17 « Ca vaut le coup d'essayer, enfin moi je le fais ça par contre »

Mais se pose le problème de l'adhésion des patients

E1 « Quand on voit comme c'est difficile de les faire adhérer à un traitement de fond, je me dis que pour faire du sport je suis pas sur … c'est pas évident »

E5 « Il y a ceux qui n'en ont rien à cirer et vous pouvez faire ce que vous voulez, leur dire qu'il faut faire et tout, ils trouveront toujours des trucs … pour dire non »

Pour d'autres ce n'est pas le rôle du médecin traitant

E6 « La télé devrait être là pour ça ! »

E7 « Qu'on en rajoute pas au médecin, mais qu'on continue à faire des pubs à la télé »

E8 « Si il fallait qu'on fasse toute les recommandations et tout ce qu'on nous envoie comme papiers, […] ouais pourquoi pas mais bon est ce que c'est notre rôle à nous je suis pas sur »

C. Concernant la nutrition

Tableau 4 – La nutrition

Thèmes identifiés		Effectif
L'intérêt des patients jeunes		
	D'accord	n=8
	Ça dépend des patients	n=3
	Plutôt surpris	n=4
Le médecin généraliste comme référent		
	Seul médecin des patients jeunes	n=3
	Le remboursement améliore l'accessibilité	n=1
	Une difficulté pour le médecin	n=2
	La référence serait la télévision	n=2
Les perturbateurs endocriniens		
	Un sujet que les médecins ne maitrisent pas	n=11
	Pas un sujet d'actualité	n=4
	Des conseils simples de prévention	n=5
	Fiabilité de l'information	n=2
	Accessibilité financière	n=2

a) L'intérêt des patient jeunes

Des médecins sont d'accord

E4 « Je pense que c'est vrai »

E7 « Oui, moi j'en ai pas mal qui viennent juste pour ça. Moi ça m'étonne d'ailleurs »

E10 « Oui oui on peut les motiver »

E15 « Oui oui c'est vrai qu'ils sont assez demandeur, ils posent des questions un peu plus ciblées, effectivement »

D'autres pensent que ça dépend des patients

E5 « Ca dépends des personnes […] les 30 – 40 ans ils font plus attention »

E12 « Il y a une catégorie oui […] mais il y a quand même une grande partie de la population qui s'en moque complétement »

Et certains sont plutôt surpris

E2 « Je suis surprise, je pense qu'on a interrogé des gens polis »

E8 « Je pensais pas que ça pourrait donner ça comme conclusion ! »

E12 « Je ne suis pas convaincu »

E17 « Je pense qu'ils se rendent compte qu'en pratique on a pas le temps de faire ça ! »

b) Le médecin généraliste comme référent

Le médecin généraliste est souvent le seul médecin des patients jeunes ce qui peut effectivement lui donner une place de référent

E6 « On va retrouver le médecin pour savoir ce qui est vrai et ce qui est pas vrai »

E7 « En même temps on est la seule personne, enfin chez les jeunes en tout cas c'est le seul médecin qu'il voit »

E8 « Le médecin généraliste c'est le trait d'union on va dire, soit le trait d'union soit le référent on va dire, surtout que les personnes jeunes en général ils ont pas de spécialiste attitré »

Un médecin souligne que le remboursement améliore surement l'accessibilité en comparaison aux diététiciens

E7 « Les diététiciennes c'est toujours pas remboursé, nous on est remboursé donc … faut dire ce qui est, on va pas payer … »

Mais ceci peut constituer une difficulté pour le médecin qui peut manquer de temps ou de connaissance

E9 « Je suis pas sur que je sois un réfèrent en nutrition moi pour ma part […] j'ai pas les compétences, j'ai pas le temps pour l'assumer »

E13 « J'ai l'impression qu'ils pensent qu'on en sait plus que ce qu'on sait pour de vrai »

Certains médecins ne sont pas d'accord, la référence serait la télévision

E2 « La personne de référence en général c'est la télévision, internet … la personne de confiance c'est aussi la télévision et internet »

E4 « La télé, la société c'est très important pour éduquer. Pour éduquer les jeunes, mais pas que les jeunes, pour éduquer les gens en général »

c) Les perturbateurs endocriniens

Un sujet que beaucoup de médecins ne maitrisent pas

E1 « Je ne suis pas à l'aise c'est pas quelque chose sur lequel je me suis documenté beaucoup. »

E8 « J'en parle pas parce que je suis pas à l'aise dans le sens que j'y connais rien. »

E9 « Non je maitrise pas du tout ce sujet. »

E11 « Je connais pas grand-chose là-dessus »

E13 « Non pareil, je suis pas assez formé. »

Un sujet qui n'est pas encore d'actualité dans les cabinets de médecine générale

E3 « Il y a des spécialistes qui expliquent, des lanceurs d'alertes et vous les trouvez que sur internet et vous ne les trouvez pas à la télé »

E6 « Les questions des patients sont très modestes et à titre perso, j'ai pas la notion qu'ils m'interrogent souvent la dessus. Ils n'y sont pas encore. »

E7 « Les PE c'est le prochain sujet à la mode mais qu'on pourra rien faire nous en tant que médecin […] on peut juste informer »

E13 « Est-ce que les patients m'en parlent, très honnêtement, pas tellement voire pas du tout »

Certains médecins abordent le sujet, ils donnent des conseils simples de prévention

E15 « On en parle mais j'ai pas de recommandation précise sur le sujet. »

E11 « Il faut essayer de prendre des trucs les plus sain possible genre commencer par se laver avec du vrai savon de Marseille et pas des DOP, des FA, des saloperies comme ça… »

E17 « Oui moi je leur en parle … laver les fruits et légumes, aérer la maison, de prendre des choses le plus naturelles possible … »

Ils se posent la question de la fiabilité de l'information sur les perturbateurs endocriniens

E7 « Ca me gène pas d'en parler c'est juste qu'on a peut-être pas assez d'information fiable pour pouvoir vraiment attaquer et vraiment critiquer. »

E10 « Je trouve que c'est peut-être un peu exagéré. »

Il a été soulevé le problème de l'accessibilité financière aux produits issues de l'agriculture biologique

E7 « Les personnes démunis qui vont être les plus impactés parce que c'est tout ce qui est bas de gamme qui est … où on en aura le plus … »

E10 « Je suis pas trop à l'aise, je sais pas prescrire les régimes bio parce que c'est cher »

D. La documentation

Tableau 5 – La documentation

Thèmes identifiés		Effectif
En salle d'attente		
Une démarche assez rare	N'en propose pas	n=10
	Par manque de place	n=2
	Parce que c'est une démarche à faire	n=4
En consultation		
	Des documents ciblés	n=6
PNNS		
	Des documents peu utilisés	n=8
	Des documents trop complexes	n=1
	Intérêt du site internet	n=3

a) En salle d'attente

Une démarche assez rare

- Par manque de place

  E2 « Je n'ai vraiment plus de place pour tout ce qui est documents à mettre à disposition .. si j'ai une consigne à donner je la marque sur l'ordonnance »

- Parce que c'est une démarche à faire

  E4 « Si on me propose de distribuer quelque chose en salle d'attente oui je peux le laisser »

  E12 « On en aurait régulièrement oui ! »

  E14 « Si vous voulez, des documents moi si on m'en, … pas que ça vienne tout cuit si vous voulez, … si on me les propose je les prends mais je vais pas les chercher… »

b) En consultation

Les médecins donnent plutôt des documents ciblés

E6 « Ils sont orientés … il y la valeur du document qu'on refait soi à la main »

E8 « En consultation j'ai quelques petites fiches qui peuvent servir de support »

c) PNNS

Ces documents sont peu utilisés par les médecins généralistes. Ils rapportent notamment un manque d'information sur la disponibilité de ces documents.

E2 « Je ne suis pas sûr que ça ait beaucoup d'incidence »

E10 « Je ne sais pas ce que c'est. »

E12 « Quand j'en ai éventuellement oui, mais j'en ai pas souvent … et donc c'est vrai il y a beaucoup de choses sur lesquelles on est pas bien renseigné. »

Un médecin souligne la complexité de certains documents

E7 « J'ai essayé de les lire, même celui pour les femmes enceintes, mais … c'est imbuvable quoi ! A chaque fois il y a vachement trop de pages ! »

Les jeunes médecins montrent plus d'intérêt pour le site internet

E15 « Moi je leur dis un peu d'aller voir un peu sur internet, sur les organismes gouvernementaux »

E17 « Je leur dis d'aller sur mangezbougez.fr »

E. Perspectives d'améliorations

Tableau 6 – Perspectives d'améliorations

Thèmes identifiés		Effectif
Améliorer la formation		n=6
Trouver du temps		n=4
Une consultation dédiée		
	Une solution	n=5
	Avec une cotation particulière	n=4
	Eventuellement en lien avec le paramédical	n=4
	Avec quel suivi ?	n=2
	En consultation de groupe, conférence	n=1
	Intérêt des patients	n=3
	Avec l'initiative de la sécurité sociale	n=3
Améliorer les outils de communication et leurs diffusions		
	Un site internet dédié	n=1
	De courtes vidéos	n=1
	Diffuser les outils	n=1
Une éducation à faire, les médecins en soutient		
	Le rôle de la télévision et des médias	n=5
	Le rôle des pouvoirs publics	n=3
	Dans les écoles	n=1

a) Améliorer la formation, proposer des FMC

E1 « Il faudrait que je sois mieux formé pour ça. »

E9 « La nutrition ça m'intéresse mais j'ai pas encore pris le temps de me former comme il faut. »

E12 « Nous faire des formations, des FMC le soir. »

b) Trouver du temps

La moitié des médecins citent comme obstacle le manque de temps (53 %), ils aimeraient retrouver du temps pour faire de la prévention et éventuellement prévoir des consultations dédiées.

E4 « Nous décharger de certaines tâches administratives et ça nous laisserait un peu plus de temps pour des conseils de prévention. »

E5 « Il faudrait plus de médecins »

E6 « Segmenter les consultations … Donc arrivé à récupérer le temps utile à chaque consultation »

c) Une consultation dédiée

Cela serait une solution pour une majorité

E6 « En établissant de manière très précise et sans équivoque la notion de consultation dédiée à ça c'est tout ! Time is money ! »

E9 « Je suis pour et puis si on le fait pas on va le bâcler au cours de la consultation donc je pense qu'il faut le faire au cours d'une consultation dédiée »

E16 « De la proposer systématiquement en prévention tous les ans … ça serait bien. »

E17 « Voilà ça nous donnerait du temps. »

Avec la nécessité d'une cotation particulière

E3 « Oui pourquoi pas mais je vous dis, il faudrait une cotation »

E8 « Il faudrait que ça soit une consultation dédiée et rémunérée au temps passé. »

Eventuellement en lien avec le para médical

- Développer les infirmières d'éducation thérapeutique

  E7 « Les infirmières ASALEE franchement ça devrait être partout »

- Le remboursement des diététiciens

  E7 « Je trouve ça bizarre que les diététiciennes ne soient pas remboursées »

  E13 « Il y a toujours le faite que ce sont des consultations qui sont pas prises en charge »

Certains médecins ont soulevé la question du suivi nécessaire à cette prise en charge de prévention

E8 « Est-ce qu'une consultation suffira […] qu'est ce qu'il y aura comme suivi ? »

E9 « Les patients sur l'alimentation, ils demandent un petit accompagnement et pas juste qu'on leur dise une fois il faut faire ça et les lâcher dans la nature. »

Cela pourrait être fait sous la forme de consultation de groupe, de conférence

E9 « avec les kinés à coté on fait généralement une fois par an une petite conférence de, pour la prévention […] moi j'ai une petite partie sur l'activité physique et diététique. »

Certains médecins doutent de l'intérêt des patients

E2 « En général ce n'est pas le médecin qu'ils viennent voir »

E4 « Je ne sais pas si … il y a beaucoup de jeunes qui vont venir pour ça »

Avec l'initiative de la sécurité sociale pour promouvoir et organiser cette consultation dédiée

E7 « Finalement si la sécu envoyait peut-être un courrier aux patients de tel âge à tel âge, comme ils font pour le cancer du côlon quoi … leur dire penser à voir votre médecin pour le dépistage, dans ce cadre-là quoi… »

E15 « justement c'est vrai c'est ce à quoi je pensais et donc via éventuellement une fiche que l'on ferait un peu comme un test, comme il existe le MSE […] d'avoir un peu une fiche systématique comme ça, mis en place un peu par le par le … ministère de la santé se serait plutôt une bonne chose »

d) Améliorer les outils de communication et leur diffusion

Un site internet dédié

E3 « Je pense qu'il faudrait que ça soit un site internet et qu'on puisse aller piocher quelques informations ou des documents »

De courtes vidéos à disposition sur internet

E15 « Des programmes un peu mis en place justement par l'état, validé etc. ça serait une bonne chose. Programme un peu diététique et d'activité physique en courte vidéo par exemple une demie heure »

Il faudrait également améliorer la diffusion des outils de communication auprès des médecins généralistes

E14 « si vous ne m'en aviez pas parlé j'aurais pas pensé à ce genre de chose, donc peut être le communiquer, l'ouvrir, le diffuser, le transmettre … aux jeunes générations mais aussi aux anciennes générations de médecins et si y'a des supports, des choses comme ça, je pense, enfin moi personnellement je suis preneur »

e) Une éducation à faire, les médecins généralistes en soutien

Le rôle de la télévision et des médias

E2 « On en parle depuis plusieurs années des perturbateurs endocriniens […] on commence à être entendu aujourd'hui parce qu'ils en parlent à la télé. »

E4 « La télévision qui à un rôle prépondérant et nous qui sommes là après en seconde étape pour donner l'enseignement technique »

E8 « Il y a toutes ces personnes qu'on voit jamais, toute ces personnes qu'on voit jamais comment on va les cibler, les atteindre … si il y a pas quelque chose d'information quoi … donc tout le monde regarde un peu la télé je pense, ou par les réseaux sociaux maintenant »

E15 « Et puis après sur l'activité physique, vraiment multiplier les messages à la radio »

Le rôle des pouvoirs publics

E2 « On ne peut pas lutter contre les moyens … internet la télé … on ne peut pas lutter on est parti perdant […] Il n'y a pas de rentabilité dans la nutrition ! Je le faisais au début mais l'industrie détruit notre travail »

E4 « On n'arrivera pas nous à lutter contre l'obésité ! Lutter contre l'obésité c'est d'abord les pouvoirs publics qui doivent lutter contre l'obésité ! C'est à la société de donner l'exemple ! »

Dans les écoles

E6 « le savoir vivre correctement doit passer par une éducation préalable qui ne peut pas être rattrapé par les médecins […] il y a un vrai boulot à faire auprès des enfants, c'est dans les écoles qu'il faut faire ça et c'est pas chez nous. »

F. Vers une évolution des comportements

Les jeunes adultes (entre 30 et 40 ans) semblent plus concernés

E5 « Les jeunes lisent plus en faites, enfin ils lisent plus, quand ça les concerne sur la nutrition, ils sont beaucoup plus … sur le sport aussi »

E7 « C'est surtout avec les jeunes parents qu'on va en parler »

E10 « Il y a peut-être plus de jeunes qui sont on va dire, qui s'intéressent à la nutrition etc, que la catégorie de 50-60, de 60-70 ou alors là peut-être qu'effectivement, c'est une ancienne génération qui attache moins d'importance et qui au contraire aime bien manger. »

Et les jeunes médecins aussi

E14 « Quand je vois des internes que j'ai aussi bien de niveau 1 que de niveau 2 sont beaucoup plus attentifs à la prévention »

G. Des médecins généralistes désabusés

Nous avons pu ressentir chez certains médecins un sentiment d'énervement sur les multiples missions qui lui sont demandées.

E3 « Médecine générale, il faut tout faire quoi ! Donc il arrive un moment donné où c'est un peu ras le bol quoi ! »

E5 « Quand il n'y a pas de problème je n'interviens pas… Il y a trop de choses à faire ! Je suis désolée mais il y a trop de choses à faire… »

E6 « Pour redonner de la valeur de conviction au patient il faut que le médecin soit convaincu et là, il y a un travail à faire »

E8 « Faut pas oublier qu'on est tout seul dans notre cabinet et que … voilà ! Ou alors il faut que ça soit géré autrement ! »

QUATRIEME PARTIE : DISCUSSION

I/ Limites de notre étude

A. Biais de sélection

Le recrutement des médecins généralistes s'est avéré difficile.
Tout d'abord les médecins généralistes qui travaillent avec une secrétaire ont été peu recruté car ils n'ont jamais rappelé à la suite de messages laissés (dix messages ont été sans réponse, deux refus et deux entretiens obtenus à la suite de recommandations dont un médecin maitre de stage). Tandis que les médecins joints directement ont accepté plus facilement de participer (deux refus, neuf entretiens). Trois maitres de stages ont été contacté et ont accepté de participer. Trois médecins ont été contacté par recommandations.
Dans une étude qualitative la représentativité statistique n'est pas recherchée (26), nous avons diversifié les méthodes de sélection afin d'avoir une plus grande diversité chez les médecins recrutés.

B. Conditions d'entretiens

Les entretiens se sont déroulés dans les cabinets des médecins interrogés. Les conditions n'étaient pas toujours optimales, en effet certains entretiens ont été coupé par des appels téléphoniques ou des messages, des patients sonnant au cabinet (E1 E2 E4 E6 E9) avec une interruption de l'entretien.
Le manque de temps des médecins a pu raccourcir la durée des entretiens. La plupart des médecins nous ont reçu en fin de consultation (E1 E5 E6 E7 E8 E9 E11 E12 E13), d'autres en début de consultation (E4 E14) ou pendant la consultation avec un rendez-vous fixé (E2 E3 E10) ce qui pouvait avoir comme effet de les rendre moins disponible pour l'entretien.
Trois entretiens ont été réalisé par téléphone pour convenance du médecin ou pour des raisons de distance.

C. Biais d'intervention

Un seul enquêteur a réalisé les entretiens. L'interviewer s'est efforcé de rester neutre mais son manque de formation a pu entrainer un manque d'objectivité et a pu orienter les réponses lors des relances.
Ces relances sont également susceptibles d'entrainer des modifications de l'opinion des interviewés (26).

Pour minimiser cela, nous avons réaliser un guide d'entretien avec des questions ouvertes et laissé une partie de libre expression à la fin de l'entretien pour recueillir les suggestions du médecin.

D. Biais d'interprétation

Le recueil et l'analyse des entretiens a été réalisé par la même personne. Il n'y a pas eu de triangulation des résultats de l'étude.

II/ Forces de notre étude

A. Méthode qualitative

Cette méthode est particulièrement adaptée à notre sujet car elle s'intéresse aux déterminants des comportements, elle permet d'explorer les attitudes, les expériences, les difficultés et les besoins au travers le vécu et l'expérience des médecins généralistes. Elle est particulièrement appropriée lorsque les facteurs observés sont subjectifs (25) (26) et permet de faire émerger des problématiques.
Dans notre étude, l'objectif était de faire émerger des perspectives d'amélioration de la prévention primaire en nutrition et activité physique chez les patients adultes jeunes au travers des difficultés et des expériences des médecins.

Nos résultats ont pu être mis en relation avec deux thèses récentes. Des études qualitatives sur les attentes des patients sur la nutrition en prévention primaire ou les conseils nutritionnel par le médecin généraliste réalisé en 2016 à Nice et Angers (8) (9).

B. Représentativité de la population de médecin généraliste

Notre population est assez représentative de la population des médecins généralistes des Alpes-Maritimes (30).
L'Atlas de la démographie médicale de l'Ordre des médecins de 2015 rapporte un âge moyen de 52,6 ans contre 50.5 ans dans notre étude, un pourcentage de femme de 45.1% contre 47% dans notre étude. La population des médecins de plus de 60 ans est moins élevée dans notre étude (30% contre 18% dans notre étude).
L'expérience des médecins est variée allant de quelques mois d'installation à plus de trente années d'installation pour certains.
L'activité moyenne de consultation par jour est également variée.

En 2010, seulement 12% des médecins généralistes exerçaient en secteur 2 ce qui est similaire au résultat de notre population.
Nous avons également inclus des maitres de stage. Les médecins ruraux sont moins représentés.

III/ Confrontation des résultats aux données de la littérature

A. Etat des lieux des pratiques

Les pratiques en matière de prévention en nutrition et activité physique sont variables en fonction des médecins. Certains abordent le sujet de façon systématique, d'autres en cas de points d'appels.
Comme on le retrouve dans la littérature le caractère primo-consultant du patient est quasiment constamment retrouvé pour le déclenchement d'une démarche de prévention (32).
Dans notre étude, la mesure du tour de taille est effectuée uniquement en cas de point d'appel alors que la mesure de l'IMC est plus courante. Pourtant on sait que le risque de complication métaboliques, hormonales et cardio-vasculaires augmentent avec l'augmentation du tour de taille (supérieur à 80 cm chez la femme et 94 cm chez l'homme). N. R. Shah et Al. ont montrés que, dans leur étude, 50% des femmes et 20% des hommes classés comme « normaux » sur la base de leur IMC étaient en faites obèses sur la base de leur mauvaise graisse (23). Les médecins semblent peu sensibilisés à cette notion.

Les obstacles sont principalement le manque de connaissance, le manque d'adhésion du patient et surtout le manque de temps comme le montrait déjà le résultat de l'enquête de la Société Française de Médecine Générale sur la nutrition en médecine générale (17). Le problème du temps est lié à plusieurs facteurs : le nombre déjà important de sujets abordés en consultation, le nombre de patients à voir dans la journée, les tâches administratives et l'isolement du médecin généraliste.
Le contexte financier des patients peut également être un obstacle pour aborder ce sujet.

Concernant l'activité physique, l'évaluation de la pratique est assez fréquente, en général lors du premier entretien mais aussi lors de la réalisation des certificats de non contre-indication au sport ou en cas de point d'appel comme les lombalgies ou les troubles du sommeil.
L'utilisation de questionnaire particulier est rare, un seul médecin a déclaré utilisé un questionnaire, *« Le Ricci et Gagnon ».*

E. Vallée et al. ont montré que la pratique d'activité physique à 6 mois était significativement plus intense chez les patients ayant bénéficié du conseil minimal *(« Il est aujourd'hui recommandé par les instances sanitaires de pratiquer au moins 30 minutes de marche rapide par jour, cinq jours par semaine. Cela peut donc être de la marche rapide, mais également des activités de la vie quotidienne comme laver les vitres, jardiner, faire du vélo ou nager par exemple. Et vous n'êtes pas obligé de pratiquer pendant 30 minutes d'affilée, vous pouvez fractionner par période de 10 ou 15 minutes pour atteindre cet objectif »)* (19).
Lors d'une revue de la littérature, P. Laure a élaboré un algorithme de repérage précoce et intervention brève en activité physique, cette méthode qui a fait ses preuves dans le champ des substances psychoactives semble prometteuse pour la promotion de l'activité physique (20).
Certains médecins interrogés pensent effectivement que le conseil minimal peut-être fait en consultation et que cela pourra être efficace à force de répétition. D'autres pensent que ce n'est pas leur rôle mais plutôt celui de la télévision.
Dans l'ensemble, le manque de connaissance est un frein pour dispenser des conseils en activité physique.

Concernant la nutrition, dans notre étude, les médecins ont un avis varié sur l'intérêt des patients jeunes sur la nutrition, certains sont d'accord et d'autre plutôt surpris. Ils pensent que la référence des patients sont les médias.
Malgré tout, les médecins reconnaissent pourvoir être une référence pour leurs patients jeunes puisque qu'ils sont souvent le seul médecin que ces patients, indemne de pathologie, consultent. En effet devant la multitude d'informations que reçoivent les patients, le médecin généraliste est le professionnel de santé de premier recours et doit pouvoir profiter de sa place centrale dans le système de santé et de la confiance des patients pour diffuser des conseils de prévention.
Pour certains cela peut constituer une difficulté car ils estiment que leurs connaissances sont limitées sur ce sujet. Il faut noter que le remboursement de la consultation améliore surement l'accessibilité du médecin généraliste.

Concernant les perturbateurs endocriniens, seulement un tiers des médecins interrogés sont à l'aise avec ce sujet, ce qui correspond au résultat de l'étude INPES de 2012 « médecin généraliste et santé environnement » qui montre qu'environ un quart (24 %) des médecins

généralistes déclarent avoir suivi une formation en santé environnement cependant 93% estiment que le médecin généraliste a un rôle à jouer dans l'information de ses patients (31). Deux médecins ont déclaré aborder régulièrement ce sujet en consultation (E14, E15), trois déclarent en parler de temps en temps (E7, E11, E17) notamment avec les jeunes parents. Cela reste un sujet qui est peu abordé en consultation. En premier lieu par manque de connaissance mais aussi par manque de fiabilité de l'information.
Egalement parce qu'actuellement les patients expriment peu d'inquiétude ou de demande à ce sujet, ce qui correspond aux résultats de l'étude de A-S Cardin où seulement 22.4% des médecins déclaraient avoir déjà eu des questions sur les perturbateurs endocriniens de la part de leur patient (13).
Les médecins pensent que le contexte financier des patients peut-être un obstacle pour aborder ce sujet.

B. Perspectives d'améliorations

a) A l'échelle des médecins

- Améliorer la formation initiale et continue des médecins généralistes

Une majorité des participants déclare manquer d'informations et de connaissances sur ce sujet et pense qu'une amélioration de la formation est nécessaire au niveau nutrition (E1, E4, E7, E9, E12, E13, E16). Mais aussi au niveau médecine environnementale pour prévenir l'exposition aux perturbateurs endocriniens, un sujet que les médecins sont peu nombreux à maitriser et à aborder (E2, E7, E14, E17).
Pourtant la loi sur la sécurité sociale de 2004 précise que la relation de proximité du médecin traitant avec ses patients le situe au cœur du développement de la prévention de la santé. En conséquence l'assurance maladie et les partenaires conventionnels se sont engagés à renforcer leur rôle dans ce domaine, notamment en développant la dimension « santé publique » dans l'offre de formation continue (32).

- Une consultation dédiée

Un rapport du Haut Conseil de la Santé Publique montre qu'il pourrait être pertinent de promouvoir des consultations dédiées au moment de certains événements de vie comme l'adolescence et l'entrée dans le dispositif médecin traitant (32).
Une consultation dédiée à la prévention en nutrition et activité physique parait être une solution pour une majorité de médecins. Elle devra s'accompagner d'une formation préalable

des médecins dans ces domaines pour ne pas constituer une difficulté pour eux, et d'une cotation adaptée car c'est un sujet chronophage.
Pour certains elle devrait être à l'initiative de la sécurité sociale à l'image des courriers envoyés pour la prévention du cancer colo-rectal, éventuellement sous la forme d'un questionnaire qui pourrait servir de base lors de la consultation. (E7, E15)
La question du suivi lié à cette consultation de prévention a été soulevé (E8), effectivement le HCSP suggère que la réalisation des examens périodiques de prévention n'a d'intérêt que si une prise en charge d'aval et de proximité, à dimension principalement éducative, est prévue (32).

- L'amélioration des outils et de leur diffusion

Les documents du PNNS, parfois jugés trop complexe, sont surtout mal connu des médecins généralistes ainsi dans une étude de S. Robin 20% des médecins déclarent ne connaitre aucun item lié au PNNS (34). Dans notre étude un tiers des médecins déclarent les utiliser (E5, E9, E13, E17) et un tiers ne sont pas contre leur utilisation mais ne font pas la démarche de les commander, ils aimeraient avoir une meilleure information sur les documents disponibles (E1, E4, E11, E12, E14, E16).
La moitié des médecins sont demandeurs de supports d'informations pour les aider à améliorer leurs pratiques. Un médecin propose un site internet où ils pourraient trouver des informations et des documents validés. Ces sites existent, par exemple le site du PNNS avec les différents documents à disposition mais aussi *la fabrique à menus* disponible sur le site www.mangerbouger.fr (3) (4). Les patients sont également demandeurs de supports écrits (8).
Comme nous l'a rapporté un médecin une affiche peut être l'élément déclencheur d'une discussion autour de la nutrition ou de l'activité physique notamment auprès des enfants. Pourtant seulement deux médecins déclarent en utiliser dans leur cabinet (E9, E17).
Ce manque de supports d'informations est également retrouvé dans la littérature (17) (34).
La communication et la diffusion des outils auprès des médecins pourraient être améliorées, d'autant plus qu'ils constituent un relais auprès de la population générale.

- S'appuyer sur les nouvelles technologies

Selon le baromètre numérique CREDOC 2016, le taux d'équipement en ordinateurs à domicile, smartphones, tablettes ainsi que le taux de connexion à Internet ne cessent d'augmenter ces dernières années, et le nombre d'heures passées sur Internet augmente tous les ans depuis 2012. (33)

Les plus jeunes médecins généralistes de l'étude ont recours à internet et conseillent certains sites à leurs patients. La possibilité de mettre de courtes vidéos de prévention liées à l'alimentation et l'activité physique, et réalisées par les institutions, sur les réseaux sociaux ou à disposition sur internet a été évoqué. Une méta analyse de Q. Yang de 2017 montre que les interventions sur les réseaux sociaux sont significativement efficaces pour modifier les comportements (35). Cet axe d'intervention peut être intéressant.

b) A l'échelle des para médicaux

Les médecins généralistes manquent de temps et de connaissances, ils évoquent la possibilité d'améliorer l'accès aux para médicaux notamment en développant la prise en charge des consultations avec les diététiciens (E7, E13) et les infirmiers ASALEE (E7). ASALEE est née en 2003 et consiste en une collaboration pluri professionnelle entre médecins généralistes et infirmiers intégrée au cabinet. Les infirmiers ASALEE peuvent réaliser un panel de soins diversifié comme des actions de dépistages, une aide à la prise en charge des maladies chroniques (suivi, éducation thérapeutique) ou encore la réalisation de certains actes dérogatoires (ECG, spirométrie, test de mémoire) (43).

Une étude de G. Gusto entre 2005 et 2007 a montré qu'une intervention nutritionnelle courte par une diététicienne basée sur les recommandations du PNNS permet de réduire l'incidence du diabète de type 2 chez les patients présentant une hyperglycémie modérée à jeun (41).

Comme le signale le rapport du HCSP sur les consultations de prévention (32), dans les programmes étrangers, les professionnels de santé para médicaux, en particulier les infirmières, sont très souvent en première ligne. Dans cette perspective, de nouveaux modes d'organisation vont être étudiés.

c) A l'échelle nationale

L'état est de plus en plus investi dans la politique nutritionnelle concernant l'alimentation et l'activité physique comme en témoigne les différents PNNS dont le dernier a été publié en 2017 (3) (4), les différentes campagnes publicitaires, les taxes sur les produits sucrés (39) dont une nouvelle version a été voté en 2017.

Mais aussi des campagnes telle que « fruits et légumes pour tous en Languedoc-Roussillon » porté par l'Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé Languedoc-Roussillon (IREPS-LR) et soutenu financièrement par l'Institut national du Cancer, la DRAAF Languedoc-Roussillon, ainsi que par l'Agence régionale de Santé de la région (40).

- Les médias

Certains médecins généralistes pensent que la référence en matière de prévention pour la nutrition et l'activité physique est la télévision mais aussi les médias comme internet et les réseaux sociaux. Effectivement dans l'étude de E. Ferrer sur la place du médecin généraliste dans la nutrition en prévention primaire, les patients citent comme source d'information principale les médias (essentiellement la télévision et internet) mais considèrent leur médecin généraliste comme une source de renseignement plus fiable (8).
Pour les médecins interrogés, les actions de santé publique en nutrition et activité physique menées à la télévision semblent efficaces pour éduquer la population.
Internet semble être un moyen utile d'information pour les médecins généralistes (36). Dans notre étude quelques médecins, et notamment les plus jeunes, l'utilisent comme source d'informations et conseille certains sites à leurs patients.

- Dans les écoles

Certains médecins pensent que l'éducation nutritionnelle doit être faites en amont, dans les écoles, le milieu scolaire constituant un lieu privilégié d'éducation.
Dans le cadre PNNS, une des actions prioritaires concerne la promotion de l'éducation nutritionnelle à l'École. Un dossier national d'information a été réalisé pour informer et sensibiliser les équipes éducatives des établissements d'enseignement aux enjeux éducatifs, sanitaires et sociétaux que représentent l'alimentation et l'activité physique des jeunes. Il donne un cadre de référence pour assurer un environnement alimentaire satisfaisant en milieu scolaire, développer des projets d'éducation à la nutrition, au goût, à la consommation, et prévenir les problèmes de surpoids et d'obésité (37).
Dans la région PACA, le réseau du CRES développe un module d'éducation à la santé environnementale sur le thème de la nutrition, "Equilibre alimentaire dans le respect de l'environnement", réalisé de 2015 à 2017 auprès des jeunes (38).

- Dans les milieux professionnels

Un médecin nous a rapporté la difficulté qu'engendre le manque de temps et d'infrastructure dans les milieux professionnels pour la prise d'un repas équilibré. L'implication du médecin du travail est nécessaire.

C. Vers une évolution des comportements

Deux médecins maitres de stage nous on fait remarquer une évolution des comportements chez les internes qu'ils reçoivent en stage. Ils prendraient plus le temps de faire de la prévention, parfois en reconvoquant les patients en consultation afin d'avoir vraiment un temps dédié à la prévention ou à l'explication de règle hygiéno-diététique ou à l'activité physique. Ceci reprend la notion de consultation dédiée.

Il faut cependant signaler que certains médecins se sentent découragés par toutes les missions pour lesquelles ils sont sollicités, beaucoup se sentent concernés par la prévention mais manque de temps et de supports d'informations. Certains avouent ne pas faire l'effort de chercher ces supports mais aimeraient qu'ils leurs soient distribués.

Dans la littérature des études ont montré que les patients était demandeur de conseils nutritionnelles (8) (9). Sur les réseaux sociaux les contenus relatifs à l'alimentation seraient le troisième sujet de conversation (33).

CONCLUSION

En conclusion, la position du médecin généraliste dans le système de soin lui donne une place privilégiée pour dispenser et relayer les conseils de prévention. Cette mission de prévention est d'ailleurs inscrite dans les conventions et dans les recommandations (5) (6) (7).
Nous avons pu ressentir un certain découragement de certains médecins généralistes face aux nombreuses missions qui leurs sont données. Ils sont conscients du rôle qu'ils peuvent jouer dans ce domaine mais ils manquent de temps, de connaissances et doutent de l'intérêt des patients.

Cette étude menée auprès des médecins généralistes pour améliorer la prévention en nutrition et activité physique nous a permis d'objectiver certaines propositions.
Il parait tout d'abord essentiel d'améliorer la communication et la diffusion des outils disponibles. Le développement des nouvelles technologies permet l'utilisation de nouveaux supports comme internet, ils seront surement de plus en plus utilisés par les jeunes générations de médecins.
Ensuite, l'amélioration de la formation initiale et continu est primordial pour améliorer l'implication des médecins généralistes aussi bien dans le domaine de la nutrition et de l'activité physique que dans le domaine de la médecine environnementale.
La mise en place d'une consultation dédié, est une solution qui parait acceptable par les médecins généralistes puisque celle-ci leur donnerait le temps de faire une véritable consultation de prévention avec la promotion d'habitudes de vie saines pour limiter l'apparition de maladie. Elle permettrait d'éviter que ce sujet vienne s'ajouter en bout de consultation. Sa cotation, sa périodicité et le suivi nécessaire devront être étudié. Elle nécessiterait une formation préalable des médecins. Cette consultation dédiée pourrait impliquer d'autres professionnels de santé comme les infirmières d'éducation thérapeutique ou les diététiciennes dont le développement et le remboursement doivent être envisagés. Elle pourrait éventuellement prendre la forme de consultation de groupe ou de conférence.

L'efficacité des campagnes de santé publique est reconnue par les médecins généralistes.

L'implication des différents acteurs dans le domaine de la nutrition et de l'activité physique et l'intérêt des patients sont grandissants. Pour améliorer l'implication du médecin généraliste il faudra améliorer sa formation, lui donner les outils nécessaires et éventuellement lui donner

du temps par l'intermédiaire d'une consultation dédiée. La diffusion de conseils de prévention est essentielle à tous les niveaux compte tenu des couts de santé induits par les maladies chroniques liées à l'alimentation et à la sédentarité.

BIBLIOGRAPHIE

(1) « Obésité et surpoids », OMS aide-mémoire N°311;octobre 2017

(2) R. Hanifi, V. Lambert, J. Fulton, W. Haskell, D. Buchner, et al. « Recommandations mondiales en matière d'activité physique pour la santé », OMS, 2010

(3) Programme national nutrition santé 2011 – 2015, Ministère du travail de l'emploi et de la santé. [en ligne] www.mangerbouger.fr

(4) Programme national nutrition santé 2017-2021, Ministère du travail de l'emploi et de la santé [en ligne] www.mangerbouger.fr

(5) « Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premiers recours », synthèse des recommandations de bonne pratique ; septembre 2011 [en ligne] www.has-sante.fr

(6) Ministère des solidarités, de la santé, et de la famille, Arreté du 3 février 2005 portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes. 2005 ; p. 2275.

(7) F. Bourdillon et al., « Des missions de santé publique pour les médecins généralistes », Santé Publique 2008/5 (Vol. 20), p. 489-500. DOI 10.3917/spub.085.0489

(8) E.FERRER, « La place du médecin généraliste dans la nutrition en prévention primaire : expérience et attentes de patient âges de moins de 40 ans » thèse d'exercice, octobre 2016 faculté de Nice

(9) L. LABBE « Conseils nutritionnels par le médecin généraliste : attentes des patients » thèse d'exercice, mai 2016 facultés d'Angers

(10) C. Junien, « Obésité et diabète de type 2, l'hypothèse de la transmission épigénétique », cahier de nutrition, 37, 4 ; 2002

[11] M. Godfrey, A. Sheppard, P D. Gluckman et all « Epigenetic gene promoter methylation at birth is associated with child's later adiposity» diabetes, Vol. 60; Mai 2011

(12) N. Chevalier, P. Fenichel « Obésité, diabète de type 2 et perturbateurs endocriniens », Médecine des maladies métaboliques, 2012, volume 11, issue 4 ;341-346

(13) A-S. Cardin « Élaboration d'un guide de conseils préventifs contre les risques liés aux perturbateurs endocriniens à l'usage des médecins généralistes », thèse d'exercice, septembre 2016 faculté de Nice

(14) P. Fénichel, F. Brucker-Davis, N. Chevalier « Perturbateurs endocriniens – Reproduction et cancers hormono-dépendants », La presse médicale, 2016;45(1):63-72

(15) Gilles Nalbone et al., « Perturbateurs endocriniens et maladies métaboliques : un défi majeur en santé publique », Santé Publique 2013;24:45-49. DOI 10.3917/spub.131.0045

(16) C. de Batz, F. Faucon, D. Voynet, Evaluation du programme national nutrition sante 2011-2015 et du plan obésité 2010-2013

(17) O. Kandel et P. Boisnault « Nutrition en médecine générale, quelles réalités ? », SFMG ; mars 2006

(18) R. Ancellin, V. Cottet, N. Druesne-Pecollo, P. Latino-Martel, F. Pierre, M. Touillaud et al « Nutrition et prévention primaire des cancers : actualisation des données », réseau NACRe, juin 2015

(19) E. Vallée, E. Vastel, M-A. Piquet, V. Savey, « Efficacité d'un conseil minimal abordant l'activité physique et délivré par les médecins généralistes lors d'une consultation pour renouvellement d'ordonnance », Nutrition clinique et métabolisme 2017;31:194-206

(20) P. Laure « Repérage précoce et intervention brève auprès des personnes insuffisamment actives », science et sport 2009;25:17-2

(21) M. E. Van Dillen, J. Van Binsnergen, M. A. Koelen, G. J. Hiddink « Nutrition and physical activity guidance practices in general practice: A critical review », Patient education and counseling 2013;90:155-169

(22) C. A. Elliot, M. J. Hamlin « Combined diet and physical activity is better than dit or physical activity alone at improving health outcomes for patients in New Zealand's primary care intervention », BMC Public Health 2018;18:230

(23) N. R Shah et al « Body mass index, waist circumference and waist: hip ratio as predictors of cardiovascular risk: a review of the literature », PLoS One 10.1371/journal.pone.0033308 (2012)

(24) C. Sacerdote, L. Fiorini et al. « Randomized controlled trial: effect of nutritional conselling in general practice », International Journal of Epidemiology 2006;35(2):409-415

(25) I. Aubin-Auger, A. Mercier. L. Baumann, A-M Lehr-Drylewicz P. Imbert, L. Letrilliart et Al « Introduction à la recherche qualitative », exercer 2008;84:142-5

(26) A. Blanchet, A. Gotmann « L'entretien », 2nd éd.:Armand Colin;2015

(27) « Comment lire de façon critique les articles de recherche qualitative en Médecine », Pédagogie médicale;2002 [en ligne] http://www.pedagogie-médicale.org (consulté le 12/06/2018)

(28) T. Pelaccia, P. Paille « Les approches qualitatives : une invitation à l'innovation et à la découverte dans le champs de la recherche en pédagogie des sciences de la santé », Pédagogie médicale 2010;10(4):293-304

(29) Pires A.P., "Echantillonnage et recherche qualitative : essai théorique et méthodologique", in Poupart, Deslauriers, Groulx, Laperrière, Mayer, Pires, La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques", Gaëtan Morin éditeur 1997:113–169.

(30) P. Bouet, « Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1er janvier 2015 », Conseil de l'ordre des médecins [en ligne] Disponible sur https://www.conseil-national.medecin.fr/node/1607 (Page consultée 25/06/2017)

(31) C. Ménard, C. Léon, T. Benmarhnia, « Médecins généralistes et santé environnementale », INPES, évolutions 2012 n°26

(32) F. Baudier, N. Berthelot, C. Michaud, M-C. Clément, T. Jeanmaire « Consultations de prévention Constats sur les pratiques actuelles en médecine générale et propositions de développement » rapport sous la direction du HCSP, mars 2009

(33) P. Croutte, S. Lautié, S. Hoibian « Le baromètre du numérique 2016 » [en ligne] www.Credoc.fr

(34) S. Robin « Les réalités de la prévention nutritionnelle en soins primaires : notoriété du programme national nutrition santé auprès des médecins généralistes de la région Midi-Pyrénées » thèse d'exercice, novembre 2014 faculté d'Angers

(35) Q.Yang « Are Social Networking Sites Making Health Behavior Change Interventions More Effective? A Meta-Analytic Review. » J Health Commun 2017 ; 22(3): 223-233

(36) C. M. van Woerkum, « Media choice in nutrition education of general practitioners », Am. J. Clin. Nutr.1997;65(6):2013-2015.

(37) Ministère éducation nationale « Nutrition à l'école, alimentation et activité physique », dossier national d'information à destination des équipes éducatives [en ligne] disponible sur http://cache.media.eduscol.education.fr/file/Action_sanitaire_et_sociale/57/3/dossier_national_nutrition_114573.pdf (page consultée le 29/06/2018)

(38) « Programme régionaux d'éducation pour la santé », Comité d'éducation régional pour la santé Provence-Alpas-Cotes d'Azur [en ligne] http://www.cres-paca.org/r/59/nos-activites-/ (page consultée le 29/06/2018)

(39) LOI n°2017-1836 du 30 décembre 2017 - art. 19 (V) [en ligne] https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000027514824&cidTexte=LEGITEXT000006069577 (consultée le 29/06/2018)

(40) Site du ministère de l'agriculture et de l'alimentation, « Fruit et légumes pour tous » [en ligne] http://agriculture.gouv.fr/fruits-et-legumes-pour-tous (page consultée le 9/07/2018)

(41) G. Gusto, S. Vol, N. Copin, M. Bedouet, C. Leglu, B. Royer et Al « Impact d'une intervention nutritionelle en centre d'examens de santé chez des consultants francais recrutés entre 2005 et 2007 et présentant une hyperglycémie modérée à jeun » Bull Epidémiol Hebd. 2014;522:30-31

(42) P. Chavatte-Palmier, F. Vialard, A. Tarrade, C. Dupont, V. Duranthon, R. Levy « DOHaD and pre- or preri-conceptional programming » Med Sci(Paris), 2016;32(1):57-65

(43) Ce que vous voulez savoir sur ASALEE sans oser le demander » Site www.mgfrance.org [en ligne] https://www.mgfrance.org/index.php/actualite/profession1946 (page consultée le 23/07/2018)

ANNEXES

Annexe 1 – Guide d'entretien

« Je suis Charlotte PREVOST, interne en médecine générale à Nice. Dans le cadre de ma thèse j'effectue un travail sur l'amélioration de la prévention primaire des patients jeunes (20 à 50 ans). J'ai axé ce travail sur l'alimentation et l'activité physique, deux facteurs majeurs en lien avec l'épidémie de surpoids et d'obésité qui augmentent l'incidence des maladies chroniques comme le diabète, l'hypertension, les maladies cardio-vasculaires et certains cancers. Je réalise une enquête pour comprendre les pratiques des médecins généralistes, leurs difficultés et essayer de faire émerger des idées nouvelles afin d'améliorer la prise en charge des patients en prévention primaire. L'entretien est enregistré mais l'enquête est anonyme, aucune personne ne sera mentionnée dans ce travail. Si certaines questions vous gênent, vous n'êtes pas obligés d'y répondre, on les passe. »

Etats des lieux

- Comment cela se passe dans votre pratique pour parler nutrition et activité physique avec vos patients adultes jeunes en dehors de toute pathologie ?
- Quels sont les obstacles que vous rencontrez ?

Concernant l'activité physique

- Comment cela se passe dans votre exercice pour évaluer la pratique d'activité physique de vos patients ?
- Que pensez-vous du conseil minimal en activité physique ?

Concernant la nutrition

- Une thèse a montré que les patients jeunes (< 40ans) portent un intérêt majeur à la nutrition et considèrent leur médecin généraliste comme réfèrent, qu'en pensez-vous ?
- Parler nutrition c'est aussi parler des perturbateurs endocriniens et des pesticides, êtes-vous à l'aise avec ce sujet ? En parlez-vous ?
- Quels documents mettez-vous à dispositions de vos patients ?

Amélioration …

- Comment on pourrait vous aider à améliorer la prévention primaire chez vos patients adultes jeunes ? Pour la nutrition ? L'activité physique ?
- Que pensez-vous de proposer une consultation dédiée à vos patients ?
- Avez-vous un réseau de soin dédié ?
- Avez-vous des suggestions / des propositions ?

Annexe 2 – Consentement

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

J'effectue un travail de thèse sur l'amélioration de la prévention primaire des patients jeunes (20 à 50 ans). J'ai axé ce travail sur l'alimentation et l'activité physique, deux facteurs majeurs en lien avec l'épidémie de surpoids et d'obésité qui augmentent l'incidence des maladies chroniques comme le diabète, l'hypertension, les maladies cardio-vasculaires et certains cancers. Je réalise une enquête pour comprendre les pratiques des médecins généralistes, leurs difficultés et essayer de faire émerger des idées nouvelles afin d'améliorer la prévention primaire.

Cet entretien sera réalisé par PREVOST Charlotte suivant vos disponibilités.
Il durera de 20 à 30 minutes et sera enregistré de façon anonyme.
Vous avez la possibilité de quitter l'étude à n'importe quel moment sans fournir d'explication.
Les enregistrements seront retranscrits mot à mot de façon anonyme et confidentielle.
Une fois transcrits, les enregistrements seront détruits. Les transcriptions seront gardées de façon sécurisée.
L'analyse des données sera réalisée par PREVOST Charlotte *et en collaboration avec* Dr COSSERAT Didier.
Les résultats seront utilisés dans le cadre de la thèse et peuvent éventuellement être publiés.

Merci de noter vos initiales dans chaque case :

1. Je confirme avoir lu et compris l'information ci-dessus et que j'ai eu la possibilité de poser des questions. ☐
2. Je comprends que la participation est entièrement basée sur le volontariat et que je suis libre de changer d'avis à n'importe quel moment. Je comprends que ma participation est totalement volontaire et que je suis libre de sortir de l'étude à tout moment, sans avoir à fournir de raison. ☐
3. Je donne mon consentement à l'enregistrement et à la transcription mot à mot de cet entretien. ☐
4. Je donne mon consentement à l'utilisation éventuelle mais totalement anonyme de certaines citations de l'entretien dans une thèse ou dans une publication. ☐
5. Je suis d'accord pour participer à l'étude. ☐

Signature (participant)_____
Date_____
__
Nom_____
__

Signature (investigateur)_____
Date_____
__
Nom_____
__

RESUME

INTRODUCTION
A l'échelle mondiale le nombre de cas d'obésité a presque triplé depuis 1975, la prévalence du syndrome métabolique et du diabète de type 2 ne cessent de croitre. Cette épidémie représente un coût pour la société et la prévention primaire en nutrition et activité physique est devenu un enjeu de santé publique. Cette politique de prévention doit inclure des informations sur l'exposition aux perturbateurs endocriniens en raison des présomptions sérieuses sur leur implication dans le développement de l'obésité et du diabète de type 2. Le médecin généraliste a un rôle central dans la prévention or il rencontre de nombreuses difficultés. Nous avons voulu nous interroger sur les moyens d'améliorer la prévention primaire.

METHODE
Enquête qualitative par entretiens individuels semi-dirigés auprès de médecins généralistes des Alpes-Maritimes réalisés jusqu'à saturation des données. Une analyse thématique a été conduite après retranscription des verbatims.

RESULTATS
Dix-sept entretiens ont été réalisé entre avril et juin 2018. Les pratiques des médecins généralistes en prévention sont variés. Les principaux obstacles sont le manque de temps, le manque d'adhésion des patients, le manque de connaissance et d'outils et parfois le contexte financier des patients. Les perspectives d'améliorations qui ont été rapporté pendant l'étude sont l'amélioration de la formation, l'amélioration des outils de communication et surtout leur diffusion, éventuellement la mise en place d'une consultation dédiée et l'amélioration de l'accès au para médicaux. Les efforts de l'état au travers des médias doivent être poursuivis, pour les médecins, les médias ont un rôle important dans la prévention.

CONCLUSION
Le médecin généraliste a une place importante dans la prévention primaire, il est nécessaire d'améliorer son implication dans ce domaine. Cela doit concerner aussi bien le domaine de la nutrition que de l'activité physique et des perturbateurs endocriniens. Trois domaines qui ont chacun leur part de responsabilité dans cette épidémie de maladies non-transmissibles.

MOTS CLES : Nutrition – Activité physique – Perturbateurs endocriniens – prévention primaire – médecin généraliste – patients jeunes

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les moeurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.
Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.